

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 comlicated 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 adolscent 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 першородів і повторнородів у групах була однаковою. Кожній вагітній

з моменту взяття на облік було проведене ультразвукографічне обстеження нирок, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Зимницьким та визначення креатиніну з метою виявлення хронічної патології нирок. У обох групах ні за даними анамнезу, ні за даними вищевказаних лабораторно-інструментальних досліджень хронічної патології нирок виявлено не було.

Діагноз трихомонозу встановлювали при виявленні піхвових трихомонад хоча б двома методами діагностики (мікроскопія вологих вагінальних мазків та вагінальних мазків, фарбованих метиленовим синім, за Грамом, за Романовським-Гімзе, метод непрямої імунофлюоресценції з специфічними моноклональними антитілами, посів на середовище для виділення піхвових трихомонад). Для реакції непрямої імунофлюоресценції використовували діагностичні сироватки з специфічними моноклональними антитілами відповідно до інструкції (науково-виробнича фірма "ЛАБдіагностика", м.Москва). Мазки переглядали під люмінесцентним мікроскопом "Мікмед - 2", варіант 11 ("Ломо", м. Санкт-Петербург) (масляна імерсія, окуляр 7x, об'єктив Мі 90x, з фільтром, забезпечуючим збуджуюче випромінювання з довжиною хвилі 490 нм і емісією з довжиною хвилі 520 нм). Мазки, фарбовані метиленовим синім, за Грамом, за Романовським-Гімзе вивчалися під імерсією у світловому мікроскопі з збільшенням x900 (окуляр 10x, об'єктив 90x) та вологі мазки при збільшенні x200 (окуляр 10x, об'єктив 20x). Посів проводили на середовище для виділення піхвових трихомонад. Стан нормоценозу піхви оцінювали за критеріями мікроскопічної характеристики біоценозу піхви запропонованими Кірюю Є.Ф. у 1995 році. Для нормоценозу піхви характерні наступні ознаки:

домінування лактобактерій, відсутність грамнегативної мікрофлори, спор, міцелію, псевдогіфів, лейкоцитів, поодинокі „чисті” епітеліальні клітини. Окрім того, у всіх жінок проводили посів вагінального вмісту на стандартне тіогліколеве середовище для контролю стерильності.

Дане середовище дозволяє культивувати облигатно-анаеробні та факультативно-анаеробні мікроорганізми, які можуть бути збудниками пієлонефриту. Лабораторне обстеження вагітних проводили при постановці вагітних на облік (до 12 тижнів вагітності). Повторне клініко-лабораторне обстеження вагітних проводили у випадку виникнення гострого пієлонефриту вагітних.

Статистична обробка отриманих даних проводилася на персональному комп'ютері з використанням програми „Microsoft Excel for Windows XP Professional”.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

При огляді за допомогою дзеркала жінок основної групи найчастіше були виявлені помірні рідкі білі піхвові виділення, а у жінок контрольної групи – помірні густі білі піхвові виділення. Тобто, у більшості жінок не було типових для трихомонозу виділень – рясних зеленуватих рідких. У всіх 80 вагітних 1-ої групи були виявлені піхвові трихомонади, а у всіх 50 вагітних 2-ої групи стан мікробіоценозу піхви відповідав нормоценозу піхви за класифікацією Є.Ф. Кіра (1995). Характер піхвових виділень у групах обстеження наведений у таблиці (табл. 1).

При кольпоскопічному обстеженні у 72 (90 %) жінок основної групи виявлена патологія шийки матки у вигляді ектопії циліндричного епітелію (46,25 %), ендочервіциту (46,25 %) та дисплазії шийки матки (7,5 %).

Величина рН піхвового вмісту в обстежених жінок наведена у таблиці (табл. 2).

**Таблиця 1. Характер піхвових виділень у групах обстеження**

Групи обстеження	Кількість піхвових виділень			Колір піхвових виділень		Консистенція піхвових виділень	
	рясні	помірні	незначні	білі	зеленуваті	густі	рідкі
1-а (основна) n = 80	12 (15 %)	62 (77,5 %)	6 (7,5 %)*	64 (80 %)	16 (20 %)	23 (28,75%)*	57 (71,25%)
2-а (контрольна) n = 50	-	38 (76 %)	12 (24 %)	50 (100%)	-	50 (100 %)	-

Примітка. \* – різниця між групами достовірна (p<0,05).

**Таблиця 2. рН піхвового вмісту в обстежених жінок**

Групи обстеження	рН піхвового вмісту			
	4,5 і менше	4,6 – 4,9	5,0 – 6,0	Більше 6,0
1-а (основна) n = 80	67 (83, 75%)*	6 (7,5%)*	3 (3,75%)	4 (5%)
2-а (контрольна) n = 50	33 (97,1%)	1 (2,9%)	-	-

Примітка. \* – різниця між групами не достовірна (p>0,05).

У більшості жінок основної групи рН піхвового вмісту, як видно з табл. 1, був у межах 4,5 і менше, що також утрудняє діагностику хронічного вульвовагінального трихомонозу.

Таким чином, відібрані пацієнтки відповідали меті дослідження.

За час вагітності гострий пієлонефрит вагітної виник у 17 (21,25 %) пацієнток 1-ої групи і тільки у 3 (6 %) вагітних 2-ої групи (p<0,05). Найчастіше пієлонефрит вагітної виникав у другому триместрі вагітності як у основній, так і в контрольній групах. При виникненні пієлонефриту проводили бактеріологічний посів сечі і піхвового вмісту на стандартне тіогліколеве середовище та середовище для культивування трихомонад. Результати бактеріологічного до-

слідження сечі і піхвового вмісту наведені у таблиці (табл. 3).

Як бачимо з табл. 3 у основній групі виділялися ідентичні мікроорганізми як із сечі, так і з піхвового вмісту, в основному облигатно-анаеробні мікроорганізми (*Bacteroides* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Peptococcus* spp., *Veilonella* spp.) і факультативно-анаеробні мікроорганізми (*E. coli* та *Trichomonas vaginalis*). Всі мікроорганізми були виділені в асоціаціях. У контрольній групі із сечі і піхвового вмісту були виділені різні мікроорганізми і тільки факультативно-анаеробні.

Ідентичність виділених мікроорганізмів із сечі і піхвового вмісту у жінок з трихомонозом та підвищена частота захворюваності на гострий пієлонефрит вагітних (у 3,5 раза

Таблиця 3. Результати бактеріологічного дослідження сечі і піхового вмісту у вагітних основної і контрольної груп

Виділені мікроорганізми	Частота виявлення у біосубстратах, абс. число / %			
	Піховий вміст		Сеча	
	1-а (основна) n = 17	2-а (контрольна) n = 3	1-а (основна) n = 17	2-а (контрольна) n = 3
Staph. epidermidis	-	2 (66,67)	-	-
Staph. saprophyticus	-	1 (33,33)	-	-
E. coli	5 (29,4%)	-	4 (23,5%)	1 (33,33)
Proteus mirabilis	-	-	-	2 (66,67)
Peptostreptococcus spp.	4 (23,5%)	-	4 (23,5%)	-
Peptococcus spp.	2 (11,8%)	-	2 (11,8%)	-
Bacteroides spp.	16 (94,1%)	-	16 (94,1%)	-
Veilonella spp.	1 (5,9%)	-	1 (5,9%)	-
Trichomonas vaginalis	17 (100%)	-	14 (82,4%)	-

частіше, ніж у вагітних з нормоценозом піхви) свідчить проте, що трихомоноз є фактором ризику і причиною розвитку гострого пієлонефриту вагітних. Вважаючи, що збудниками у даного контингенту вагітних є в основному облигатно-анаеробні мікроорганізми та піхові трихомонади, то у схему лікування гострого пієлонефриту вагітних необхідно включати, на нашу думку, антибіотики з антианаеробною активністю.

**ВИСНОВОК** Трихомоноз є фактором ризику і причиною виникнення гострого пієлонефриту вагітних, а вагітних з трихомонозом необхідно відносити до групи ризику по виникненню гострого пієлонефриту вагітних.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство. Підручник для лікарів – інтернів / За ред. В. І. Грищенко. – Х.: Основа, 1996. – 608 с.
2. Бабюк І.А., Савенко Ю. Л., Федотов В.П. и др. Лечение и профилактика трихомоноза. – Донецк – К.: ИННОТЕК ИНТЕРНАЦИОНАЛЬ, 2002. – 39 с.
3. Внутренние болезни: Лекции для студентов и врачей в 2 томах / Под ред. Шулушко Б. И. – Изд. 2-е, испр. и дополн. – Т.2. – СПб., 1994. – 480 с.
4. Гуменюк О. В. Клініко-біохімічні параметри у вагітних з хронічним пієлонефритом. – Автореф. дис. ... к. мед. н. – Львів, 2002. – 20 с.
5. Мочеполовой трихомониаз (клиника, диагностика, лечение и профилактика): Информ.-метод. пособие / Радионов В.Г., Нешков Н.С., Провизион Л.Н. и др. – Луганск: Виталина, 1999. – 20 с.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1989. – 512 с.