

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.

Група факторів чинять суттєвий вплив на епідеміологічну ситуацію як в окремому регіоні, так і в країні в цілому. Суттєво важливими є біологічні фактори мікросередовища (мікробіологічні, нейроендокринні, іммунологічні), фактори, які впливають на поведінку суб'єкта (психологічні особливості людини, рівень культури, стереотипи поведінки), а також фактори макросередовища – ступінь соціальної захищеності, часткове безробіття, низький рівень фінансування охорони здоров'я, ступінь доступності медичної допомоги мешканцям сіл. Також з'явилися нові механізми стійкості збудників бактеріального та вірусного походження до антибіотиків і хіміопрепаратів.

Таким чином, вивчення клініко-епідеміологічних особливостей сифілісу на сучасному етапі дозволить розробити не тільки адекватні протиепідемічні заходи, але й удосконалити лікування.

Мета роботи - вивчення клініко-епідеміологічних особливостей сифілісу на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Для виконання поставлених завдань було обстежено та проліковано 625 хворих на сифіліс. Усім хворим були проведені лабораторні дослідження: клінічні аналізи крові, сечі; біохімічні дослідження (АлАТ, АсАТ, ЛДГ, γ -ГТФ, ЗБ, ЩФ); серологічні дослідження крові (КСР, РІФ-200, РІФ-абс). Статистична обробка даних проводилась з використанням комп'ютерних програм „Microsoft Excel” та „STATISTIKA”.

Результати та їх обговорення. Пік захворюваності на сифіліс в Україні припав на 1996-1998 роки. Нині відзначається зниження захворюваності, проте показники залишаються стабільно високими в останньому десятиріччі. Статистичні дані за 2012 р. по Україні склали: число виявлених випадків – 5334 або 11,7 на 100 тис. населення. З 2003 р. по 2012 р. захворюваність на сифіліс в Україні знизилася практично у 4,8 рази.

Отримані нами статистичні дані щодо захворюваності на сифіліс також свідчать

про зниження кількості випадків. Так з 2003 року по 2012 рік спостерігалось зниження захворюваності в 2,5 рази (усі форми сифілісу). Але з 2009 року по 2012 рік спостерігалось підвищення захворюваності в 2,3 рази (за виключенням сифілісу раннього прихованого). Серед мешканців міста кількість хворих зменшилася в 3 рази, серед жителів сільської місцевості – в 2,5 рази. Нами виявлено зниження захворюваності на ранній сифіліс (первинний, вторинний свіжий, вторинний рецидивний, ранній прихований сифіліс) у 7,6 разів. Якщо серед мешканців міста кількість хворих знизилася у 7,7 разів, то серед жителів села – у 7,4 разів. Захворюваність на ранній сифіліс серед населення України зменшилася з 2003 р. по 2012 роки у 5,9 разів і склала: кількість виявлених випадків – 4325; на 100 000 населення – 9,5. Проте, дані захворюваності на ранній прихований сифіліс населення України в структурі захворюваності ранніми формами продовжувала зростати навіть на тлі зниження загальної кількості випадків інфікування. Якщо у 2003 році в структурі ранніх форм показники прихованого раннього сифілісу становили 44,2 %, то у 2012 році – 58,1 %. На ранній прихований сифіліс припадало 18,4% усіх хворих пролікованих нами у 2003 році на ранній сифіліс, а у 2012 році – 65 %.

Кількість хворих на сифіліс (усі форми) з 2003 до 2012 року скоротилася у 2,5 разів, а хворих на ранній прихований сифіліс – у 4,3 разів. Причому дані свідчать про зниження захворюваності на ранній прихований сифіліс серед жителів села в 4 рази, серед мешканців міста – в 4,6 рази.

Незважаючи на зниження захворюваності населення України на сифіліс у цілому, кількість випадків пізнього й неуточненого сифілісу збільшується. У 2012 році пізній сифіліс виявлено у 530 випадках (1,2 на 100 000 населення), інші й неуточнені форми сифілісу – у 475 випадках (1,0 на 100 000 населення). Серед жителів України за період 2003–2012 рр. спостерігається зростання захворюваності на пізні форми сифілісу – в 2,5 рази,

неуточненого – в 1,5 рази. За нашими результатами за 2003–2012 роки відзначалося зниження захворюваності на сифіліс (усі форми) і кількості хворих з ранніми формами сифілісу, а кількість хворих на пізній сифіліс зросла в 1,6 рази. Кількість випадків неуточненого сифілісу за той же період збільшилася в 2,3 рази. Більшість чоловіків, хворих на пізній сифіліс, була серед жителів села, а жінок – серед міських жителів. За період з 2003 р. по 2012 р. кількість хворих на пізній сифіліс серед жителів села зросла в 2 рази, а серед міських жителів – в 1,6 рази. За період 2003–2012 роки захворюваність на неуточнені форми сифілісу зросла серед чоловіків – в 2,7 рази, серед жінок – в 1,9 рази. Аналізуючи підсумовані дані захворюваності на сифіліс нами було виявлено ряд тенденцій. Відзначено превалювання серед хворих на сифіліс осіб фертильного віку (64,6±6,5 %), що збігається з даними по Україні. Низький соціальний статус хворих (46,5±1,4 %), також високий відсоток осіб, які не працюють, або не мають постійної роботи – 61,5±3,6 %. Серед жителів села більшість пацієнтів виявлено з діагнозом неуточнений сифіліс, мешканців міста – з пізнім сифілісом. Серед хворих на пізній сифіліс більшість становлять жінки. У групі пацієнтів з діагнозом неуточнений сифіліс – чоловіки. Відзначено превалювання жінок: у віковій групі 20–29 років – з усіма формами сифілісу, у віковій групі 40–59 років – хворих на пізній та неуточнений сифіліс. Жінки складають більшість серед осіб з ранніми формами сифілісу, як серед сільських, так і серед міських жителів. З ранніми формами сифілісу чоловіків було більше у віці до 20 років та 40 років і старше. Серед хворих на ранній прихований сифіліс жінки переважали у віковій групі до 40 років, чоловіки – у віці 40 років і старше.

З аналізу даних стає зрозумілим, що епідеміологія сучасного сифілісу, за нашими дослідженням, як і в Україні в цілому, змінилася. Відзначається збільшення пізнього, неуточненого й поступове зростання раннього латентного сифілісу в структурі захворюваності ранніми формами сифілісу навіть

на тлі зниження загальної кількості випадків інфікування, особливо серед жителів сільської місцевості, що потребує додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Висновки. Виявлені тенденції захворюваності на сифіліс в останні роки, а саме: зниження загальної захворюваності на сифіліс, у тому числі на ранні форми сифілісу; зростання пізнього, неуточненого сифілісу, відсотку раннього латентного сифілісу в структурі ранніх форм. Для сифілісу характерні наступні епідеміологічні особливості: переважають хворі фертильного віку (64,6±6,5 %) з низьким соціальним статутом (46,5±1,4 %), серед яких високий відсоток осіб непрацюючих (61,5±3,6 %). Отримані результати клініко-епідеміологічних особливостей сифілісу дозволяють розробити не тільки адекватні протиепідемічні заходи, але й удосконалити лікування сифілісу на сучасному етапі.

УДК 618.11-04.2-065

ОСОБЛИВОСТІ ІМУННОГО СТАТУСУ У ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДРАКУ І ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Єгоров О. О.

*Харківська медична академія
післядипломної освіти;*

Дорожня клінічна лікарня станції Харків

Дані про перебіг вагітності після лікування передраку і ранньої онкологічної патології шийки матки функціонально-щадними методами суперечливі. Широке впровадження органозберігаючого лікування початкових форм раку шийки матки (РШМ) робить актуальним питання про його вплив на репродуктивну функцію.

Метою роботи було вивчення особливостей імунного статусу у вагітних після