



М.Р. Анфілова

Вінницький національний медичний університет
імені М.І. Пирогова

Сечостатевий трихомоноз: питання регіональної епідеміології, вікові та статеві особливості перебігу інфекції

Ключові слова

Захворюваність на трихомоноз, епідеміологія, трихомонади.

Трихомоноз є однією з найпоширеніших хвороб сечостатевої системи і нині займає перше місце серед захворювань, що передаються статевим шляхом. Щороку в світі реєструють понад 170 млн хворих [1].

Проблема захворювань, спричинених найпростішими, спочатку виникла в рамках внутрішніх хвороб, потім стала актуальною у венерології, а останніми роками і в акушерстві та гінекології. Довго тривала дискусія щодо патогенності трихомонад та їхньої етіологічної ролі в генезі запальних захворювань сечостатевого каналу. Раніше вважали, що трихомонади лише посилюють запалення, викликане іншими шкідливими чинниками, і первинним збудником запалення бути не можуть [6]. Трихомоноз тривалий час не визнавали як хворобу венеричної природи, а трихомонади вважали сапрофітами жіночих статевих органів. Хоча ще І. Лазарович у 1870 році стверджував, що присутність трихомонад у піхві супроводжується запаленням з гнійними виділеннями. Лише на початку ХХ сторіччя було визнано патогенність трихомонад для людини, а в 1940–1960 роках доведено статевий шлях передачі інфекції, визначено патогенний спектр захворювань, зумовлених піхвовими трихомонадами, вивчено морфологічні, біологічні та антигенні особливості збудника, його видову специфічність, наявність штамів з різною вірулентністю. Було розроблено експериментальну модель трихомонозу, протитрихомонадні засоби загальної дії [8].

Трихомоноз — це актуальна медична, соціальна та економічна проблема багатьох країн світу, зокрема і України. Трихомоноз спричинює атипові запальні захворювання органів малого тазу, безпліддя, є дані про зв'язок раку шийки матки з трихомонадною інфекцією. Жінки, інфіковані під час вагітності, схильні до ускладненого її перебігу та передчасних пологів. Як і інші хвороби, що передаються статевим шляхом, трихомонадна інфекція збільшує ймовірність інфікування ВІЛ [5].

Характерною особливістю епідеміології трихомонозу є те, що простежується значне зростання захворюваності окремих контингентів населення. Причому її рівень залежить від багатьох чинників: віку, статі, статевої активності, сексуальних звичок, кількості статевих партнерів, наявності інших венеричних хвороб, фаз менструального циклу, забору матеріалу для дослідження, лабораторних та інших методів дослідження [6].

Та незважаючи на інтенсивне дослідження особливостей трихомонозу актуальність його проблеми як найпоширенішого захворювання, що передається статевим шляхом, спонукає науковців та лікарів різних спеціальностей до подальшого вивчення цієї інфекції.

Матеріали та методи

Було вивчено стан захворюваності на трихомоноз у Вінницькій області, визначено її структуру, динаміку та регіональні особливості. Для цього

проаналізовано статистичні показники захворюваності за даними Вінницького обласного шкірно-венерологічного диспансеру за 1999–2008 роки та проведено кореляційний аналіз.

Результати та обговорення

Середня частота інфікування трихомонозом може коливатися від 2–10 до 15–40 % залежно від країни та різних соціально-демографічних груп [1]. За даними ВООЗ, в Англії середньорічне зростання кількості хворих на трихомоноз становить 12 %. У Східній Європі та країнах, що розвиваються, поширеність уrogenітального трихомонозу вища. Частота інфікування клінічно здорових жінок розвинених країн становить 2–10 %, а серед жінок африканських міст сягає 40 % [9]. У Росії, наприклад, трихомоноз у вагітних виявляють у 0,98–32 % випадків [3]. Захворюваність на трихомоноз в Україні у 6–7 разів перевищує показник з гонореї, в 7–9 разів – із сифілісу, в 4–5 разів – з хламідіозу, в 7–9 разів – з уrogenітального мікоплазмозу [2]. Щороку в нашій країні офіційно реєструють у середньому 240 тисяч хворих на трихомоноз, лікарі-практики ствер-

джують, що для об'єктивної картини цю цифру потрібно збільшити в 4–5 разів.

У Вінницькій області протягом 10 років рівень захворюваності на трихомоноз залишається стабільно високим – у межах 16 % (рис. 1). Порівняно з показником по Україні він більший у 1,2–1,3 разу. Це може бути пов'язано з багатьма згаданими чинниками, зокрема рівнем життя людей, моральними цінностями, статевою активністю, сексуальними звичками, кількістю статевих партнерів (рис. 2).

Більшість дослідників стверджують, що ураженість трихомонозом серед чоловіків і жінок приблизно однакова, але в чоловіків хвороба часто буває транзитною, малосимптомною, супроводжується діагностичними труднощами, тому і реєструють її значно рідше, ніж у жінок [10]. Поширеність трихомонозу в жінок може становити 5–30 %. У чоловіків 10 % інфекційних хвороб статевої сфери припадає на трихомоноз [9]. У США щороку реєструють приблизно 3 млн нових випадків захворювання жінок, тобто одна з п'яти сексуально активних жінок за своє життя хворіє на трихомоноз. В Англії 1982 року було

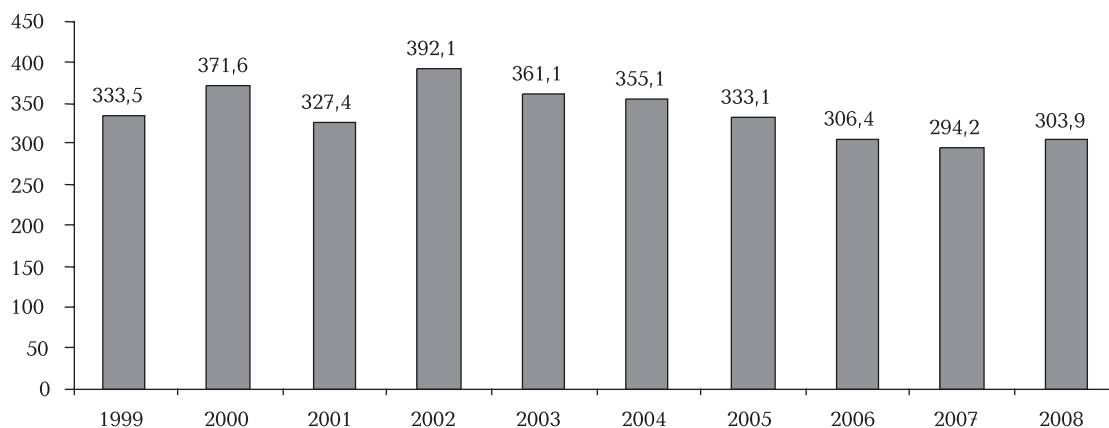


Рис. 1. Захворюваність населення Вінницької області на трихомоноз у 1999–2008 роках

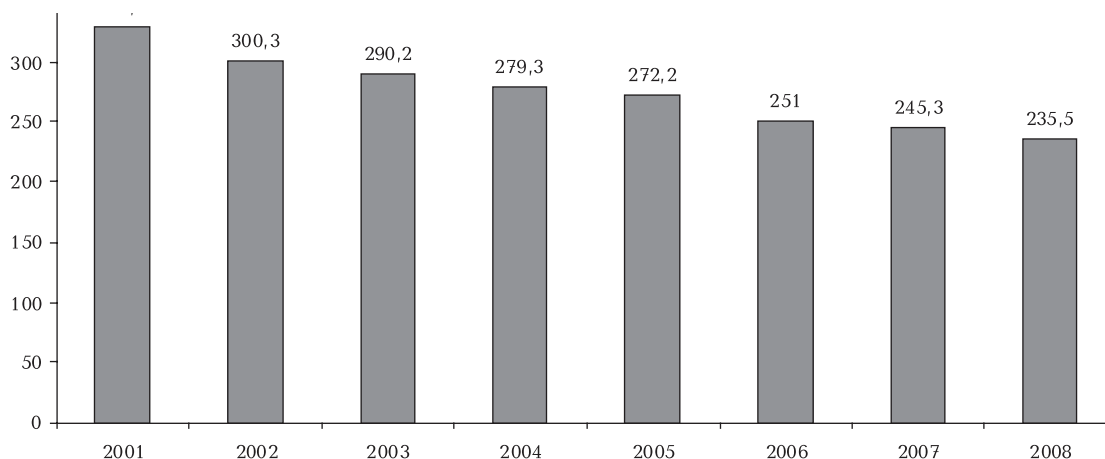


Рис. 2. Захворюваність населення України на трихомоноз у 2001–2008 роках

zareєстровано 18 542 жінок і тільки 1620 чоловіків, хворих на трихомоноз [8]. Ураженість чоловіків цією хворобою в різних країнах також може відрізнятися, наприклад, у Польщі трихомоноз становить приблизно 4 % негонококових уретритів, у Болгарії — 10 % [10].

У Вінницькій області захворюваність жіночого населення перевищує таку в чоловіків у 4–8 разів залежно від року. Наприклад, 1999-го трихомоноз у жінок зафіксовано в 3,6 рази частіше, ніж у чоловіків, а 2008-го ця різниця вже становила 7,8 рази. Це може бути пов'язано з особливостями перебігу хвороби, а також діагностики. Тому що, приміром, частота виявлення паразитів у жінок — джерел зараження чоловіків трихомонозом — наближається до 100 %, а в чоловіків, які мали статевий контакт з хворими, трихомонади знаходили в 40–80 % випадків [8] (рис. 3).

Якщо аналізувати співвідношення хворих на трихомоноз мешканців міст і сіл Вінницької області, то видно, що з 1999 до 2008 року випадки захворювання стали менше реєструвати у містах. Наскільки це відображає реальну картину, незрозуміло. Доступність антибактеріальних препаратів, спеціальної літератури, втручання фармацев-

тів, середніх медичних працівників сприяють самолікуванню, внаслідок чого збільшується кількість прихованих, стертих форм. Саме почастищення безсимптомних випадків хвороби, які складно діагностуються та не піддаються лікуванню, найбільше непокоять спеціалістів. Впливають на недооблік також лікарі приватної практики, які переважно працюють у містах [4] (рис. 4).

Останніми роками спостерігається зростання рівня трихомонадного ураження серед дітей, 99 % із них — дівчатка [7]. Приблизно 5 % дітей, які народилися від інфікованих матерів, дістають трихомоноз інтранатально. В Україні щороку реєструють приблизно 500 випадків трихомонозу у віковій групі від 0 до 14 років та близько 4 тис. у 15–17 років. У Росії трихомоноз у дітей, переважно дівчаток, виявляють у 0,12 % загальної захворюваності. Хворі дівчатка матерів з урогенітальним трихомонозом, за різними джерелами, становлять до 23 %. У матерів дівчаток до 12 років з трихомонозом цю хворобу виявляють у 94,3 % випадків. Поширеність трихомонозу в групі дітей до 12 років, що мали статеві контакти, коливається від 0 до 19,2 %. Зараження дітей контактним-побутовим шляхом становить 26,1 % [3]. Та все ж таки збільшення частоти ста-

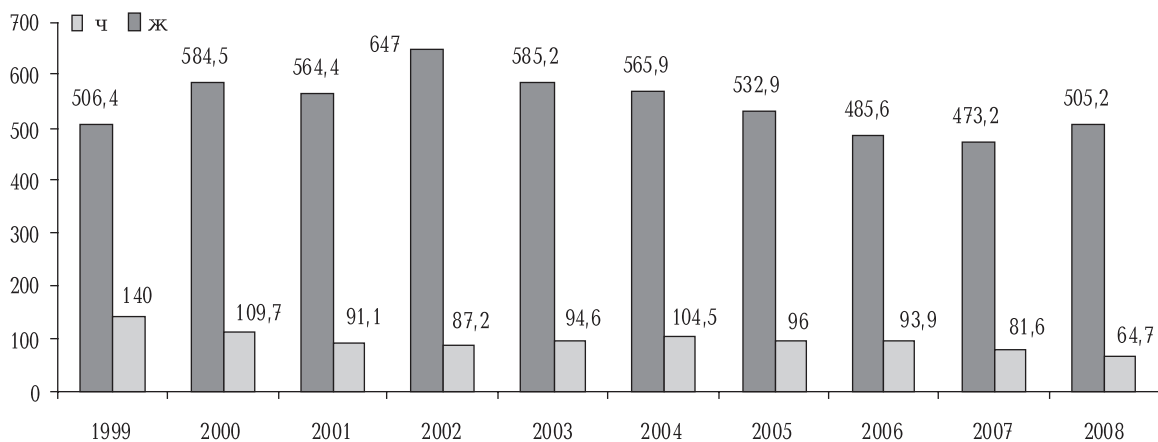


Рис. 3. Захворюваність чоловічого та жіночого населення Вінницької області на трихомоноз у 1999–2008 роках

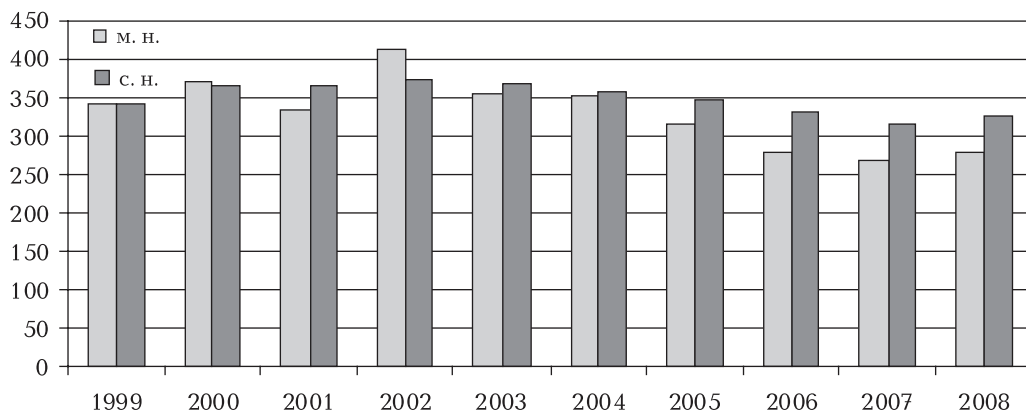


Рис. 4. Захворюваність міського та сільського населення Вінницької області на трихомоноз у 1999–2008 роках

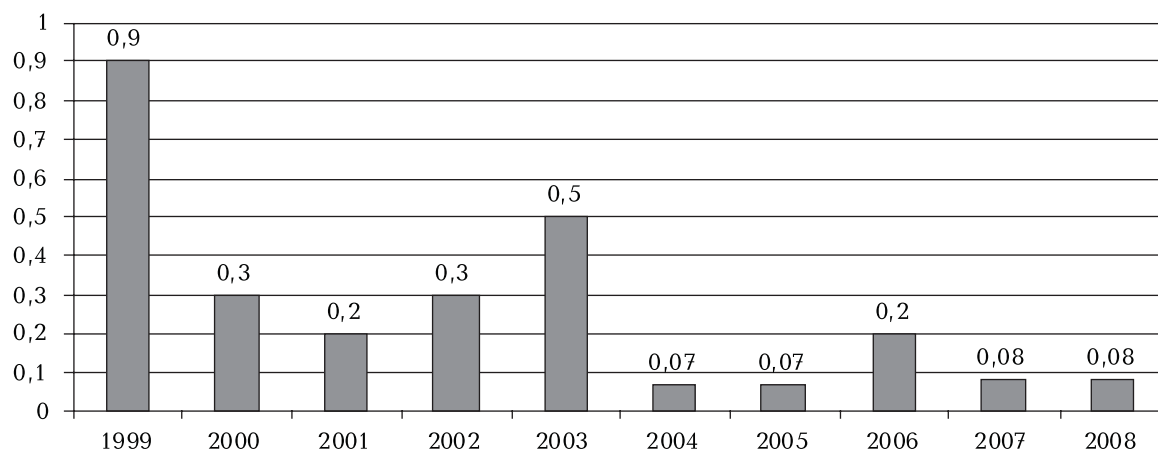


Рис. 5. Захворюваність дитячого населення Вінницької області на трихомоноз у 1999—2008 роках

Таблиця. Кількість випадків захворювання на трихомоноз у Вінницькій області в 1999—2008 роках залежно від віку та статі

Рік	Стать	Вік, роки								
		0–14	15–19	15–17	20–24	25–29	30–34	35–39	40–59	> 60
1999	Ч	0	115	37	285	352	198	89	88	12
	Ж	29	325	92	877	1141	973	717	757	111
2000	Ч	0	87	8	258	287	100	102	58	1
	Ж	9	470	113	1158	1532	1100	743	600	79
2001	Ч	0	58	7	202	217	143	82	36	3
	Ж	7	332	91	1147	1483	1017	718	697	94
2002	Ч	0	55	6	185	210	143	78	38	1
	Ж	11	480	139	1315	1568	1133	851	752	189
2003	Ч	0	57	3	215	188	145	101	52	8
	Ж	15	385	90	1170	1344	1087	836	685	112
2004	Ч	0	53	5	219	199	178	120	57	0
	Ж	2	270	56	1132	1221	1014	852	699	124
2005	Ч	0	60	1	186	184	157	105	60	0
	Ж	2	302	49	1035	1108	1026	733	637	112
2006	Ч	0	54	11	200	182	170	75	44	2
	Ж	5	341	76	959	1021	875	619	546	99
2007	Ч	0	21	0	233	170	118	44	40	0
	Ж	2	343	106	1008	1029	790	552	500	90
2008	Ч	1	18	3	135	125	116	61	38	3
	Ж	1	311	85	883	998	927	725	633	128

тевого шляху передачі сечостатевого трихомонозу спостерігають у дівчаток після 12 років [4].

Захворюваність дітей на трихомоноз у Вінницькій області характеризується різкими коливаннями, наприклад, різниця між 1999 та 2008 роком — 11, 2 рази. Значний спад зафіксовано 2004-го — в 7 разів порівняно з 2003-м. Напевно, такі статистичні дані не відображають реальної дитячої захворюваності на трихомо-

ноз, що передусім пов'язано з неповною реєстрацією даних (рис. 5).

Відомо, що трихомонадна інфекція переважає у віковій групі 20–45 років, а інші венеричні хвороби частіше реєструють серед осіб 20–29 років [6]. Наприклад, у Москві вік хворих на трихомоноз жінок коливається в межах 18–39 років, чоловіків — 15–39 років. Отже, хвороба охоплює населення, яке веде активне статеве життя [4].

Якщо аналізувати дані по Вінницькій області, то особливістю є те, що найбільше на трихомоноз із 1999 року хворіють жінки стабільно віком 25–29 років. Серед чоловіків спостерігається така динаміка — з 1999 до 2002 року частіше хворіють у 25–29 років, а з 2003 до 2008 рік — у 20–24 роки, тобто контингент молодшає. У віковій групі до 14 років, безперечно, переважають дівчата. Та найбільша різниця спостерігається серед 60-річних і старших — перевага жіночої статі над чоловічою становить 10–189 разів! У 1999 році співвідношення між чоловіками та жінками дорівнювало 12:111, 2002 року — 1:189, 2004 року — 0:124. Малоімовірно, що це пов'язано з тим, що жінки після 60 років ведуть статеве життя активніше за чоловіків, більшу роль відіграє краще ви-

явлення цієї патології у жінок в закладах охорони здоров'я різного профілю — гінекологічні кабінети поліклінічних відділень, стаціонарні відділення (таблиця).

Висновки

Рівень захворюваності на трихомоноз у Вінницькій області стабільно високий, а найголовніше, що він перевищує загальнодержавні показники. Отже, вивчення проблеми захворювань, що передаються статевим шляхом, зокрема трихомонозу, сприятиме розробленню нових ефективних методів діагностики, лікування та дасть змогу впровадити програму із запобігання захворюванням, що передаються статевим шляхом, з урахуванням усіх регіональних особливостей.

Список літератури

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей.— М.: Медкнига, 2004.— 414 с.
2. Гутнев О.Л. Хвороби, що передаються статевим шляхом: захворюваність в Україні // Дерматол. та венерол.— 2002.— № 1 (15).— С. 55–57.
3. Мавров Г.И., Осинская Т.И. Проблемы трихомонадной инфекции у беременных и новорожденных: эпидемиология, особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2007.— № 2.— С. 74–78.
4. Мавров Г.И., Чинов Г.П. Контроль інфекцій, що передаються статевим шляхом, в епоху керованої охорони здоров'я // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 2.— С. 66–72.
5. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии. — 2007. — Х.: Факт.— 792 с.
6. Мавров И.И. Половые болезни.— Х.: Факт, 2005.— 760 с.
7. Романкова О.І., Шупенько М.М. Сечостатевий трихомоноз у жінок: сучасний погляд на проблему і можливі перспективи її розв'язання // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2002.— № 3.— С. 83–92.
8. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей.— Т. 4.— М.: Медицина, 1996.— 352 с.
9. Чинов Г.П. Поширеність і клінічна характеристика хламідіозу й трихомоніазу — двох найчастіших статевих інфекцій // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2005.— № 1.— С. 74–81.
10. Шапошников О.К. Венерические болезни: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1991.— 544 с.

М.Р. Анфилова

Мочеполовой трихомоноз: вопросы региональной эпидемиологии, возрастные и половые особенности течения инфекции

Трихомоноз — это актуальная медико-социальная и экономическая проблема многих государств, в том числе и Украины. Заболеваемость трихомонозом в Украине превышает в 6–7 раз показатель по гонорее, в 7–9 раз — по сифилису, в 4–5 раз — по хламидиозу. Несмотря на исследования этой проблемы, остается ряд вопросов регионального характера, которые требуют серьезного внимания и дополнительного тщательного изучения.

M.R. Anfilova

Urino-genital trichomoniasis: questions of regional epidemiology, age-dependent and sexual features of infection flowing

Trichomoniasis is an actual, medical- social and economic problem of many states, including Ukraine. Morbidity of trichomoniasis in Ukraine exceeds in 6–7 times an index of gonorrhoea, in 7–9 times — of syphilis, in 4–5 times — of chlamydia. In spite of the conducted researches of this problem, there is a row of questions of regional character, which require serious attention and additional detailed study.