

Клинический случай перинатального трихомоноза

Бондаренко Г. М.,[†] Осинская Т. В.,[†] Тесленко С. В.[‡]

[†]ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков

[‡]ООО «Медлюкс», Харьков

Приведено наблюдение клинического случая трихомонадной инфекции беременной женщины и ее новорожденной девочки. Показаны особенности клинического течения и диагностики трихомоноза, включая обнаружения *T. vaginalis* в околоплодной жидкости и амниотических оболочках.

Ключевые слова: *T. vaginalis*, диагностика, амниотическая жидкость, амниотические оболочки, беременная женщина, новорожденная девочка.

По разным оценкам, трихомоноз у беременных женщин колеблется в пределах 40 %, вызывая акушерско-гинекологические и перинатальные осложнения, что в большинстве случаев остается незарегистрированным и соответственно не происходит идентификация инфекционного агента. В литературе сведения о распространенности трихомоноза среди новорожденных малочисленны, неоднородны, а нередко и противоречивы. Примерно 5-7 % детей заражаются *T. vaginalis* интранатально. Также существуют единичные сообщения об обнаружении *T. vaginalis* в околоплодной жидкости и лёгких новорожденных [1-5, 7-13]. Приводим пример собственного клинического наблюдения.

Больная М., 34 года, поступила на дородовую госпитализацию и родоразрешение в родильный дом Харькова в сроке гестации 38 недель. Нами проанализированы:

- особенности анамнеза жизни;
- особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнезов;
- течение беременности, родов и послеродового периода;
- исход беременности и ранний неонатальный период новорожденной.

Женщина – жительница села, служащая. Половая жизнь с 18 лет, вне брака; применяет барьерную контрацепцию. Менструальная функция – с 14 лет, без особенностей. Последние 10 лет – в зарегистрированном браке, половую жизнь вне семьи отрицает. Сопутствующие заболевания – миопия высокой степени. Аллергологический анамнез не отягощен.

При исследовании во время беременности на ИППП и TORCH-комплекс выявлена микроскопически *T. vaginalis*. От этиологического лечения во вре-

мя беременности отказалась. Муж по поводу ИППП не обследовался и не лечился.

Из гинекологического анамнеза:

- хронический урогенитальный трихомонадный кольпит;

- двусторонний сальпингоофорит.

Из акушерского анамнеза:

- вторая беременность, вторые роды;
- фето-плацентарная недостаточность (ФПН);
- угроза прерывания беременности (20-22 нед.).

При поступлении в родом:

- общее состояние – удовлетворительное;
- жалобы на обильные выделения из влагалища слизистого характера, с неприятным запахом, усилившиеся во время беременности;
- периодически беспокоит зуд и жжение половых органов.

При осмотре:

- кожные покровы и видимые слизистые – розовые, чистые;

- живот – овоидной формы, равномерно увеличен беременной маткой;

- влагалище – рожавшей, слизистая умеренно гиперемирована;

- вагинальное отделяемое – в повышенном количестве, слизистого характера, с неприятным запахом;

- эрозивных процессов на шейке матки не отмечается;

- плодный пузырь цел;

- уретры – без особенностей, отделяемого из уретры после массажа нет;

В мазке (из влагалища):

- лейкоциты – 30-40 в поле зрения;
- эпителиальные клетки – 10-20 в поле зрения;
- слизи – повышенное количество;
- общее количество микроорганизмов – умеренное;
- доминирующие морфотипы – грамположитель-

ные кокки.

В материале из половых путей роженицы культурально была обнаружена *T. vaginalis*.

Клинический анализ мочи и крови – без особенностей.

Роды (Кесарево сечение) в сроке гестации 39 недель. Был произведен трансабдоминальный амниоцентез для забора образцов околоплодных вод для культуральной диагностики *T. vaginalis*. Послеродовый период протекал без особенностей. Состояние послеродовых швов в удовлетворительном состоянии, подъемов температуры не отмечалось.

При культуральном исследовании (СКДС) околоплодной жидкости была обнаружена *T. vaginalis*.

Проведено морфологическое исследование амниотической оболочки:

- при макроскопическом исследовании – амниотические оболочки полупрозрачные, с наличием белесоватых включений;

- при гистологическом исследовании отмечаются выраженные дистрофические изменения в эпителии амниона, наличие полей десквамации, фибриноида и некробиотических изменений;

- эндотелий сосудов десквамирован с выраженным периваскулярным склерозом (рис. 1 на вкладке).

Следует отметить, что среди эпителиоцитов отмечались одиночные некрупные клетки треугольной формы с наличием округлого ядра; цитоплазма таких клеток базофильна. Некробиотические процессы в эпителии, степень воспалительных реакций наиболее выражены вокруг таких клеток. Описанные клетки являются трихомонадами. При этом среди воспалительного инфильтрата преобладают макрофаги, количество лейкоцитов не велико (рис. 2 на вкладке).

Исход родов: живая, доношенная девочка, с массой тела 3650 г, рост 51 см. Оценка по шкале Апгар – 7-8 баллов. Состояние ребенка удовлетворительное ($t - 36,6^{\circ}\text{C}$, ЧД – 40 уд/мин., $PS - 138$ уд/мин). Крик громкий. Сосёт активно. Видимых пороков развития нет. Мышечный тонус достаточный. Рефлексы периода новорожденности – средней живости. Большой родничок 1×1 см. Кожа и видимые слизистые – розовые, чистые. Пуповинный остаток мумифицируется. В лёгких – дыхание пуэрильное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены.

При осмотре наружных половых органов отмечены:

- незначительная отёчность вульвы;
- слизистая не гиперемирована;
- клитор относительно больших размеров;
- вход во влагалище закрыт вязкой слизью;
- незначительное нагрубание молочных желез.

Стул и мочеиспускание – в норме. Физиологическая потеря веса – в пределах нормы. Клиническое исследование крови и мочи – без особенностей.

При культуральном исследовании вагинального отделяемого на 7-й день жизни девочки была обнаружена *T. vaginalis*.

После проведения лечебно-диагностических мероприятий, согласно Приказа МОЗ Украины № 286, отмечалось клинко-этиологическое выздоровление матери и ребенка.

На основании вышеизложенного можно констатировать, что наличие урогенитального трихомоноза во время беременности у матери и её отказ от этиологической терапии послужили реализации восходящего пути перинатального инфицирования. Заражение *T. vaginalis* околоплодных вод стало возможным в результате дефекта плодовых оболочек за счет морфофункциональных изменений с развитием хориоамнионита, который характеризуется массивными фибриноидными некрозами, склеротическими изменениями губчатого вещества, активной макрофагальной реакцией [6]. Степень выраженности указанных изменений, по всей видимости, зависит как от вирулентности возбудителя, так и от состояния иммунных механизмов в системе «мать – плацента – плод». При определенных условиях трихомонадная инфекция может не вызывать никакой реакции или вызывать только слабо выраженное воспаление.

Состояния половых органов ребенка расценивалось нами, как проявления пограничного состояния новорожденных – «полового криза» [2]. Отсутствие специфических клинических проявлений урогенитального трихомоноза у девочки в раннем неонатальном периоде, очевидно, связано с транзитной эстрогенизацией, особенностями эпителиального покрова вульвы и влагалища новорожденных, кислой средой, а также участием материнских антител, прошедших через плацентарный барьер. Полученные нами данные совпадают с немногочисленными данными литературы [10-13].

Выводы. На основании вышеизложенного можно констатировать, что перинатальное инфицирование *T. vaginalis* возможно не только во время прохождения ребенка через инфицированные родовые пути матери, но и восходящим путем, за счет дефекта плодовых оболочек, с развитием хориоамнионита, последующим инфицированием околоплодных вод и возможным антенатальным заражением плода. Практическую значимость приобретает выделение групп риска среди беременных, проведение преемственных и адекватных лечебно-диагностических и организационно-профилактических мероприятий, что минимизирует риск возможности заражения новорожденных детей трихомонадной инфекцией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Коколина В. Н. Гинекология детского возраста. – М.: Медпрактика, 2003. – 268 с.
2. Котлова Ю. В. Случаи диагностики и лечения трихомониаза 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. Мавров Г. И. Инвазия *Trichomonas vaginalis* беременных и новорожденных / Г. И. Мавров, Т. В. Осинская // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 1. – С. 101-107.
4. Малова И. О. Урогенитальные инфекции у девочек младшего возраста (до 12 лет): эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 44 с.
5. Хаммершлаг М. Р. Заболевания, передаваемые половым путём у детей / М. Р. Хаммершлаг // ИППП. – 1999. – Т. 3. – С. 4-11.
6. Фадеев А. С. Патоморфологические исследования последов на наличие признаков внутриутробного инфицирования / А. С. Фадеев, Н. В. Суслонова, Л. И. Герасимова // Социально-гигиенический мониторинг практика применения и научное обеспечение. – М., 2000. – С. 122-124.
7. Balaka B., Aghèrè A., Dagnra A., Baeta S., Kessie K., Assimadi K. Genital bacterial carriage during the last trimester of pregnancy and early-onset neonatal sepsis // Arch. Pediatr. – 2005. – Vol. 12, No 5. – P. 514-519.
8. Bowden F. J., Garnett G. P. Trichomonas vaginalis epidemiology and analyzing a model of treatment intervention // Sex. Transm. Infekt. – 2000. – Vol. 76, No 4. – P. 248-256.
9. Cotch M. F., Pastorek J. G. Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. The vaginal Infections and Prematurity Study Group // Sex. Transm. Dis. – 1997. – Vol. 24. – P. 353-360.
10. Laren Mc 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, No 6. – P. 888-890.
11. Saurina G. R., Cormack Mc W. M. Trichomoniasis in pregnancy // Sex. Transm. Dis. – 1997. – Vol. 24. – P. 361-363.
12. Sparks R. A., Williams G. L., Boyce J. M. H., Fitzgerald T. C., Shelley G. Antenatal screening for candidiasis, trichomoniasis, and gonorrhoea // Br. J. Vener. Dis. – 1975. – Vol. 61. – P. 110-115.
13. Zawadzki J., Starzyk J. Znaczenie leczenia rzęsistkowica w ginekologii i położnictwie // Wiad. Parazytol. – 1969. – Vol. 15, No 3. – P. 473-475.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПЕРИНАТАЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗУ

Бондаренко Г. М., Осінська Т. В., Тесленко С. В.

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України», Харків
ТОВ «Медлюкс», Харків

Наведено спостереження клінічного випадку трихомонадної інфекції у вагітної жінки та її новонародженої дівчинки. Показані особливості клінічного перебігу та діагностики трихомоніозу, включаючи виявлення *T. vaginalis* в околоплідній рідині та амніотичних оболонках.

Ключові слова: *T. vaginalis*, діагностика, клінічні прояви, амніотична рідина, амніотичні оболонки, вагітна жінка, новонароджена дівчинка.

A CLINICAL CASE OF PERINATAL TRICHOMONIASIS

Bondarenko G. M., Osinska T. V., Teslenko S. V.

"Institute for Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv
"Medlyuks" LLC, Kharkiv

The observation of clinical case of *Trichomonas vaginalis* infection in a pregnant woman and her newborn girl is reported. The features of the clinical course and diagnostics of trichomoniasis are shown, including identification of *T. vaginalis* in the amniotic fluid and membranes.

Keywords: *Trichomonas vaginalis*, infection, diagnostic, clinical manifestation, amniotic fluid, amniotic membranes, pregnant woman, newborn girl.

Бондаренко Глеб Михайлович – д-р мед. наук, ст. научн. сотр., ст. научн. сотр. отделения инфекций, передающихся половым путем, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков; профессор кафедры дерматовенерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины.

Осинская Татьяна Владимировна – канд. мед. наук, ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», Харьков.

Тесленко С. В. – врач-дерматовенеролог, ООО «Медлюкс», Харьков.
uniidiv@gmail.com

Рисунки к статье
Сербина И. М., Овчаренко Ю. С.
Оценка дерматоскопических маркеров при гнездовой алопеции



Рисунок 1. Жёлтые точки.



Рисунок 2. Чёрные точки.

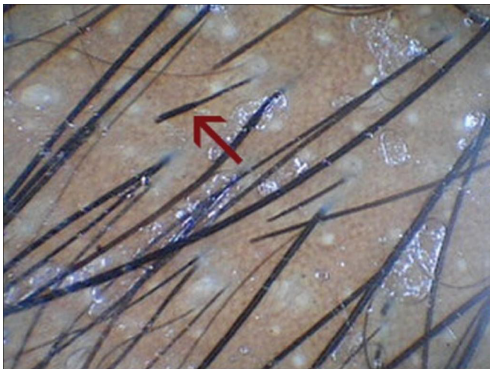


Рисунок 3. Конические волосы.

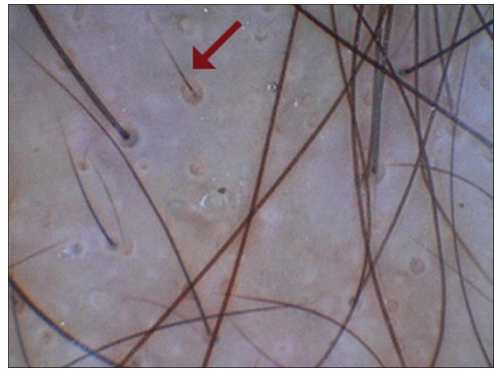


Рисунок 4. Псевдовеллус.

Рисунки к статье
Бондаренко Г. М., Осинская Т. В., Тесленко С. В.
Клинический случай перинатального трихомоноза

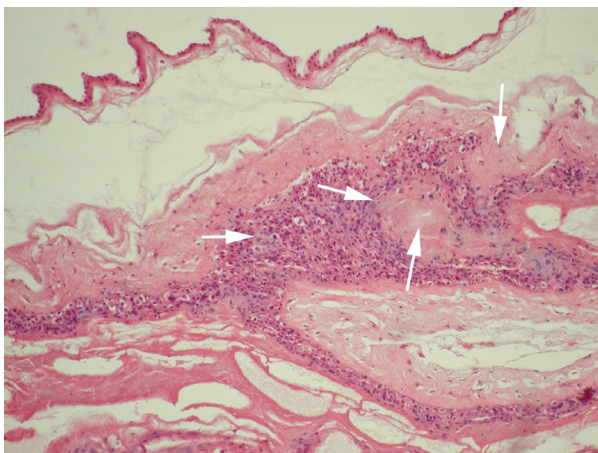


Рисунок 1. Дистрофические изменения клеток амниона, наличие полей десквамации, некробиотические изменения, неодинаковый размер клеток. Окр. гематоксилином и эозином, $\times 100$.

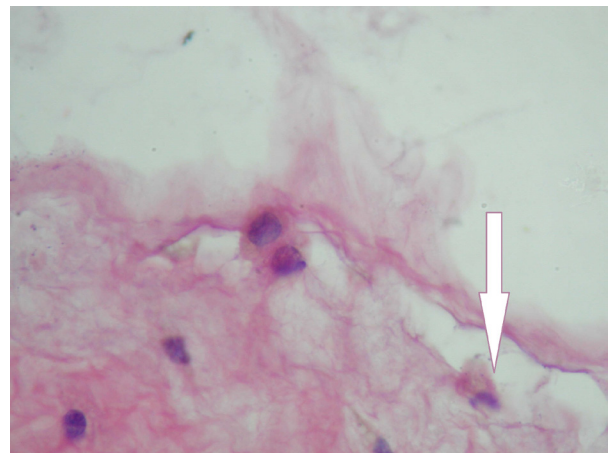


Рисунок 2. Наличие среди очагов фибриноидных изменений *T. vaginalis* (клеток с треугольными очертаниями и округлым ядром). Окр. гематоксилином и эозином, $\times 1000$.