

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РИСКИ: ТРИХОМОНОЗ НОВОРОЖДЕННЫХ

Г.М. Бондаренко, Т.В. Осинская, С.В. Унучко, Т.В. Губенко,
С.К. Джораева, Н.В. Кочетова, Т.В. Федорович, Ю.В. Щербакова

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

Резюме. Статья посвящена решению актуальной научной задачи- оптимизации дерматовенерологической помощи новорожденным с урогенитальным трихомонозом, путем повышения эффективности диагностики, прогнозирования, развития заболевания, лечения и организации профилактических мероприятий. Были подтверждены клинико-эпидемиологические особенности трихомоноза новорожденных.

Подтверждена возможность восходящего пути инфицирования *Trichomonas vaginalis* с возможным антенатальным заражением плода. Предложен комплекс организационно-методических и лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению распространения трихомонадной инфекции среди новорожденных детей с учетом периода инфицирования.

Ключевые слова: *Trichomonas vaginalis*, диагностика, клиника, лечение, новорожденные девочки.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время трихомоноз является самым распространенным венерическим заболеванием в структуре ИППП с удельным весом около 40 %. В Украине среди детей ежегодно официально регистрируется около 400 случаев трихомоноза в возрастной группе от 0 до 14 лет и около 4 тысяч – от 15 до 17 лет. В Российской Федерации трихомоноз у детей, преимущественно у девочек, регистрируется в 0,12 % от уровня общей заболеваемости. При этом, девочки, матери которых больны урогенитальным трихомонозом, составляют около 23 %. Распространенность трихомоноза в группе детей до 12 лет с половыми контактами в анамнезе колеблется в пределах от 0 до 19 %. По мнению некоторых исследователей, заражение детей контактно-бытовым путем составляет 26% [3,5].

Клинико-эпидемиологические результаты немногочисленных исследований по оценке вероятности перинатального инфицирования *Trichomonas vaginalis*, проводимых еще в середине XX ст., достаточно вариабельны (0 – 55 %) и не позволяют объективно оценить степень распространения и формы проявления УТ у новорожденных. На ряду с доказанным интранатальным инфицированием *Trichomonas vaginalis* (5 – 7 %), данные о внутриутробном заражении плода немногочисленны и противоречивы [1, 2, 6-9].

Отсутствие реальной перспективы реального снижения частоты инфицирования беременных, возможность перинатального заражения *Trichomonas vaginalis* детей является актуальной медико-социальной проблемой, требующей усовершенствование существующих лечебно-диагностических и организационно-профилактических меро-

приятий и представляет высокую научную и практическую значимость.

Цель работы – повысить эффективность дерматовенерологической помощи новорожденным с урогенитальным трихомонозом, путем оптимизации диагностики, прогнозирования развития и течения заболевания, а также лечения и организации профилактических мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование за период с 2005 по 2014 гг. проведено: 170 новорожденных и 170 рожениц. 37 новорожденных девочек в возрасте до 7 суток жизни; 37 матерей данных детей. Группу контроля составили 20 практически здоровых новорожденных девочек и 20 практически здоровых родильниц с физиологическим течением беременности, родов и послеродового периода.

Материалом для лабораторного изучения служили мазки отделяемого из влагалища.

Диагностику трихомонадной инфекции проводили бактериоскопическим (исследование нативных и окрашенных препаратов по Романовскому–Гимзе) и культуральным (применялась стандартная питательная среда для выделения и культивирования трихомонад - СКДС) методами.

Измерение водородного показателя (рН) влагалищного содержимого у новорожденных девочек, характеризующего его кислотность, выполнялось с помощью индикаторных бумажных полосок для рН-метрии с эталонной десятичной шкалой деления от 3,8 до 6,1 (Merck, Германия).

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных «Microsoft Excel» – 2000.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Эпидемиологическое исследование по распространенности трихомонадной инфекции среди новорожденных детей включало

обследование 170 новорожденных девочек в возрасте до 7 суток жизни. На основании данных бактериологического исследования *T.vaginalis* верифицировали у 37 детей (21,7 %), при этом родоразрешение у 30 девочек - физиологическое, у 7 - путем кесарева сечения.

У всех детей после рождения оценивали антропометрические данные, наличие стигм дисэмбриогенеза, соматический и психоневрологический статус, течение раннего адаптационного периода.

Полученные данные свидетельствуют, что по сроку гестации среди обследованных детей преобладали доношенные новорожденные (38-41 нед.) – (97 %), недоношенные (первой степени) встречались в 3 % случаев.

Состояние новорожденных девочек (наличие и степень асфиксии) при рождении оценивалась по десятибальной шкале Апгар. При этом легкая степень асфиксии (5-7 баллов) была установлена у одной новорожденной девочки. Основная же масса инфицированных новорожденных при оценке по шкале Апгар родилась в удовлетворительном состоянии.

У всех детей после рождения оценивали антропометрические данные: средний вес новорожденных девочек составил ($3521 \pm 408,2$) г; средний рост – ($50,8 \pm 2,2$) см, при этом диапазон колебания наблюдался от 48 см до 53 см.

На основании параметров развития новорожденных при рождении у 2 инфицированных девочек (5,4 %) была диагностирована задержка внутриутробного роста и развития (ЗВУР).

При изучении заболеваемости в течение раннего неонатального периода у 4 инфицированных новорожденных (10,8 %) смежными специалистами была выявлена различная сопутствующая экстрагенитальная патология.

У большинства новорожденных девочек, инфицированных *T.vaginalis*, отмечалось гладкое течение раннего адаптационного периода, при этом отторжение пуповинного остатка наблюдалось не позд-

нее 10 дня, и первичная убыль массы тела была не более 10 %.

Один ребенок в среднетяжелом состоянии (диабетическая фетопатия) для дальнейшего лечения переведен в отделение патологии новорожденных детской больницы.

С целью выделения групп инфекционного риска среди новорожденных, были изучены клинико-лабораторные и эпидемиологические особенности течения трихомонадной инфекции исследуемой группы детей. Верификация трихомонадной инфекции у всех 37 новорожденных девочек (100 %) основывалась на идентификации *T.vaginalis* культуральным методом. Других маркеров ИППП не диагностировалось.

Для оценки особенностей клинического течения трихомонадной инфекции у новорожденных девочек в ранний неонатальный период нами было проведено объективное генитальное и экстрагенитальное обследование. Данные представлены в таблице 1.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Анализ данных генитального и экстрагенитального исследования новорожденных девочек, инфицированных *T.vaginalis*

Признаки	Исследуемая группа (n=34)		Контрольная группа (n=20)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отечность вульвы	37	100	20	100
Закрытие входа во влагалище вязкой слизью	37	100	20	100
Обильные вагинальные слизистые выделения	22	59,4±8,4	13	65,0±10,7
Кислая реакция вагинального содержимого (рН 4,0-4,5)	37	100	20	100
Единичные лейкоциты (вагинальный мазок)	14	37,8±8,4	8	40±11,0
Единичные эритроциты (вагинальный мазок)	3	8,1±4,1	1	5,0±4,9
Эпителиальные клетки (вагинальный мазок)	37	100	20	100
Нагрубание молочных желез	2	5,4±3,7	2	10±6,7

Данные признаки с одинаковой частотой встречались, как у девочек, инфицированных *T.vaginalis*, так и у практически здоровых новорожденных из группы контроля, что интерпретировалось нами, как проявления десквамативного вульвовагинита - транзитного состояния новорожденных (половой криз).

Лечение.

Лечение новорожденных девочек, согласно Приказа МЗ Украины №286, заключается в местном лечении путем промывания влагалища через тонкий катетер настоем ромашки, шалфея, раствором фурацилина.

Однако, по нашему мнению положительный результат санирования детей может быть получен только при назначении этиологического лечения (производными имидазола). Согласно Методическим материалам по лечению трихомонадной инфекции (Украина, 2009 г.; Россия, 2005 г.; Европейские стандарты диагностики и лечения ИППП, 2004 г.), рекомендуемым для лечения детей до 12 лет (весом до 45 кг) препаратом является орнидазол в суточной дозе 25 мг/кг массы тела в один прием на ночь перорально в течение 5 – 10 дней. Этиологическая эффективность лечения детей орнидазолом

составляет 95 – 97%. Тинидазол – 50 – 60 мг/кг массы тела, 1 раз в сутки перорально в течение 3 – 5 дней. Метронидазол назначается в суточной дозе 15 мг/кг, разделенной на 2 приема, в течение 7 – 10 дней, но этот препарат из разряда рекомендуемых лекарственных средств для лечения трихомоноза переведен в разряд альтернативных из-за снижения чувствительности к нему возбудителей заболевания и нередкого развития у детей побочных эффектов (тошноты, головной боли, влагалищного кандидоза при длительном применении). Для детей старше 12 лет (больше 45 кг) используют схемы лечения для взрослых. При осложненном трихомонозе назначаются схемы лечения как при неосложненном, однако курс лечения должен проводиться не менее 14 дней. Местное лечение девочек (теплые сидячие ванночки и промывание влагалища настоем ромашки, шалфея, раствором марганца) носит лишь вспомогательный характер. Для местного лечения нами успешно используется вагинальный гель с метронидазолом. Излеченными считаются только те больные, у которых клиническое выздоровление сочетается с этиологическим.

Алгоритм основных рекомендаций по лечебно-профилактическим мероприятиям перинатальной трихомонадной инфекции:

- обследование и санация *Trichomonas vaginalis* у мужчин и женщин, вступающих в брак, планирующих рождение детей, а также беременных и бытовых контактов в «семейных очагах»;
- определение групп инфекционного риска среди беременных и новорожденных;
- обследование детей, матери которых на момент родов или в анамнезе имеют урогенитальный трихомоноз, с обязательным использованием бактериологического метода исследования;
- обследование новорожденных, матери которых на момент родов или в анамнезе имеют другие ИППП, с обязательным использованием бактериологического метода обнаружения *T.vaginalis*;

- обследование детей, матери которых на момент родов или в анамнезе имеют кольпит неясной этиологии, с обязательным использованием бактериологического метода обнаружения *T.vaginalis*;

- обследование новорожденных, у которых родители или другие субъекты, находящиеся в близком контакте с ними, включая детей от предыдущих беременностей, страдают на урогенитальный трихомоноз, с обязательным использованием бактериологического метода исследования;

- обследование на наличие *T.vaginalis* детей с симптомами вульвовагинит и дизурическими явлениями, дерматитом промежности с обязательным использованием культурального метода;

- обследование новорожденных на наличие трихомонадной инфекции при подозрении сексуального насилия над ними;

- этиологическое лечение инфицированных новорожденных;

- санация родителей или других субъектов, находящихся в близком контакте с ними, включая детей от предыдущих беременностей, страдающих на урогенитальный трихомоноз;

- обязательный контроль излеченности с обязательным использованием культурального метода с последующим диспансерным наблюдением;

- соблюдение санитарно-гигиенических норм, стерилизационного режима лечебного учреждения, а также просветительной работы среди родителей, работников детских учреждений и медицинского персонала.

ВЫВОДЫ

1. Распространенность трихомонадной инфекции среди новорожденных девочек от матерей с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом составила 21,7 %. Специфических клинических проявлений трихомонадной инфекции у новорожденных девочек в ранний неонатальный период не отмечалось. В связи с этим, единствен-

ным способом верификации трихомонадной инфекции у всех (100 %) новорожденных девочек в ранний неонатальный период остается бактериологический метод исследования, так как в наших исследованиях были получены отрицательные бактериоскопические результаты.

2. Обнаружение *T.vaginalis* в амниотической жидкости, околоплодных оболочках, половых путях матерей и новорожденных, в частности, при родоразрешении с помощью операции кесарева сечения, имеет клинико-эпидемиологическое значение в плане доказательства возможности внутриутробного заражения плода, а не только интранатального, при котором инфицирование ребенка реализуется при прохождении через родовые пути матери.

3. Вопросы своевременного рационального лечения трихомоноза у новорожден-

ных детей и, в частности, целесообразности назначения этиотропной протистоцидной терапии, решаются индивидуально с предварительной объективизацией степени риска реализации инфекции в каждом конкретном случае на основании результатов клинико-лабораторного контроля излеченности, с обязательным использованием культурального метода диагностики.

4. Для борьбы с трихомонозом новорожденных необходима преемственная четкая и эффективная организация комплекса медико-социальных мероприятий по профилактике, охватывающая все профильные службы здравоохранения – венерологическую, акушерско-гинекологическую педиатрическую, а также диктует необходимость практической реализации результатов научных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко Г.М. Клинический случай перинатального трихомоноза / Г.М. Бондаренко, Т.В. Осинская, С.В. Тесленко // Дерматология, косметология, сексопатология. – 2013. – № 1-4. – С. 172-174

2. Котлова Ю. В. Случаи диагностики и лечения трихомоноза у недоношенных новорожденных детей / Ю. В. Котлова, Т. И. Курочкина, В. Г. Сергиенко // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2009. – № 13 (1/2). – С. 350-352.

3. Малова И.О. Урогенитальные инфекции у девочек младшего возраста (до 12 лет): эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика: Автореф. дисс. докт. мед.наук. – М., 2000. – 44 с.

4. Осінська Т.В. До питання перинатального інфікування *T. Vaginalis* / Т.В. Осінська, Т.В. Губенко, С.В. Унучко, В.О. Савоськіна // Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України: Матеріали 2 Міжнародної наук.-практ. конференції; 16-19 квітня 2013 р. – Київ, 2013. – С. 80.

REFERENCES

1. Bondarenko G.M., Osinskaya T.M., Teslenko S.V. Klinicheskiy sluchay perinatalnogo trihomonoza // Dermatologiya, kosmetologiya, seksopatologiya. – 2013. – № 1-4. – S. 172-174. (in Russian).

2. Kotlova Yu. V., Kurochkina T. I., Sergienko V. G. Sluchai diagnostiki i lecheniya trihomoniaza u nedonoshennykh novorozhdennykh detey // Visnik Vinnitskogo natsionalnogo medichnogo universitetu. – 2009. – № 13 (1/2). – S. 350-352. (in Russian).

3. Malova I.O. Urogenitalnyie infektsii u devochek mladshego vozrasta (do 12 let): epidemiologiya, patogenez, klinika, diagnostika, profilaktika: Avtoref. diss. dokt. med.nauk. – M., 2000. – 44 s. (in Russian).

4. Osinska T.V., Gubenko T.V., Unuchko S.V. Savoskina V.O. Do pitannya perinatalnogo Infikuvannya *T. vaginalis* // Vprovadzhen-nya suchasni dosyagnen medichnoyi nauki v praktiku ohoroni zdorov'ya Ukrayini: materlali 2 Mizhnarodniy konf. 16-19 kvitnya 2013 r. – Kiyiv, 2013. – S. 80. (in Ukrainian).

5. Хаммершлаг М.Р. Заболевания передаваемые половым путём у детей / М.Р. Хаммершлаг // ИППП. – 1999. – Т.3. – С. 4-11.

6. Bowden F.J. Trichomonas vaginalis epidemiology and analyzing a model of treatment intervention / F.J. Bowden, G.P. Garnett // Sex Transm. Infekt. –2000. – Aug; 76(4). – P. 248-256.

7. Cotch M.F. Trichomonas vaginalis associated with Tow birth weight and preterm delivery. The vaginal Infections and Prematurity Study Group / M.F. Cotch, J.G. Pastorek //Sex. Transm. Dis. – 1997. – Vol. 24. – P. 353-360.

8. McLaren L.S. Isolation of Trichomonas vaginalis from the respiratory tract of infants with respiratory diseases / L.S. McLaren, L.E. Davis, G.R. Healy, C.G. James // Pediat. – 1983. – Vol. 71, № 6. – P. 888-890.

9. Sparks R.A. Antenatal screening for candidiasis, trichomoniasis, and gonorrhoea / R.A. Sparks, G.L. Williams, J.M.H. Boyce, T.C. Fitzgerald, G. Shelley // Br J Vener Dis. – 1975. – Vol. 61. – P. 110-5.

5. Hammershlag M.R. Zabolovaniya perezodavaemyie polovym putYom u detey // IPPP. – 1999. – T.3. – S. 4-11. (in Russian).

6. Bowden F.J., Garnett G.P. Trichomonas vaginalis epidemiology and analyzing a model of treatment intervention // Sex Transm. Infekt. –2000. – Aug; 76(4). – P. 248-256.

7. Cotch M.F., Pastorek J.G. Trichomonas vaginalis associated with Tow birth weight and preterm delivery. The vaginal Infections and Prematurity Study Group // Sex. Transm. Dis. – 1997. – Vol. 24. – P. 353-360.

8. McLaren L.S., Davis L.E., Healy G.R., James C.G. Isolation of Trichomonas vaginalis from the respiratory tract of infants with respiratory diseases // Pediat. – 1983. – Vol. 71, № 6. – P. 888-890.

9. Sparks RA, Williams G.L., Boyce JMH, Fitzgerald T.C., Shelley G. Antenatal screening for candidiasis, trichomoniasis, and gonorrhoea // Br. J. Vener. Dis. – 1975. – Vol. 61. – P. 110-5.

ПЕРИНАТАЛЬНІ РИЗИКИ: ТРИХОМОНОЗ НОВОНАРОДЖЕНИХ

**Бондаренко Г.М.,
Осінська Т.В.,
Унучко С.В.,
Губенко Т.В.,
Джорасва С.К.,
Кочетова Н.В.,
Федорович Т.В.,
Щербакова Ю.В.**

*ДУ «Інститут дерматології
та венерології НАМН України»*

Резюме. Стаття присвячена вирішенню актуального завдання – оптимізації дерматовенерологічної допомоги новонародженим з уrogenітальним трихомонозом, шляхом оптимізації ефективності діагностики, прогнозуванню розвитку захворювання, лікування та організації профілактичних заходів.

PERINATAL RISK: TRICHOMONIASIS NEWBORNS

**Bondarenko G.M.,
Osinska T.V.,
Unuchko S.V.,
Gubenko T.V.,
Dzhoraeva S.K.,
Kochetova N.V.,
Fedorovich T.V.,
Scherbakova I.V.**

*SE «Institute of Dermatology and
Venerology of NAMS of Ukraine»*

Abstract. The article is devoted to the decision of the actual scientific task – optimization of the dermatovenerology aid to newborns with urogenital trichomoniasis by increasing efficiency of diagnosis, prediction of disease development and course; treatment and organization of prophylactic measures as well.

Було підтверджено клініко-епідеміологічні особливості трихомонозу новонароджених та негативний вплив на гестаційний період. Доведена можливість інфікування *T. vaginalis* навколоплідних вод та амніотичних оболонок з формуванням хоріоамніоніту та інфікуванням плода.

На підставі встановлених критеріїв ризику перинатального інфікування розроблено комплекс лікувально-профілактичних заходів щодо попередження трихомонозу новонароджених.

Clinic and epidemiological feature of trichomoniasis of newborn girls considering of burd eninfluencein to gestation period were determined.

Possibility of ascending infected of water sandamnionby Trichomonas vaginalis with formation of chorion – amnion and fetus infected were proved.

Complex of treatment-and-prophylactic measures of prevention of Trichomonias infection of newborns, based on determined criterions was elaborated.

Ключові слова: *Trichomonas vaginalis*, новонароджені, діагностика, лікування, профілактика.

Key words: *Trichomonas vaginalis*, newborns, diagnosis, therapy, prophylaxis.

Об авторах:

Бондаренко Глеб Михайлович – доктор мед. наук, профессор, заведующий отделом инфекций, передающихся половым путем ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Осинская Татьяна Владимировна – кандидат мед. наук, младший научн. сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Унучко Сергей Васильевич – кандидат мед. наук, научный сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Губенко Татьяна Владимировна - кандидат мед. наук, младший научн. сотрудник отдела инфекций, передающихся половым путем ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Джораева Светлана Карьягдыевна – кандидат мед. наук, заведующий лаборатории микробиологии ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Кочетова Наталья Владимировна – врач-бактериолог клинико-диагностической лаборатории ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Федорович Татьяна Валерьевна – аспирант ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».

Щербакова Юлия Валерьевна – кандидат мед. наук, старший научный сотрудник отдела изучения влияния эпидемии ВИЧ на проблему инфекций, передающихся половым путем ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН».