

دراسة وبائية لطيفلي المشعرة المهبلية *Trichomonas vaginalis* في محافظة ذي قار

فاضل عباس العبادي زينب احمد حسن الخزرجي

قسم علوم الحياة, كلية التربية للعلوم الصرفة, جامعة ذي قار

الخلاصة

تم خلال المدة من بداية شهر تشرين الاول 2012 ولغاية نهاية شهر أيار 2013 اجراء دراسة وبائية للتحري عن انتشار طفيلي المشعرة المهبلية في محافظة ذي قار. جمعت وفحصت 650 عينة افراز مهبلي و 650 عينة ادراج من النساء المراجعات الى مستشفى الولادة والاطفال في الناصرية ومستشفى الشرطة العام قسم الاستشارية- النسائية ومختبرات التحليلات المرضية في المحافظة. اظهرت الدراسة ان نسبة الاصابة الكلية بطفيلي المشعرة المهبلية 5.23% باستعمال الفحص المجهرى للافراز المهبلي.

بينت النتائج عدم وجود فروق معنوية بين الاصابة بالطفيلي واشهر السنة اذ بلغت اعلى نسبة اصابة في شهر كانون الثاني 8.61% واقلها في شهر نيسان 3.41% ولم تسجل أي نسبة اصابة في شهر ايار. كما تبين ان هناك فروق معنوية ($P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والفئات العمرية، اذ سجلت الفئة العمرية (26-30) سنة اعلى نسبة اصابة 9.15% واقلها في الفئة العمرية (15-20) سنة وبلغت 0.97% ولم تسجل اي اصابة في الفئات العمرية (41-45 و 50 < سنة). كما انحصرت الاصابة بداء المشعرات المهبلية بين النساء المتزوجات فقط وقد بلغت النسبة 6.18%. اظهرت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية وحالات الحمل والانجاب، وبلغت اعلى نسبة اصابة في النساء الحوامل 7.52% تليها النساء غير الحوامل 4.88%. كما لوحظ وجود فروق معنوية ($p < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية واستخدام موانع الحمل وقد بلغت اعلى نسبة اصابة بين النساء اللواتي لا يستخدم موانع الحمل 8.90% تليها النساء اللواتي يستخدمن الحبوب المانعة للحمل 4.35% ثم النساء اللواتي يستخدمن اللولب (Intra Uterine Contraceptive Device (IUCD) 3.80% كما سجلت اقل نسبة اصابة بين النساء اللواتي يستخدمن ازواجهن غلافا واقيا اثناء عملية الجماع كوسيلة لمنع الحمل وقد بلغت 1.59% في حين لم تسجل أي حالة اصابة بين اللواتي يستخدمن ابر الحقن وعقد الانابيب.

كما اظهرت الدراسة الحالية عدم وجود فروق معنوية ($P > 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية وحالات الاجهاض وشكلت النساء غير المجهضات اعلى نسبة اصابة 5.82% مقارنة بنسبة المجهضات 4.67%. لوحظ في الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرات المهبلية والمهنة وكانت اعلى نسبة اصابة في ربات البيوت 5.45% في حين كانت النسبة اقل بين الموظفات 4.52%. اظهرت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والمستوى التعليمي اذ بلغت اعلى نسبة اصابة بين النساء الاميات 7.28% مقارنة مع ذوات التعليم العالي 2.80%. كما بينت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والمستوى الاقتصادي كما سجلت اعلى نسبة اصابة بين ذوات المستوى الاقتصادي الجيد 7.32% واقل نسبة اصابة بين ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض 4.39%. كما وجد ان هناك فروق معنوية ($P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والموقع السكني الذي قسم الى ريفي وحضري حيث سجلت اعلى نسبة اصابة بين المصابات اللواتي يسكن في مناطق ريفية 6.62% واقل نسبة اصابة بين النساء اللواتي يسكن مناطق حضرية 4.81%.

المقدمة

يعد داء المشعرات المهبلية من الامراض المنتقلة جنسيا غير الفايروسية والمسبب الرئيسي له طفيلي ابتدائي مسوط غير هوائي يدعى *Trichomonas vaginalis* (Soper, 2004). يعتبر طفيلي المشعرة المهبلية من الكائنات الوحيدة الخلية اللاهوائية (Schmidt and Roberts, 2005) وينمو بصورة جيدة عند درجة الحرارة (35-37) تحت الشروط اللاهوائية اما درجة الحامضية المثلى لنموه تتراوح من (5.5-6.0) (Jauetz et al, 2001).

يصيب طفيلي المشعرة المهبلية الذكور والاناث وتكون اعراض المرض عند الاناث اكثر شيوعا من الذكور. يتواجد الطفيلي في التجاويف والردحات الخارجية للانسان (Pillitteri, 1999) لذا يصيب الطفيلي مهبل الاناث والاحليل والمثانة وغدد سكينى وغدد بارثولين (Price and Wilson, 1997) وتحصل لدى النساء المصابات الكثير من الالتهابات ومنها حرقة مهبلية مترافقة مع افرازات مهبلية صفراء مخضرة اوبيضاء اللون ذات رائحة كريهة والم مابعد الجماع واحتباس بولي (George, 2001) اما في الذكور فيصيب الطفيلي الاحليل والبروستات والحويصات المنوية والبربخ (Price and Wilson, 1997). ينتقل الطفيلي عن طريق الاتصال الجنسي واستخدام الادوات الملوثة (Mulla et al., 2009).

يفقر الطفيلي الى عمليات تصنيع المغذيات الضرورية لنموه لذا يحصل عليها من الافرازات المهبلية او من العمليات البلعمية التي يقوم بها داخل المضيف (Heine and McGregor, 1993). لذا جاء هدف الدراسة الحالية مايلي:

- عزل طفيلي المشعرة المهبلية باستخدام تقنية التحميل الرطب والطرء المركزي للادرار.
- توضيح الصورة الوبائية للطفيلي في محافظة ذي قار من خلال دراسة العلاقة بين انتشار الطفيلي والعوامل المؤثرة عليه مثل (التغيرات الموسمية والعمر والموقع السكني والحالة الاجتماعية والاقتصادية وعدد حالات الاجهاض وحالات الحمل ونوع موانع الحمل المستخدمة والمهنة والمستوى التعليمي).

المواد وطرائق العمل

جمعت المعلومات عن الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية *Trichomonas vaginalis* من النساء المراجعات لمستشفى بنت الهدى للولادة والاطفال في الناصرية و مستشفى الشرطة العام - قسم الاستشارية النسائية ومختبرات التحليلات المرضية الاهلية في المحافظة ونضمت استمارة استبائية لجمع المعلومات المطلوبة والتي تضمنت (رقم العينة و العمر و الحالة الاجتماعية و حاله الاقتصادية و التحصيل الدراسي و المهنة و الحمل و عدد مرات الانجاب و عدد حالات الاسقاط و استخدام موانع حمل والموقع السكني).

جمعت 650 عينة من الافرازات المهبلية باستخدام المسحات القطنية من النساء المراجعات للمستشفيات المذكورة في اعلاه اذ اخذت عينات الافراز وبمساعدة الطبيبات النسائية من الطيات الخلفية والجدران الجانبية للمهبل وذلك باستعمال المنظار المهبلي التوسيعي (Sowmya and Mohan 2007) واستخدمت في طريقة التحميل الرطب باستخدام المجهر الضوئي للكشف عن الطفيلي. بعد الانتهاء من مرحلة جمع الافراز المهبلي اخذ من كل مراجعة خضعت للفحص عينة ادرار في انبوبة اختبار معقمة لغرض الكشف عن الطفيلي في الادرار.

اضيف (2 مل) من المحلول الفسلجي الى عينات الافراز المهبلي وتم فحص العينات برج الانبوبة الحاوية على المسحة مع المحلول الفسلجي ثم اخذت قطرات من المزيج ووضعت على شريحة زجاجية وفحصت تحت المجهر الضوئي على قوة تكبير 40 x لغرض مشاهدة طفيلي المشعرة المهبلية الذي يتميز بحركته الرجارية (Sowmya and Mohan, 2007). جمعت نماذج الادرار في انابيب اختبار معقمة ثم رسبت بواسطة جهاز الطرد المركزي وبسرعة 1000 دورة ولمدة 5 دقائق بعدها سكب الراشح واخذت قطرة من الراشب ووضعت على شريحة زجاجية وغطيت بغطاء الشريحة وفحصت باستعمال طريقة الفحص المباشر باستخدام المجهر الضوئي على قوة تكبير 40x (Black et al , 1999).

النتائج

اظهرت الدراسة الحالية عدم وجود فروق معنوية ($X^2 = 0.765$, $P > 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية خلال اشهر السنة وكانت اعلى نسبة اصابة في شهر كانون الثاني 8.61 % واقلها في شهر نيسان 3.41 % (جدول (1)).

جدول (1): نسبة الإصابة بطفيلي المشعرة المهبلية *Trichomonas vaginalis* للنساء المصابات في محافظة ذي قار حسب اشهر السنة.

الاشهر	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للإصابة %
تشرين الاول 2012	99	6	6.06
تشرين الثاني	49	2	4.08
كانون الاول	72	4	5.56
كانون الثاني 2013	151	13	8.61
شباط	69	3	4.35
اذار	76	3	3.95
نيسان	88	3	3.41
ايار	46	0	0
المجموع الكلي	650	34	5.23

$$X^2 = 0.765, P > 0.05$$

وتبين ان هناك فروق معنوية ($X^2 = 19.647, P < 0.05$) بين الإصابة بالطفيلي والفئات العمرية اذ سجلت الفئة العمرية (26 – 30) سنة اعلى نسبة اصابة 9.15 % واقلها في الفئة العمرية (20-15) سنة وبلغت 0.97 % جدول (2).

جدول (2): نسبة الإصابة بطفيلي المشعرة المهبلية حسب الفئات العمرية

الفئة العمرية (سنة)	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للإصابة %
20 – 15	103	1	0.97
25 – 21	147	9	6.12
30 – 26	142	13	9.15
35 -31	79	6	7.59
40 -36	91	4	4.40
45 -41	46	0	0
50 -46	32	1	3.13
< 50	10	0	0
المجموع الكلي	650	34	5.23

$$X^2 = 19.647, P < 0.05$$

كما انحصرت الإصابة بطفيلي المشعرة المهبلية بين النساء المتزوجات فقط وقد بلغت النسبة 6.18 % جدول (3).

جدول (3): العلاقة بين نسبة الإصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للإصابة %
متزوجة	550	34	6.18
غير متزوجة	15	0	0
ارملة	38	0	0
مطلقة	47	0	0
المجموع الكلي	650	34	5.23

اظهرت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($X^2 = 21.588, P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية وحالات الحمل والانجاب, وبلغت اعلى نسبة اصابة في النساء الحوامل 7.52% واقلها في النساء العقيمات وبلغت 2.17% جدول (4).

جدول (4) : العلاقة بين نسبة الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية وحالة الحمل والانجاب

حالات الحمل	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للاصابة %
غير حامل	471	23	4.88
حامل	133	10	7.52
عقم	46	1	2.17
المجموع الكلي	650	34	5.23

$$X^2 = 21.588, P < 0.05$$

اظهرت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($X^2 = 43.647, p < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية واستخدام موانع الحمل وقد بلغت اعلى نسبة اصابة بين النساء اللواتي لا يستخدمن موانع الحمل 8.90% واقلها بين النساء اللواتي يستخدمن ازواجهن غلافا واقيا اثناء عملية الجماع كوسيلة لمنع الحمل وقد بلغت 1.59% جدول (5).

جدول (5): نسبة الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية واستخدام موانع الحمل

موانع الحمل	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للاصابة %
لا تستخدم	281	25	8.90
حبوب	115	5	4.35
لولب IUCD	79	3	3.80
ابر الحقن	46	0	0
فلاش condom	63	1	1.59
عقد الانابيب	51	0	0
المجموع الكلي	635	34	5.35

$$X^2 = 43.647, P < 0.05$$

كما اظهرت الدراسة الحالية عدم وجود فروق معنوية ($X^2 = 2.941, P > 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية وحالات الاجهاض وشكلت النساء غير المجهضات اعلى نسبة اصابة 5.82% مقارنة بنسبة المجهضات 4.67% كما في الجدول (6).

جدول (6): نسبة الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية وحالات الاجهاض

الحالة	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للاصابة %
غير مجهضات	378	22	5.82
مجهضات	257	12	4.67
المجموع الكلي	635	34	5.35

$$X^2 = 2.941, P > 0.05$$

اظهرت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية ($X^2 = 11.765, P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والمهنة وكانت اعلى نسبة اصابة في ربات البيوت 5.45% في حين كانت النسبة اقل بين الموظفات 4.52%. كما تبين وجود فروق معنوية ($X^2 = 8.588, P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة والمستوى التعليمي اذ بلغت اعلى نسبة اصابة بين النساء الاميات 7.28% مقارنة مع ذوات التعليم العالي 2.80%. كما تم ايجاد وجود فروق معنوية ($X^2 = 8.28, P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والمستوى الاقتصادي و سجلت اعلى نسبة اصابة بين ذوات المستوى الاقتصادي الجيد 7.32% واقل نسبة اصابة بين ذوات المستوى الاقتصادي المنخفض 4.39%. كما تبين ان هناك فروق معنوية ($X^2 = 5.765, P < 0.05$) بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية والموقع السكني الذي قسم الى ريفي وحضري

كما سجلت اعلى نسبة اصابة بين المصابات اللواتي يسكن في مناطق ريفية 6.62 % واقل نسبة اصابة بين النساء اللواتي يسكن مناطق حضرية 4.81 %, جدول (7) .

جدول (7) : نسبة الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي حسب المهنة ومستوى التعليم والمستوى الاقتصادي والموقع السكني.

الحالة	عدد العينات المفحوصة	عدد العينات المصابة	النسبة المئوية للإصابة %
المهنة			
موظفة	155	7	4.52
رب بيت	495	27	5.45
المستوى التعليمي			
امي	151	11	7.28
ابتدائي	233	14	6.01
ثانوي	159	6	3.77
عالي	107	3	2.80
المستوى الاقتصادي			
منخفض	205	9	4.39
متوسط	281	13	4.63
جيد	164	12	7.32
الموقع السكني			
ريفي	151	10	6.62
حضري	499	24	4.81

P < 0.05

المناقشة

اظهرت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق معنوية في نسبة الاصابة بين اشهر السنة فقد سجلت اعلى نسبة اصابة في شهر كانون الثاني وبلغت 8.61 % واقل نسبة اصابة في شهر نيسان وبلغت 3.41 % ولم تسجل أي اصابة في شهر ايار بينما (Miteb (2000 فقد سجلت اعلى نسبة اصابة في اشهر الربيع (اذار, نيسان, ايار) وسجلت الزيايدي (2004) اعلى نسبة اصابة في ايلول اما خلف (2008) فقد سجلت اعلى نسبة اصابة في شهر شباط. وهذا جاء متوافق مع مذكره (Petrin et al (1998 ان الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي موجوده في كل قارة ومناخ ولا ترتبط باي تغيرات موسمية.

بينت الدراسة الحالية وجود فروق معنوية بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي والفئات العمرية حيث سجلت اعلى نسبة اصابة في الفئة العمرية 26 – 30 سنة وبلغت 9.15 % ثم تليها الفئة العمرية 31-35 سنة وبلغت النسبة 7.59 % وجاءت هذه النتائج متوافقة مع خلف (2008) التي سجلت اعلى نسبة اصابة في الفئة العمرية 26-30 سنة وتليها الفئة 31-35 سنة, ويعود سبب الاصابة في هذه الفئات العمرية الى كون هذه الاعمار تمثل السنين المبكرة للزواج اذ تزداد حالات النشاط الجنسي وفي هذه المرحلة تصل الهرمونات التكاثرية الى اعلى مستوى لها ثم تاخذ بالهبوط مع تقدم العمر (Robinson et al., 1998).

تناولت الدراسة الحالية جميع الحالات الاجتماعية للنساء ومنها المتزوجات و غيرالمتزوجات والارامل والمطلقات واقتصرت الاصابة بالطفيلي بين المتزوجات فقط اذ بلغت نسبة الاصابة 6.18 % وتتفق نتائج هذه الدراسة مع كل من (Al-Mallah (1981 و (Al-Kaisi (1994 و خلف (2008) في الموصل وبغداد والبصرة على التوالي كما وجاءت هذه النتائج مخالفة لدراسات اخرى ومنها (Mahdi (1996 في البصرة و خروفة (1999) في الموصل الذين سجلوا اعلى نسبة اصابة بين النساء الارامل وكانت 12.5 % و 2.3 % على التوالي و (Al-Zubaidi (2001 الذي سجل اعلى نسبة اصابة بين المطلقات والتي بلغت 23 %. وقد

يعود السبب في حدوث الاصابة بين المتزوجات فقط الى احتمالية اصابة الزوج سابقا نتيجة الممارسات الجنسية غير الشرعية مع نساء مصابات اخريات او قد تحدث الاصابة نتيجة استعمال ادوات ملوثة ومنها ادوات الفحص الطبي مثل الكفوف والمنظار المهبلي التوسيعي التي تكون ملوثة باصابات سابقة (Nash and Weller, 1998) لان المتزوجات هن اكثر تردد على المستشفيات والعيادات النسائية وبالتالي هن اكثر عرضة للاصابة عن طريق هذه المواد (Sehgal, 1987).

اظهرت الدراسة الحالية ان اعلى نسبة اصابة بطفيلي المشعرة المهبلي لدى النساء الحوامل بلغت 7.52 % وجاءت هذه النتائج متوافقة مع كل من خروفة (1999) في الموصل و (2000) Gani في البصرة و مولود (2006) في اربيل الذين سجلوا اعلى نسبة اصابة لدى الحوامل في حين خالفت هذه النتائج مع ماجاءت به دراسة (1994) Al-Kaisi في بغداد و الزيايدي (2004) في النجف و (خلف, 2008) في البصرة الذين سجلوا اعلى نسبة اصابة لدى النساء غير الحوامل. وقد يعود السبب في ارتفاع نسبة الاصابة بين النساء الحوامل الى التغيرات الهرمونية التي تحدث اثناء فترة الحمل والتضخم الذي يحدث في الظهارة المهبلي اضافة الى ارتفاع مستوى الكلايوجين وهرمون الاستروجين وهذا يساعد في توفير وسطا ملائما لنمو الطفيلي وتكاثره (Studd, 2008).

اظهرت نتائج الدراسة الحالية ارتفاع نسبة الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي بين النساء اللواتي لا يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل وقد بلغت 8.90 % وبنسبة 4.34 % بين مستخدمات الحبوب و بنسبة 3.80 % بين مستعملات اللولب وجاءت هذه النتائج متوافقة مع الزيايدي (2004) التي سجلت اعلى نسبة اصابة لدى النساء غير المستخدمات لاي وسيلة منع للحمل تليها نسبة مستخدمات الحبوب كما سجلت اقل نسبة اصابة بين مستخدمات اللولب. كما اظهرت نتائج الدراسة الحالية ان اقل نسبة اصابة بين مستخدمات الغلاف الواقي في حين لم تسجل الدراسة الحالية أي نسبة اصابة بين النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل الاخرى. ويعود السبب في حدوث اصابة بين النساء اللواتي يستخدمن الحبوب الى التأثير الهرموني لمحتويات الحبوب والذي يسبب زيادة في مستوى الكلايوجين المخزون في الغشاء المخاطي المهبل الذي يخمر الى حامض اللاكتيك والذي يكون السبب في انخفاض pH المهبل وهذا يخلق بيئة جيدة لنمو طفيلي المشعرة المهبلي (Miteb, 2000) اما وجود الاصابة بين مستخدمات اللولب فقد ذكر (Sehgal, 1987) ان خيط اللولب يمكن ان يحمل في نهايته الاحياء المجهرية مما يساعد على الدخول الى القناة التناسلية او قد تكون الادوات الطبية الملوثة المستخدمة في وضع اللولب سبب في حدوث الاصابة بالطفيلي. اما بالنسبة الى الغلاف الواقي فهو يعمل بمثابة حاجز يمنع دخول الاحياء المجهرية (Mahdi et al, 2001) لذا سجلت اقل نسبة اصابة بين مستخدمات الغلاف الواقي.

اظهرت بعض الابحاث وجود علاقة بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي والاجهاض المتكرر (Hardy, 1984) الا ان نتائج الدراسة الحالية اظهرت عدم وجود فروق معنوية بين الاصابة والاجهاض حيث سجلت اعلى نسبة اصابة بين النساء اللواتي لايعانين من الاجهاض وبلغت 5.82 % مقارنة مع المجهضات 4.67 % وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ماتوصل اليه (1998) Mahdi and Al-Hamdani و Gani (2000) و الزيايدي (2004) و خلف (2008). اما حدوث الاجهاض فانه يعزى الى عدة اسباب منها ماتكون اسباب جنينية فمن المحتمل ان تؤدي اصابة المشيمة الى التهاب الاغشية المحيطة بالجنين واطلاق هرمون البروستاغلاندين او قد يحدث الاجهاض نتيجة الفعالية المبكرة للرحم (Howie, 1995).

كما تناولت الدراسة الحالية العلاقة بين الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي والمهنة التي تمارسها كل مريضة وبينت النتائج ان اعلى نسبة اصابة لدى ربوات البيوت وبلغت 5.45 % وهي اعلى مقارنة بنسبة الاصابة لدى الموظفات والتي بلغت 4.52 % وجاءت هذه النتائج متوافقة مع كل من (2000) Gani و الزيايدي (2004) اللذان سجلا اعلى نسبة اصابة بين ربوات البيوت. ويعود السبب في زيادة نسبة الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي لدى ربوات البيوت الى طبيعة العينات التي جمعت اذ كانت اكثرها من ربوات البيوت اضافة الى الاختلاف في المستوى الثقافي بين الشريحتين وثقل العمل البيتي والقصور في الوصول الى الاعتناء الصحي الجيد. كما اوضحت الدراسة الحالية دور الحالة الاقتصادية في الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلي حيث اظهرت نسبة الاصابة حسب المستوى المعيشة الجيد والمتوسط والمنخفض وبلغت 7.32 % و 4.63 % و 4.39 % على التوالي وتتفق هذه النتائج مع دراسة (2000) Gani وخلف (2008) في حين خالفت هذه النتائج مع دراسة

(1994) Al-Kaisi في بغداد و خروفة (1999) في الموصل و مولود (2006) في اربيل الذين سجلوا اعلى نسبة اصابة بين ذوات المستوى الاقتصادي الواطئ. لامتيز الاصابة بطفيلي المشعرة المهبلية بين متعلم او امي غني او فقير فالعديد من المتعلمات هن من ربات البيوت والعديد من ربات البيوت هن من ذوات المستوى الاقتصادي الجيد (خلف, 2008). اظهرت الدراسة الحالية اعلى نسبة اصابة بين نساء الريف وبلغت 6.62 % مقارنة مع نساء المدينة التي بلغت 4.81 % وجاءت هذه النتائج متوافقة مع الزيادي (2004) ومولود (2006) في جاءت هذه النتائج مخالفة مع دراسة (Al-Zubaidi, 2001) التي سجلت اعلى نسبة اصابة بين نساء المدينة. ويعود السبب في ارتفاع نسبة الاصابة بين نساء الريف الى تدهور الظروف الصحية وانخفاض المستوى الاقتصادي والتعليمي في تلك المناطق (Khamees, 2003) او يعزى سبب الاصابة الى قلة الاهتمام بالصحة والنظافة الشخصية.

المصادر

الزيادي، سندس وفي غني هنين (2004). عزل وتشخيص الطفيلي *Trichomonas vaginalis* عن مرضى المشعرات المهبلية في مدينة النجف رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الكوفة: 75 صفحة.

خروفة، وحدة عبد الرزاق محمود (1999). دراسة وبائية واستنباتية لطفيلي المشعرات المهبلية *Trichomonas vaginalis* في مدينة الموصل. رسالة ماجستير، كلية العلوم، جامعة الموصل: 77 صفحة.

خلف، امل خضير (2008). داء المشعرات المهبلية *Trichomonas vaginatis* دراسات وبائية وتشخيصية في محافظة البصرة. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة البصرة: 89 صفحة.

مولود، همداد حويز (2006). دراسة وبائية وتشخيصية لطفيلي المشعرات المهبلية *Trichomonas vaginalis* في محافظة اربيل. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة القادسية: 81 صفحة.

- Al-Kaisi, A. A. R. (1994). The incidence of *Trichomonas vaginalis* among female with vaginal discharge. M. Sc. Thesis, Coll Med Baghdad Univ. pp: 85.
- Al-Mallah, O.R. (1981). Studies of *Trichomonas vaginalis* infection in Mosul. M. Sc. Thesis, Coll Med Mosul Univ. 65 pp.
- Al-Zubaidi, K. G. (2001). Epidemiology of some sexually transmitted diseases causing abnormal vaginal discharge in Najaf government. M. Sc. Thesis, Coll Med Kufa Univ.
- Black, D. R.; Duggan, A.; Joffe, A. (1999). Use of Spun Urin to Enhance Detection of *Trichomonas vaginalis* in Adolescent Women. ARCh. Pediatr Adolesc. Med. 153: 1222-1225. US.
- Gani, Z. H. (2000). Urogenital trichomoniasis among women in Basrah. M. Sc. Thesis, Coll. Med. Univ. Basrah, 91 pp.
- George, M. F. (2001). Principles and practice of infections Diseases, 5th Edition. P. 284-288.
- Hardy, P. H. (1984). Prevalence of six sexually transmitted disease Agents among pregnant inner-city adolescents and pregnancy outcome, 2:333-337.
- Heine, P. and McGregor, J. A. (1993). *Trichomonas vaginalis*: A reemerging pathogen. Clin. Obstet. Gynecol., 36:137-144.
- Howie, P.W. (1995). Abortion and ectopic pregnancy. In: Whitfield CR, ed. Dewhurst's text book of obstetrics and gynecology for postgraduates, 5th ed., Oxford. 40.
- Jauetz, E.; Melnick, G. F. and Adel bery, E. A. (2001): Medical Microbiology, LANGE, and Geo. F. Brooks, 22nd ed. p: 563-566.
- Khamees, S. S. (2003). Prevalence of *Trichomonas vaginalis* among women, in Najaf Governorate. (Un published).

- Mahdi**, N. K. (1996). Urogenital trichomoniasis in Iraq population. East. Med. Heal. J., 2:501-505.
- Mahdi**, N. K. and Al-Hamdani, M. M. (1998). Sexually Transmitted disease among women with habitual abortion. East. Med. Heal. J., 4: 343-349.
- Mahdi**, N. K.; Gani, Z. H. and Sharief, M. (2001). Risk factors for vaginal trichomoniasis among women in Basrah, Iraq. East Med. Heal. J., 7: 918-924.
- Miteb**, M. M. (2000). Isolation and Identification of common pathogens among women complaining of vaginal discharge in Al - Najaf. M. Sc. Thesis, Coll. Educa. Kufa Univ.
- Mulla**, M .A; Summaiya, J .N; Kosambiya, J. K.; Desai , N.K. ; Vikask , D . J.; Shethwala, A. J. and Nimishad, S . D . (2009) : " Sexually transmitted infection and reproductive tract infections in femal sex workers ". Ind. J.of pathol. and Microbiol. 52 (2): 198-9.
- Nash**, T. E. and Weller, P. E. (1998). Protozoal intestinal infection and trichomoniasis. In: Braunwold E., Isselbacher K. J.; Petersdorf R .G. *et. al.* (eds). Harrison, s Principles of Internal Medicine. 14th ed Vol. 3. McGraw – Hill Book Company, New York, p: 1205.
- Petrin**, D.; Delagly, K. ; Bhatt, R. and Garber, G. (1998). *Vaginalis* Clinical and microbiological aspect of *Trichomonas vaginalis*. Clin. Microbiol. 11: 300 – 317.
- Pillitteri**, A. (1999). Maternal and child Health nursing. 3rd ed. Lippincott, New York.
- Price**, S. A. and Wilson, L. M. (1997). Pathophysiology: clinical concepts of disease processes. 5th ed ., Mosby, United states of America: 1198 pp.
- Robinson**, A. J.; Watkeys, J. E. M.; Ridgway, G.L. (1998) .Sexually transmitted organism in sexually abused children. Arch . Dis. Child. 79: 356 – 358.
- Schmidt**, G. D. and Roberts, Q. L. (2005). Foundations of parasitology, 11th ed., MC Graw – Hille. New York: 702 pp
- Sehgal**, V. N. (1987) .Venereal disease. , 2nd ed., Japee Brothers, New Delhi, 124-125.
- Soper**, D. (2004). " Trichomoniasis = under control or under controlled? ". American Journal of obstetrics and Gynecology, 190 (1): 281 – 90.
- Sowmya**, K. and Mohan, T .D . (2007). Methods of specimen collection for the diagnosis of STIs . Indian. J. Dermatol .Venereol. Leprol. , 73: 129-132.
- Studd**, J. (2008). Progress in Obstetrics and Gynacology. Std 3rd ed. New York. Vol. 10.

Epidemiology Study Parasite *Trichomonas Vaginalis* at Thi-Qar Province

Fadhil Abbas Al-Abady

Zainab Ahmed Al-Khazrajee

Department of Biology, College of Education for Pure Sciences, Thi-Qar University

Abstract

This epidemiological study was performed from the beginning of the month of October 2012 until the end of month of May 2013 in Thi-Qar governorate.

A total of 650 sample of vaginal discharge and urine were collected from women that visited the Maternity hospital and children in Al-Nasiriyah and Al - Shattrah general hospital Department advisory-women and laboratories analyzes sick in the governorate. Microscopic examination of vaginal discharge revealed that 5.23 % of these women were infected with parasite *Trichomonas vaginalis*.

The results showed no significant differences between the parasite infection and months of the year, the highest presentage of infection in the month of January 8.61% and the lowest in the month of April 3.41% and did not record any percentage infection in the month of May.

At it turns out that there are significant differences ($P < 0.05$) between the parasite infection and age groups, as recorded age group (26-30 years) the highest percentage infection 9.15% and the lowest in the age group (15-20 years) and amounted to 0.97% and did not record any infection in the age groups (41-45 and < 50 years). The infection restricted in married women has only reached 6.18%. The present study showed a significant difference ($P < 0.05$) between the infection of *Trichomonas vaginalis* parasite and pregnancy, and reached the highest percentage in pregnant women 7.52 %, followed by non-pregnant women 4.88%.

The present study showed a significant difference ($p < 0.05$) between the parasite infection and the use of contraceptives has reached the highest infection among women who had not used contraceptives 8.90%, followed by women using pills 4.35%, and women using an IUCD 3.80% as recorded lower proportion of infection among women who used their husbands envelope a condom during sexually contact as a means of contraception has reached 1.59%.

The current study also showed no significant differences ($P > 0.05$) between the infection *Trichomonas vaginalis* parasite and abortion in women. The present study showed significant difference ($P < 0.05$) between the infection and job was the highest infection in housewives 5.45%, while the percentage was less among employees 4.52%. The present study showed a significant difference ($P < 0.05$) between the infection and educational level as it reached the highest infection percentage between women are illiterate 7.28%, compared with women with higher education 2.80%. The current study also showed a significant difference ($P < 0.05$) between the infection and economic level also recorded the highest infection percentage among women with good economic level of 7.32% and lower infection percentage among women with low economic level 4.39%. As it turns out that there are significant differences ($P < 0.05$) between the infection parasite and house limping which divided into rural and urban also recorded the highest proportion of infection among infected women who live in rural areas and 6.62% and the lowest proportion of infection among women who inhabited urban areas 4.81%.