

УДК 616.972.614: 616.972-085.334-03

ПОШИРЕНІСТЬ І КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХЛАМІДІОЗУ Й ТРИХОМОНІАЗУ — ДВОХ НАЙЧАСТІШИХ СТАТЕВИХ ІНФЕКЦІЙ (Огляд сучасних літературних даних та показників статистичної звітності)

Г.П. Чінов

Інститут дерматології і венерології АМН України, Харків
Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського, Сімферополь

Ключові слова: хламідіоз, трихомоніаз, захворюваність, поширеність.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у світі щорічно знову заражується *S. trachomatis* статевим шляхом 90 мільйонів осіб [97]. Урогенітальний хламідіоз дуже поширений у країнах, що раніше входили до СРСР. Аналіз захворюваності свідчить: в Україні щороку збільшується кількість знову зареєстрованих випадків хламідіозу [81]. За даними Міністерства охорони здоров'я України з 1993 до 1998 року кількість інфікованих *S. trachomatis* чоловіків зросла на 62,5% а жінок — на 107% [93]. У 1998 році зареєстровано 11 440 чоловіків і 12 710 жінок, хворих на урогенітальний хламідіоз (разом 24 150). 2001-го зафіксовано 34 381 випадків хламідіозу (12 869 чоловіків та 21 512 жінок). У перерахуванні на інтенсивний показник захво-

рюваності (на 100 000 населення) це становило: разом — 70,2; чоловіки — 56,5; жінки — 81,9. Протягом 1999—2001 років частота зареєстрованих випадків хламідійної інфекції в цілому по Україні збільшилася на 42,4% (серед чоловіків на 12,5%, а серед жінок на 69,3%). Таким чином, серед жінок інфекція поширювалася в 5,5 разу швидше. Цифри абсолютної реєстрації хламідіозу в Україні говорять про те, що останніми роками кількість свіжих випадків зростає, головним чином, за рахунок жінок.

Є підстави вважати, що така статистика не цілком відбиває поширеність хламідіозу в Україні. Його реєстрація неповна. На це вказує українерівномірний розподіл захворюваності по регіонах (таблиця).

Таблиця. Захворюваність на статеві хламідійні інфекції в деяких областях України в 2003 році (дані МОЗ України, 2004)

Регіон	Разом		Чоловіки		Жінки	
	Абсолютна кількість	На 100 тисяч	Абсолютна кількість	На 100 тисяч	Абсолютна кількість	На 100 тисяч
Україна	31 450	65,8	12 687	57,4	18 763	73,0
Київ	1933	75,0	622	52,0	1311	95,0
Херсонська область	3663	316,1	1018	188,7	2645	427,1
Севастополь	816	216,9	318	185,3	498	243,5
Чернігівська	3	0,2	3	0,5	0	0,0
Сумська	157	12,3	67	11,5	90	13,0
Черкаська	94	6,8	32	5,1	62	8,2
Кіровоградська	153	13,8	95	18,7	58	9,7

Природно, хоча б якими були розбіжності між регіонами (наприклад, між Херсонською і Чернігівською областями), поширеність уrogenітального хламідіозу не може відрізнятись в 1580 разів! Річ у наявності належної лабораторної діагностики і у дотриманні наказів про обов'язкову реєстрацію хламідіозу в кожному конкретному регіоні [48]. Нами проаналізовано поширеність уrogenітальної хламідійної інфекції в чоловіків і жінок і проведено детальне клініко-епідеміологічне дослідження хламідіозу в 1367 пацієнтів в Автономній Республіці Крим. З'ясовано: хламідійна інфекція доволі поширена в багатьох районах Криму. Показники захворюваності на хламідіоз по районах різко відрізняються, що потребує вивчення чинників таких значних розбіжностей. Серед виявлених пацієнтів переважають молоді жінки 18—25 років. При хламідіозі спостерігаються багатоголишеві ураження статевих органів з різною симптоматикою. У 16% чоловіків та 26% жінок статева хламідійна інфекція перебігає безсимптомно [48].

За даними інституту дерматології і венерології АМН України, хламідії виявляються у 50—60% чоловіків з уретритом, у 80% — з епідидимітом, у 15% — з простатитом. Ці мікроорганізми виявляються в 40% жінок з різними гінекологічними захворюваннями. Близько 30% жінок, що відвідують шкірно-венерологічні установи, мають цервіцит або уретроцистит, спричинений хламідіями. А в статевих партнерок чоловіків, із запаленнями сечостатевих органів частота їхнього виявлення досягає 40—70% [30]. Серед жінок із запальними виявами з боку сечостатевих органів хламідійну інфекцію реєструють у західних регіонах України в 46% випадків і в 39% чоловіків з уретритами. Серед донорів серологічні маркери хламідіозу виявляють в 2—5% випадків [93].

У Росії *Chlamydia trachomatis* інфіковано значну частину населення. 1998 року в Російській Федерації зареєстровано 166 111 хворих на уrogenітальний хламідіоз [22, 54]. Захворюваність у цілому по Росії в 1995 році становила 90,2 на 100 000 населення, у 2000 році — 126,2, зростання на 40%. Співвідношення чоловіків і жінок, котрі захворіли, приблизно 1:2. Найбільша захворюваність спостерігалася у віковій групі 20—29 років. У 1998 році вона становила 259 на 100 000 серед чоловіків і 490 на 100 000 серед жінок. В окремих регіонах захворюваність на хламідіоз може значно перевищувати середні дані по країні. Так, у Новосибірську в 1999 році захворюваність становила 317 на 100 000 населення [74].

Динаміку захворюваності на хламідіоз порівняно із сифілісом, гонореею і трихомоніазом можна простежити на прикладі даних по Санкт-Петербургу — другому за величиною місту Росії з населенням понад 5 млн людей. Хламідіоз у Петербурзі є другим за частотою реєстрації венеричних захворювань після трихомоніазу. 1999 року на хламідіоз у Петербурзі обстежено 56 575 пацієнтів. У 12 242 (21,6%) випадках встановлено інфекцію [88].

Однак наведені вище статистичні дані не відбивають значної поширеності хламідійної інфекції в загальній популяції. Скринінгових досліджень се-

ред населення в Росії та інших країнах колишнього Радянського Союзу вкрай мало [38]. Було проведено репрезентативне вибіркове популяційне дослідження поширеності інфікування *S. trachomatis* серед жителів Новосибірська. За допомогою імуноферментного аналізу визначали сироваткові маркери (IgG і IgA). У 18,6% дорослого населення Новосибірська виявлено високий рівень серопозитивності, що свідчить про поточне інфікування *S. trachomatis* або про інфекцію, що була в минулому. Частота виявлення ранніх антихламідійних антитіл класу IgG у жінок (15%) у 2 рази вище порівняно з чоловіками (7,8%). Простежується закономірність у встановленні антихламідійних антитіл залежно від місяця обстеження: пік реєстрації підвищених титрів IgG і IgA антитіл до *S. trachomatis* припадав на липень—вересень [47].

В Азербайджані, серед мешканців Баку, *S. trachomatis* інфіковано понад 10% населення. Вікова структура хворих на хламідіоз жінок і чоловіків подібна. В обох статевих групах переважають особи віком 20—29 років. Максимальна частота виявлення хламідійної інфекції спостерігалася серед безплідних подружніх пар і пацієнтів з урологічними захворюваннями. Зареєстровано високий рівень хламідіозу серед вагітних і новонароджених [14].

У Білорусії уrogenітальний хламідіоз реєструється з 1996 року — 2382 випадки. 1997 рік — 2995 випадків, у 1998-й — 3691, 1999-й — 4897 (зростання за три роки більше ніж на 50%) [72]. З огляду на те, що населення Білорусії становить приблизно 10 млн осіб, інтенсивний показник захворюваності близький до України (приблизно 50 на 100 000).

В Естонії хламідійна інфекція підлягає реєстрації з 1991 року. До 1995 року кількість випадків різко зростала (з 26,8 до 360,4 на 100 тис. населення). Це пов'язано насамперед зі зростанням можливостей лабораторної діагностики і розвитком системи тотального медичного страхування в країні. Останніми роками стабілізувалася і захворюваність на відносно високому рівні — 234,8 у 1999 році [86].

У Східній Європі захворюваність на хламідіоз досить висока. У Румунії в 1988—1996 роках обстежено 2230 пацієнтів з уrogenітальними інфекціями, що мешкають у Бухаресті. Частота виявлення *S. trachomatis* — 33,8%. Найбільший відсоток серед осіб, інфікованих хламідіями, становили хворі з клінічними ознаками цервіциту (56,2%) і уретриту (36%), а також пацієнти віком 31—35 років, неодружені, що мали в анамнезі інфекції сечостатевих шляхів [94].

У Польщі інфекція, викликана *Chlamydia trachomatis*, не підлягає реєстрації. У країні з 1979 року реєструються негонококові уретрити. У 1998 році в Польщі зареєстровано 2229 випадків негонококового уретриту. За оцінками Dajek (2000), не менш як 50% з них хламідійної етіології. Процент випадків хламідіозу від загальної кількості обстежених знизився протягом 1993—1999 років з 11,6 до 3,8%, що може свідчити про зменшення поширеності [61]. В Угорщині усі вагітні підлягають скринінгу на хламідіоз. З майже 10 000 обстежених на хламідіоз 1998 року інфекцію виявлено в 6,3% [62].

Поширення хламідійних інфекцій зумовлене низкою медичних і соціальних чинників. Показники частоти уrogenітальних хламідіозів у чоловіків і жінок залежать від соціокультурних факторів і стереотипів статевої поведінки в окремій популяції. Найпершими чинниками поширення хламідійної інфекції є статева розбещеність і часта зміна партнерів. Частота хламідійних уражень шийки матки більш ніж у 20 разів перевищує кількість випадків цервіцитів хламідійної етіології серед жінок, що ведуть безладне сексуальне життя. Хламідійною інфекцією уражені від 20 до 65% жінок і чоловіків, що страждають на негонококові запальні захворювання сечостатевих органів [43].

Відповідно до кількісних характеристик випадків хламідіозу, які виявлено в Україні, співвідношення чоловіків і жінок, що інфіковані хламідіями, становить приблизно 3:5. Вікові показники захворюваності свідчать про переважне поширення хламідійної інфекції у чоловіків і жінок від 20 до 35 років. Спостерігається і тенденція до зростання захворюваності у жінок молодшого віку. Це пов'язано зі змінами в сексуальній поведінці молоді. Якщо на початку вісімдесятих років середній вік хворих на хламідіоз дорівнював 25 рокам, то наприкінці дев'яностих він становив для чоловіків 22,5 і для жінок 21,2 року [28]. Почастішали випадки хламідіозу в дітей, що не досягли статевої зрілості, особливо уретритів у хлопчиків і вагінітів, цервіцитів і проктитів у дівчаток, за виключення статевого шляху передавання інфекції. Такі випадки є наслідком персистентної інфекції, набутої в перинатальний період, під час проходження через родові шляхи.

Немає одностайної думки щодо впливу на імовірність зараження і тяжкість клінічного перебігу уrogenітальних хламідіозів таких чинників, як контрацептивні засоби, менструальний цикл, вагітність. У той же час відомо, що в експериментальних умовах екзогенні гормональні препарати стероїдного ряду здатні активувати хламідійну інфекцію. У разі прийому контрацептивних препаратів до періоду між 1-м і 4-м тижнями менструального циклу підвищується частота виділення хламідій у культурі клітин із шийки матки. Існують дані про збільшення ризику негонококових запальних захворювань органів малого таза, коли як протизапальні засоби використовували внутрішньоматкові спіралі [78].

Найпоширеніший первинний хламідійний уретрит, на який припадає серед уретритів у різних групах чоловіків в економічно розвинених країнах від 25 до 70%. Етіологічним агентом у 20—60% чоловіків, що хворі на венеричні уретрити в Україні, є *S. trachomatis* [30]. Постгонорейні уретрити мають хламідійну етіологію в 60—70% випадків [98]. У 28—40% спостережень хламідії виявляють при трихомоніазі [13], у 20—70% при гонорейі [2]. Хламідії, що поєднуються з патогенними мікроорганізмами іншої природи (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans*), нерідко є збудниками уретритів змішаної етіології. Хламідійно-гонококовий уретрит у чоловіків виявляється в 10—40% випадків з первинним діагнозом гонорейі [28]. Хламідіоз у пацієнтів з ранніми формами сифілісу реес-

трують більше ніж у 20% випадків [6]. У понад 50% хворих хламідії вступають в асоціації з іншими збудниками венеричних інфекцій. Зокрема, у 49,3%—з гонококами, у 38%—мікоплазмами, у 32%—трихомонадами, у 25,2%—з вірусом герпесу [30]. Сприяють такому стану постійний обмін збудниками венеричних інфекцій. Це слід враховувати під час діагностики та призначення лікування.

Хламідійний уретрит нерідко ускладнюється висхідною інфекцією, що є причиною 20—40% хронічних простатитів [51, 80]. Хламідійний уретрит часто супроводжується простатитом, ознаки якого за умови цілеспрямованого обстеження виявляються у 30—40% хворих на хламідіоз. Клініка уретропростатиту досить характерна для хламідійних уражень сечостатевих органів у чоловіків. У 15% чоловіків одночасно з хламідійним уретритом і простатитом встановлюють везикуліт. Частим виявом уrogenітального хламідіозу в чоловіків є хламідійний епідидиміт. За даними Hoosen et al. (1993) причиною гострих епідидимітів у 34% випадків є *S. trachomatis* [69]. Під час гістологічного дослідження препаратів, узятих від хворих з хламідійним епідидимітом, встановлено, що запальний процес характеризується деструктивними процесами з активною проліферацією [70]. Достовірний етіологічний взаємозв'язок хламідій з гострим епідидимітом або орхоепідидимітом у чоловіків до 35 років встановлено численними дослідженнями і може сягати 85% випадків. У разі поєднання або послідовного виникнення везикуліту, простатиту, диферентиту, епідидиміту й орхіту розвиваються порушення статевої функції і патологічні зміни еякуляту. У кожного п'ятого хворого з епідидимітом розвивається вторинна безплідність [27, 68]. На ультраструктурному рівні показано можливість хламідій прикріплюватися до головки, шийки і проксимальної частини талії сперматозоїдів. Ці дослідження пояснюють роль сперматозоїдів як переносників хламідійної інфекції в матку, маткові труби і черевну порожнину [26, 84]. Не випадково у жінок хламідії часто спричинюють запальні процеси статевих органів.

Хламідійну інфекцію виявляють в 30—40% жінок із запальними захворюваннями сечостатевої системи [30]. *S. trachomatis*, яка має виражений тропізм до циліндричного і перехідного епітелію, з каналу шийки матки поширюється у порожнину матки та спричинює висхідну інфекцію [50]. За даними різних авторів, *S. trachomatis* виявляли в ендометрії в 2,5—17,3% випадків [63, 89], у фалопієвих трубах при гострих і хронічних сальпінгітах—у 13—48,1% [56]. Показана роль хламідій в етіології вагінітів, бартолінітів, проктитів. Визначено роль *S. trachomatis* у розвитку пельвіоперитоніту і перигепатиту (синдром Фітца—Хью—Куртіса) [92]. Під час обстеження пацієнтів із хламідійними кон'юнктивітами у 54% чоловіків і 74% жінок встановлено уrogenітальну хламідійну інфекцію. При цьому в 70% цих самих чоловіків і в 80% жінок вона була безсимптомною [87].

Інфікування хламідіями шийки матки і сечівника вірогідно встановлено в 30% статевих партнерок чоловіків з уретритом. Хламідійна інфекція шийки

матки виявляється більше ніж у 70% статевих партнерок чоловіків із хламідійним уретритом. Цервіцити хламідійної етіології визначаються в 12—60% пацієнток венерологічних установ, у 20% гінекологічних хворих і в 2—14% жінок при профілактичних обстеженнях [55]. За змішаного інфікування статевих органів у хворих простежується значна частота хламідійно-гонококових (до 63%), хламідійно-трихомонадних і хламідійно-кандидозних інфекцій шийки матки.

Шийка матки найчастіше буває первинним вогнищем хламідійної інфекції у жінок. *C. trachomatis* за звичайних умов не розмножується в багатошаровому сквамозному епітелії піхви. Однак не можна виключити можливість інфікування хламідіями піхвової частини шийки матки і піхви під впливом гормональних і травматичних чинників [83]. *C. trachomatis* виявлено в 20% жінок з бактеріальним вагінозом [71, 73, 82]. Хламідійний ендцервіцит часто асоціюється з хламідійним уретритом. Встановлено хламідійну інфекцію парауретральних проток і складок з боків зовнішнього отвору сечівника (крипт), а також хламідійну етіологію бартолінітів [29].

Уперше хламідійну етіологію ендометритів установили Р. Mardh et al. 1981 року [79]. При експериментальному моделюванні на мавпах і клініко-лабораторному вивченні урогенітальної інфекції доведено каналікулярне поширення хламідій із шийки матки в маткові труби [79]. Раніше виявлено достовірне підвищення ризику родової лихоманки і післяпологового ендометриту в породіль, інфікованих хламідіями [95].

Сечостатеві органи, інфіковані *C. trachomatis*, є також джерелом хламідійних інфекцій людини іншої локалізації. Хворобу Рейтера спричиняють хламідії, що первинно уражають сечостатеві органи (уретрит, простатит, цервіцит), суглоби і в низці випадків кон'юнктиву. Варто особливо виділити етіологічну роль хламідій при хворобі Рейтера, коли їх виділяють з сечостатевого каналу в 60—80% хворих [30]. Згідно з літературними даними [20], у 4—6% чоловіків, хворих на хламідійний уретрит, розвивається хвороба Рейтера, що перебігає з тяжким ураженням суглобів. Етіологічний взаємозв'язок хламідій з хворобою Рейтера встановлюється виділенням цих мікроорганізмів із сечівника, суглобів і кон'юнктивального мішка хворих, а також виявленням серологічних маркерів хламідійної інфекції й експериментальним моделюванням [36]. Останніми роками у зв'язку із застосуванням високочутливих і специфічних методів молекулярної діагностики (полімеразна ланцюгова реакція, лігазна ланцюгова реакція) з'явилися повідомлення про виявлення хламідійної ДНК і РНК у синовіальній тканині та суглобній рідині таких хворих [11, 65, 90].

Шлях поширення хламідій із сечостатевих органів у суглоби визначається як "метастатичний", а розвиток суглобної патології розглядається в зв'язку з генетичною схильністю. За біологічними і антигенними властивостями хламідії, що викликають цей синдром, відрізняються від більшості штамів,

яких виділено при локалізованих запальних процесах у сечостатевій системі. Напевно, з цим пов'язане виникнення цієї патології лише в 2—4% хворих НГУ [36, 52].

Останніми роками помітно почастишали випадки реактивних артритів хламідійної етіології. Хвороба Рейтера стала найчастішою формою гострих поліартритів у чоловіків сексуально активного віку. Утім, вона буває і в жінок, дітей та осіб літнього віку [7]. У жінок ця патологія діагностується рідше, однак почастишали випадки реактивної спондилоартропатії у жінок, хворих на хламідіоз. Lange et al. (1998) обстежували на інфекції сечостатевого каналу 32 жінок з анкілозуючим спондилітом і 33 жінки такого ж віку, які страждають на хворобу Крона (термінальний ілеїт) [76]. Уретрит знайшли в 15 з 32 пацієнток зі спондилітом, у 4 пацієнток уретрит поєднувався з вагінітом. В усіх випадках виділено *Chlamydia trachomatis*. При аналізі різних клінічних характеристик пацієнток (у групі з інфекцією і групі неінфікованих) ШОЕ було набагато вище в інфікованих жінок. Крім цього, у групі інфікованих простежувалася значно більша частота ентеропатії, а також залучення в патологічний процес хребта.

Друге місце за частотою у жінок посідає трихомонадна інфекція. Трихомоніаз—паразитарне статеве захворювання, яке не має сезонного характеру. Рівень захворюваності на трихомоніаз серед жінок у загальній популяції оцінюється в 5—10%, вагітних—у 12,6%, тих, що звернулися з приводу виділень із піхви,—18—50%, ув'язнених і повій—у 50—60% [19, 33, 58, 60, 85]. Рівень захворюваності чоловіків у загальній популяції не визначений (колювання від 0 до 58%). У той же час серед осіб, що звернулися до венеролога, трихомоніаз становить 6—10%, при безплідності—4—10% [57, 75].

У розвинених країнах *Trichomonas vaginalis* виділяють менше ніж у 15% чоловіків з негонококовими уретритами і менше як у 5% чоловіків, коли немає скарг [12, 24, 30, 33, 35, 49, 41, 77]. За даними ВООЗ В, Англії середньорічне зростання кількості хворих на трихомоніаз становить 12% (Щорічник світової санітарної статистики, Женева, ВООЗ, 1994). У США щорічно реєструють приблизно 3 млн нових випадків захворювання жінок (це приблизно 2,4%).

У Східній Європі та країнах, що розвиваються, поширеність урогенітального трихомоніазу вища. Частота інфікування трихомоніазом клінічно здорових жінок у розвинених країнах становить 2—10%. Дані статистики вказують на те, що до 40% жінок, які відвідують установи дерматовенерологічного профілю, є носіями *T. vaginalis* [21]. За даними К. Wendel et al. (2001), частота трихомоніазу серед жінок африканських міст, що повідомили про відсутність статевих контактів, досягає 40% [96].

І.С. Анчупане [1] вивчила захворюваність на трихомоніаз у 1961—1991 роках на 100 тис. населення Латвії. За її даними, показник 1966 року становив 274,8, 1976-го—262,5, 1986-го—345,9 і в 1991-го—186,8. Докладну епідеміологічну характеристику трихомоніазу в Москві у віковій групі від

14 до 59 років чоловіків і жінок дав М.М. Васильєв [8]. Серед хворих на трихомоніаз більшість пацієнтів були незаміжні (неодружені) — 80%. Вік хворих коливався в межах 18—39 років у жінок, у чоловіків — 15—39 років. Останні дані підтверджують світову практику: хвороба охоплює населення, що веде активне статеве життя.

Захворюваність на трихомоніаз в Україні у 5—6 разів перевищує показник щодо гонореї і останнім часом збільшується. Якщо в 1995 році було 289 випадків на 100 000 населення, то в 2001 році — 349 (збільшення на 21%) (МОЗ України, 2004). Поширеність трихомоніазу серед жінок коливається в межах 5—30%. Серед чоловіків 10% усіх інфекційних захворювань статевої сфери припадає на трихомоніаз [46]. Брак належної реєстрації уrogenітального трихомоніазу в Україні не дає змоги достовірно оцінити поширеність захворюваності в різних регіонах, а також серед окремих контингентів населення. Разом з тим навіть приблизний аналіз свідчить про те, що трихомоніаз є найпоширенішим захворюванням [16, 17], що спричиняє хронічні запальні процеси та призводить до безпліддя.

На сьогодні встановлено, що сечостатевий трихомоніаз є багатоосередкова хвороба. Дослідження довели множинність ураження трихомонадою сечостатевого каналу і високий відсоток різних ускладнень [28, 30]. У чоловіків при зараженні трихомоніазом первинно інфікується епітелій слизової оболонки дистальної частини сечівника. Із його задньої частини збудник проникає в тканину передміхурової залози, сім'яні міхурці, придатки яєчок і сечовий міхур [30, 33, 35, 41, 46, 96]. Трихомоніаз може виявитися причиною первинної і вторинної безплідності [12, 24, 30, 33, 35].

За даними І.Ф. Юнди [53], у 62% хворих, що страждають на трихомоніаз, були статеві розлади. Спостерігалася токсична дія трихомонад на сперматозоїди, що мало негативний вплив на зачаття. Літературні дані останніх десятиріч свідчать, що

одним із частих ускладнень трихомонадного простатиту є розвиток простатолітіазу [25, 44].

Трихомоніаз у жінок теж характеризується багатоосередковістю. У 20—50% випадків трихомоніаз супроводжується клінічними виявами. Переважно (86%) при цій хворобі уражується нижній відділ сечостатевого каналу. Клінічні вияви трихомоніазу варіюють від безсимптомного до важкого кольпіту. У 14% хворих процес набуває висхідний характер. Первинно виникає кольпіт. Потім, як правило, виникають вульвіти, вестибуліти, бартолініти, цервіцити [18, 19, 32, 91]. При виражених ускладненнях часто розвивається безплідність [9, 10, 15, 16, 32].

Трихомоніаз у вагітних супроводжується порушенням мікрофлори родових шляхів, розвитком набряку і підвищеної проникності слизової оболонки піхви, що може призвести до ушкодження м'яких тканин і як наслідок—до травм родових шляхів. Інфікування немовлят під час пологів може призвести до ураження не тільки шкіри і слизових, а й внутрішніх органів дитини [3, 60, 64].

З екстрагенітальних уражень при трихомоніазі описано запалення мигдалин, кон'юнктиви ока, слизової прямої кишки [4]. Також описане трихомонадне ураження шкіри у вигляді виразок і ерозій [40]. І.В. Топорницький [42] простежив вплив трихомонадної інвазії на функціональні розлади центральної нервової системи. Є відомості, що при трихомонадній інфекції статевих органів є можливість виникнення раку шийки матки [23, 39, 59].

Трихомонадна інфекція буває також у дітей [45]. Трихомонадні уретрити в хлопчиків реєструють у вигляді казуїстичних випадків, коли інфікування відбувається статевим шляхом. Вульвовагініти у дівчаток зустрічаються в будь-якому віці, частіше діагностують у віці від 2 до 5 років і від 11 до 14 років [66]. Зараження дівчаток можливе нестатевим шляхом. Деякі дослідники вказують на перевагу статевого шляху зараження серед дівчат після 12 років [5, 31, 37].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Анчупане І.С. Урогенитальный трихомониаз и смешанная трихомонадно-гонококко-хламидийные инфекции: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— М., 1992.— 17 с.
2. Бакалова Л.А. Экстрагенитальная локализация болезней, передающихся половым путем, и лечение их фторхинолонами // Вестн. дерматологии и венерологии.— 1992.— № 11.— С. 30—33.
3. Башмакова М.А., Кошелева Н.Г., Калашникова Е.П. Инфекция и бактериальная колонизация урогениталий у беременной женщины, влияние на течение беременности, плод и новорожденного ребенка // Акушерство и гинекология.— 1995.— № 1.— С. 15—18.
4. Беднова В.Н., Мордовцев В.Н., Брагина Е.Е. Выявление влагалитной трихомонады в прямой кишке больных мочеполювым трихомониазом // Вестник дерматологии и венерологии.— 1990.— № 3.— С. 12—15.
5. Богданова Е.А. Гинекология детей и подростков.— М., Медицинское информационное агентство.— 2000.— 332 с.

6. Бондаренко Г.М. Смешанные венерические инфекции у больных сифилисом // Журнал дерматологии и венерологии.— 1996.— № 2.— С. 41—42.

7. Бондаренко Г.М., Мавров Г.И., Кондакова А.К., Федец О.И. Обнаружение ДНК Chlamydia trachomatis в моноцитах периферической крови при болезни Рейтера // Журн. дерматол. и венерол.— 2002.— № 1 (19).— С. 42—45.

8. Васильев М.М. Особенности клиники мочеполювого трихомониаза, совершенствование диагностики и лечения (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ...докт. мед. наук.— М., 1990.— 28 с.

9. Вовк И.Б. Диагностика и комплексное лечение бесплодия в браке: Автореф. дис. ...докт. мед. наук.— К., 1987.— 34 с.

10. Гасанова Т.А. Паразитозы — фактор риска воспалительных заболеваний органов малого таза // Медицинская паразитология и паразитарные болезни.— 2002.— № 1.— С. 3—8.

11. Гастон Дж. С.Х. Иммунологические аспекты реактивных артритов, вызванных хламидиями // Инфекции, передаваемые половым путем.— 2001.— № 5.— С. 4—9.

12. Гусейнов В.А. Мужское бесплодие при трихомониазе // Здоровье мужчины.— 2003.— № 4 (7).— С. 95—97.
13. Делекторский В.В., Глазкова Н.С., Бугуев А.Ю. Роль хламидий и уреоплазм в патогенезе смешанной урогенитальной патологии // Заболевания, передающиеся половым путем: Сб. научн. тр.— Горький, ГНИИДВиИМ.— 1989.— С. 198—202.
14. Джавад-Заде М.М. Эпидемиологические аспекты хламидиоза среди жителей Баку // Росс. журн. кожных и венерических болезней.— 2000.— № 5.— С. 46—47.
15. Евдокимова Г.Т., Капралов О.Б. Роль обследования на заболевания, передаваемые половым путем, мужчин и женщин, состоящих в бесплодном браке // Труды VIII Всесоюзного съезда дерматологов и венерологов.— М., 1985.— С. 326.
16. Каложная Л.Д., Дзюбак В.Е., Нагорный А.Е. Особенности лечения инфекций, передающихся половым путем, на современном этапе // Дерматовенерология, косметология, сексопатология.— 2002.— № 3—4 (5).— С. 195—199.
17. Каложная Л.Д. Проблема венерических заболеваний в Украине // Фармновости.— 1996.— № 1.— С. 28—29.
18. Кисина В.И. Урогенитальный трихомониаз: проблемы и пути их решения // ИППП.— 2001.— № 6.— С. 14—17.
19. Кисина В.И., Канишева Е.Ю. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и их связь с инфекциями, передаваемыми половым путем: Диагностика, лечение, профилактика. Часть II. // Вестн. дерматол. и венерол.— 2002.— № 4.— С. 16—23.
20. Ковалев Ю.Н., Ильин И.И. Болезнь Рейтера.— Вариант-Книга, Челябинск.— 1993.— 239 с.
21. Копылов В.М., Бочкарев Е.Г., Говорун В.М. Урогенитальный трихомониаз: актуальные вопросы диагностики и лечения: Пособие для врачей.— М., 2001.— 40 с.
22. Кубанова А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001—2005 гг. // Вестн. дерматол. и венерол.— 2002.— № 1.— С. 4—8.
23. Купрісінко М.В. Інфекції, що сексуально передаються, і ризик розвитку раку шийки матки // Журнал дерматовенерології та косметології ім. Н.А. Торсуєва, 2003.— № 1—2 (6).— С. 50—55.
24. Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Мацак В.Ю. Значение генитальной микст-инфекции в формировании бесплодия у мужчин // Сексология и андрология.— 2000.— Вып. 5.— С. 94—96.
25. Літус О.І., Степаненко В.І. Поліетіологічні чинники і поліпатогенетичні механізми розвитку хронічного інфекційного простатиту. Комплексні методи діагностики та нові підходи до терапії захворювання // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2003.— № 1 (8).— С. 72—86.
26. Мавров Г.И. Взаимодействие Chlamydia trachomatis со сперматозоидами человека: электронно-микроскопическое исследование // Микробиол. журн.— 1995.— № 57 (2).— С. 74—79.
27. Мавров Г.И. Нарушение репродуктивной функции при воспалительных процессах хламидийной и уреоплазменной этиологии // Дерматол. и венерол.— К.: Здоров'я.— 1991.— № 25.— С. 67—69.
28. Мавров И.И. Хламидийная инфекция: активное изучение проблемы // Журн. дерматол. и венерол.— 2001.— № 12.— С. 4—10.
29. Мавров И.И., Кутюва В.В., Шаткин А.А. Хламидийные поражения парауретральных ходов и крипт у женщин // Вестн. дерматол. и венерол.— 1982.— № 8.— С. 22—24.
30. Мавров И.И. Половые болезни / Руководство для врачей, интернов, студентов.— Харьков: ФАКТ, 2002.— 788 с.
31. Малова И.О., Скворцова Р.Г., Кузьмина Н.И. Клинико-микробиологическая характеристика вульвовагинитов у девочек // Вестн. дерматол. и венерол.— № 1.— 1998.— С. 27—31.
32. Михайлов А.В., Гасанова Т.А. Распространенность урогенитального трихомониаза и особенности его лабораторной диагностики у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза // ИППП.— 2000.— № 2.— С. 26—29.
33. Молочков В.А. Урогенитальный трихомониаз и ассоциированные уретрогенные инфекции (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика) // Росс. журн. кожн. и венер. бол.— 2000.— № 3.— С. 48—56.
34. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический урогенитальный простатит.— М.: Медицина, 1998.— 203 с.
35. Нешков Н.С., Пепенин В.П., Родионов Д.В. О состоянии фертильности у больных простатовезикулитом, инфицированных трихомониазом // Сексология и андрология.— 2000.— Вып. 5.— С. 98—100.
36. Панасюк А.Ф., Солдатова С.И., Шубин С.В. и др. О патогенетических аспектах урогенных артритов, ассоциированных с хламидиями: возможность микроорганизма размножаться в клетках суставного хряща // Терапевт. арх.— 1998.— № 5.— С. 45—48.
37. Поланов В.С., Глазкова Л.К. Воспалительные заболевания гениталий у девочек и девушек.— Свердловск, 1990.— 83 с.
38. Прилепская В.Н., Кондриков Н.И., Устюжанина Л.А. Хламидийная инфекция в гинекологии // Акушерство и гинекология.— 1998.— № 4.— С. 11—13.
39. Свищева Т.Я. Трихомонада — возбудитель рака.— М.: Медицина, 1998.— 216 с.
40. Танков Ю.П., Концевых Е.В., Князева Т.Ю., Конгратьева Т.Ю. Поражения кожи при хроническом трихомониазе / Первый Российский конгресс дерматовенерологов: Тезисы научных работ, СПб, 2003, 23—26 сентября.— Т. II.
41. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология.— СПб.: Медиа Пресс, 1999.— 464 с.
42. Топорницкий И.В. Влияние трихомонадной инвазии на функциональные расстройства центральной нервной системы // Дерматология и венерология: Республ. межвед. сб.— К.— 1991.— № 26.— С. 88—89.
43. Унучко С.В., Губенко Т.В. Состояние клеточного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом // Зб. організації, метод., лік.-проф. і офіц. матеріалів по боротьбі із захворюваннями, що передаються статевим шляхом / Під ред. Р.В. Богатирьової.— К.—Х.: Факт, 1999.— С. 307—311.
44. Феготов В.П., Горбунцов В.В., Мамон А.А. Калькулезный простатит как фактор, осложняющий течение инфекций, передающихся половым путем, и их терапию // Дерматология, косметология, сексопатология.— Днепропетровск.— 2000.— № 1.— С. 189—191.
45. Хаммершлаг М.Р. Заболевания, передаваемые половым путем у детей // ИППП.— 1999.— Т. 3.— С. 4—11.
46. Хорунжий Н.В., Разуваев В.А., Дробнер Г.И., Брындиков Л.Н. Локальная гипертермия в комплексном лечении хронических трихомонадных уретропростатитов // Лікарська справа.— 1994.— № 5—6.— С. 131—132.
47. Хрянин А.А., Решетников О.В., Кривенчук Н.А. Эпидемиология хламидийной инфекции (Chlamydia trachomatis) в крупном промышленном центре Западной Сибири // Вестн. дерматол. и венерол.— 2001.— № 1.— С. 54—57.
48. Чиннов Г.П. Клинико-эпидемиологическая характеристика генитального хламидиоза в Украине. Журнал дерматологии и венерологии.— 2004.— № 1 (23).— С. 85—90.
49. Шапошников О.К. Венерические болезни: Руководство для врачей.— М.: Медицина, 1991.— 544 с.
50. Шатилов А.В. Нарушение дифференцировки эпителиальных клеток уретры и её коррекция при смешанных венерических инфекциях у мужчин // Акт. проблемы научн. и практ. дерматологии и венерологии.— Днепропетровск.— 1994.— С. 3.
51. Шаткин А.А., Мавров И.И. Урогенитальные хламидиозы.— К.: Здоров'я, 1983.— 200 с.

52. Шубин С.В., Орлова О.Е., Сигельникова С.М. Хламидии и болезнь Рейтера. Хламидийные инфекции / Под ред. А. А. Шаткина.— Москва, 1986.— С. 73—76.
53. Юнга И.Ф., Имишенецкая Л.П., Добровольская Л.И. и др. Хронический мочеполовой трихомониаз и нарушение половой функции у мужчин // Вестн. дерматол. и венерол.— 1988.— № 1.— С. 71—74.
54. Akovbyan V.A., Gomberg M. A. Genital Chlamydia trachomatis infections in Russia. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed: M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 69—74.
55. Barnett S.D., Brundage J.F. Incidence of recurrent diagnoses of Chlamydia trachomatis genital infections among male and female soldiers of the US Army // Sex Transm. Infect.— 2001.— Vol. 77 (1).— P. 33—36.
56. Bevan C.D., Johan B.J., Mumtaz G. Clinical, laparoscopic and microbiological findings in acute salpingitis: report on a United Kingdom cohort // Br. J. Obstet. Gynaecol.— 1995.— Vol. 102 (5).— P. 407—414.
57. Borchardt K.A., al-Haraci S., Maida N. Prevalence of Trichomonas vaginalis in a male sexually transmitted disease clinic population by interview, wet mount microscopy, and the InPouch TV test // Genitourin Med.— 1995.— Vol. 71.— P. 405—406.
58. Bowden F.J., Paterson B.A., Mein J. Estimating the prevalence of Trichomonas vaginalis, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae in indigenous women in Northern Australia // Sex. Transm. Inf.— 1999.— 75.— P. 431—434.
59. Claeys P., Gonzales C., Gonzales M. et al. Prevalence and risk factors of sexually transmitted infections and cervical neoplasia in women's health clinics in Nicaragua // Sex. Transm. Infect.— 2002.— Vol. 78 (3).— P. 204—207.
60. Cotch M.F., Pastorec J. G., Nugent R. P. Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group // Sex Transm Dis.— 1997.— N 24.— P. 353—360.
61. Dajek Z. Chlamydia trachomatis infections in Poland. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed: M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 65—68.
62. Deak J., Nagy E. Chlamydia trachomatis infections in Hungary. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed: M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 39—49.
63. Elias M., Choroszczy-Krol I., Ruczkowska S. Chlamydia trachomatis and concomitant flora in the internal genital organs of women without clinical symptoms of infection // Ginek. Pol.— 1996.— Vol. 67 (5).— P. 264—269.
64. Francis J. Botvden, Geoffrey P. Gamett. Trichomonas vaginalis epidemiology: parameterising and analysing a model of treatment interventions // Sex Transm. Infect.— 2000.— Vol. 76.— P. 248—256.
65. Gaston J. S.H. Immunological basis of Chlamydia-induced reactive arthritis // Sex Transm Inf.— 2000.— Vol. 76.— P. 156—161.
66. Goh B.T., Forster G.E. Sexually transmitted diseases in children // Genitourin Med.— 1993.— Vol. 69.— P. 3—221.
67. Heine P., McGregor J.A. Trichomonas vaginalis: a re-emerging pathogen // Clin. Obstet. Gynecol.— 1993.— Vol. 36.— P. 137—144.
68. Hipp S., Alfold L. Pyospermia and carriage of chlamydia and ureaplasma in infertile man // J. Urol.— 1982.— Vol. 28 (1).— P. 54—56.
69. Hoosen A.A., O'Farrell N., van den Ende J. Microbiology of acute epididymitis in a developing community // Genitourin. Med.— 1993.— Vol. 69 (5).— P. 361—363.
70. Hori S., Tsutsumi Y. Histological differentiation between chlamydial and bacterial epididymitis: nondestructive and proliferative versus destructive and abscess forming — immunohistochemical and clinicopathological findings // Hum. Pathol.— 1995.— Vol. 26 (4).— P. 402—407.
71. Joeseof M.R., Wiknjastro G., Norojono W. Coinfection with chlamydia and gonorrhoea among pregnant women and bacterial vaginosis // Int. J. STD & AIDS.— 1996.— Vol. 7 (1).— P. 61—64.
72. Karabanov L.G., Shimanskaija I.G., Levonchuk E.A., Gribkova N.V. Chlamydia trachomatis infections in Byelorussia. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed: M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 9—15.
73. Keane F.E., Thomas B.J., Whitaker L., Renton A., Taylor-Robinson D. An association between non-gonococcal urethritis and bacterial vaginosis and the implications for patients and their sexual partners // Genitourin. Med.— 1997.— Vol. 73 (5).— P. 373—377.
74. Khryanin A., Reshetnikov O. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in an unselected urban population of Novosibirsk, Russia. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed: M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 75—83.
75. Kreiger J.N., Verdon M., Siegel N. Natural history of urogenital trichomoniasis in men. // J. Urol.— 1993.— 149.— P. 1455—1458.
76. Lange U., Berliner M., Ludwig M. et al. Ankylosing spondylitis and infections of the female urogenital tract // Rheumatol Int.— 1998.— Vol. 17 (5).— P. 181—184.
77. Lefevre J.C., Lepargneur J.P., Bauriaud R. Clinical and microbiologic features of urethritis in men in Toulouse, France // Sex. Transm. Dis.— 1991.— Vol. 18.— P. 76—79.
78. Mardh P.A. Chlamydial pelvic inflammatory disease // Chlamydial Infections.— Springer-Verlag, Berlin, Germany.— 1987.— P. 45—55.
79. Mardh P.A., Meller B.A., Ingerselv H.J. Endometritis caused by Chlamydia trachomatis // Brit. J. Vener. Dis.— 1981.— Vol. 57 (3).— P. 191—195.
80. Maruta N. Study of Chlamydia trachomatis in chronic prostatitis // Hinyokika-Kiyo.— 1992.— Vol. 38 (3).— P. 297—304.
81. Mavrov G.I., Bondarenko G.M. Evolution of Venereal Diseases in Ukraine // Sex. Transm. Infect.— 2002.— Vol. 78.— P. 219—221.
82. Morris M.C., Rogers P.A., Kinghorn G.R. Related Articles Is bacterial vaginosis a sexually transmitted infection // Sex. Transm. Infect.— 2001.— Vol. 77 (1).— P. 63—68.
83. Paaavonen J., Lehtinen M. Chlamydial pelvic inflammatory disease // Hum. Reprod. Update.— 1996.— Vol. 2.— P. 519—529.
84. Patton D.L., Wolner-Hanssen P., Zeng W. The role of spermatozoa in the pathogenesis of Chlamydia trachomatis salpingitis in primate model // Sex. Transm. Dis.— 1993.— Vol. 20 (4).— P. 214—219.
85. Petrin D., Delgaty K., Bhatt R., Garber G. Clinical and microbiological aspect of Trichomonas vaginalis. Dept of Med, Univ of Ottawa, Ontario, Canada. Clin. Microbiol. Rev.— 1998 Apr.— 11 (2).— P. 300—317.
86. Poder A. Chlamydia trachomatis infections in Estonia. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed: M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 32—38.
87. Postema E.J., Remeijer L., van der Meijden W.I. Epidemiology of genital chlamydial infections in patients with chlamydial conjunctivitis; a retrospective study // Genitourin. Med.— 1996.— N 72 (3).— P. 203—205.
88. Savitcheva A., Smirnova T., Pavlova N. et al. Diagnosis and treatment of genital Chlamydia trachomatis infection in St. Petersburg and Leningradskaya oblast. In: Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe / Ed. M. Domeika and A. Hallen.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 84—90.
89. Stern R.A., Svoboda-Newman S.M., Frank T.S. Analysis of chronic endometritis for Chlamydia trachomatis by polymerase chain reaction // Hum. Pathol.— 1996.— Vol. 27 (10).— P. 1085—1088.

90. *Taylor-Robinson D., Gilroy C.B., Thomas B.J.* Detection of *Chlamydia trachomatis* in joints of reactive arthritis patients by polymerase chain reaction // *Lanset*.— 1992.— Vol. 340 (2).— P. 81—82.
91. *Thompson C., Malone S.* Audit of diagnostic criteria for *Trichomonas vaginalis* in women a genitourinary medicine clinic // *International congress of sexually transmitted diseases 12 Meeting, Seville, Spain, 19—22 oct.*— 1997. Programa. Abstracts.— P. 101.
92. *Van der Laan N.E., Voerman B.J., Rustemeijer C., van der Hoeven K.S.* Peritonitis, moderate ascitis and hepatitis due to infection with *Chlamydia trachomatis* and Epstein-Barr virus in young woman. Diagnosis by polymerase chain reaction from peritoneal tissue // *Neth. J. Med.*— 1995 Vol. 46 (1).— P. 41—46.
93. *Vinograd N.* Epidemiology of *Chlamydia trachomatis* infection in Ukraine. In: *Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe* / Ed. M. Domeika and A. Hallen.— 2000.— KATA studio, Kaunas, Lithuania.— 2000.— P. 101—105.
94. *Vizitiu O., Badescu D., Cantacuzino L.* Incidence of *Chlamydia trachomatis* genital infections in Bucharest (1988—1996) // *Roum. Arch. Microbiol. Immunol.*— 1996.— Vol. 55 (4).— P. 313—321.
95. *Wager G., Martin D., Kotsky L.* Puerperal infections morbidity: Relationship to route of delivery and to antepartum *Chlamydia trachomatis* infection // *Am. J. Obstet. and Gynecol.*— 1980.— Vol. 138 (7).— P. 1028—1033.
96. *Wendel K., Erbeling E., Duncan D.* The epidemiology of trichomoniasis in women // *Int. J. STD & AIDS.*— 2001.— 12 suppl.— Vol. 2.— P. 37.
97. World Health Organization. *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Diseases: Overview and Estimates.* World Health Organization, Geneva, Switzerland.— 1996.
98. *Zhao J.* Preliminary serological survey on *Mycoplasma* and *Chlamydia* infection among gonorrhoea cases // *Chung. Hua. Liu. Hsing. Chin.*— 1991.— Vol. 12 (3).— P. 269—272.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХЛАМИДИОЗА И ТРИХОМОНИАЗА — ДВУХ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПОЛОВЫХ ИНФЕКЦИЙ (Обзор современных литературных данных и показателей статистической отчетности)

Г.П. Чинов

В статье рассматриваются вопросы распространенности и клинической характеристики хламидиоза и трихомониаза у мужчин и женщин в Украине на современном этапе. Показана экстрагенитальная патология, вызываемая этими возбудителями. Также обсуждаются особенности клинического течения хламидиоза и трихомониаза у детей и подростков.

REVALENCE AND CLINICAL CHARACTERISTIC OF CHLAMYDIA TRACHOMATIS AND TRICHOMONAS VAGINALIS — THE MOST WIDESPREAD SEXUAL TRANSMITTED INFECTIONS

G.P. Chinov

The issues of prevalence and clinical characteristic of *Chlamydia trachomatis* and *Trichomonas vaginalis* — the most widespread sexual infections among men and women in Ukraine are considered in this publication. The extragenital pathology caused by these microbial agents is shown. The clinical features of *C. trachomatis* and *T. vaginalis* infections in children and teenagers are also discussed.