

Новая схема использования Гинекита в лечении инфекций, передающихся половым путем

О.А. Прутуло, О.А. Кузьменко

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Урогенитальный трихомониаз (УТ) – заболевание мочеполовой системы, вызываемое простейшим одноклеточным паразитом *Trichomonas vaginalis*. Заболевание передается половым путем и, в крайне редких случаях, возможно заражение через контаминированные поверхности. В мире трихомониазом страдает примерно 170 млн. человек [1]. Болезнь не имеет сезонного характера, поражает все слои населения. Несмотря на интенсивное изучение, имеются определенные трудности в диагностике трихомониаза и его лечении.

Инфекционным агентом трихомониаза человека (синонимы – трихомоноз, **трихомонадоз**) является исключительно *Trichomonas vaginalis*. По систематике одноклеточное простейшее *Trichomonas vaginalis* относится к царству высших процистов – Protozoa, классу жгутиковых – Flagella, семейству – Trichomonadidae, роду – Trichomonas. Человек может быть носителем трех видов трихомонад: *Trichomonas tenax (elongata)*, *Trichomonas hominis (abdominalis)*, *Trichomonas vaginalis*. В ротовой полости на кариозных зубах обитает *Trichomonas tenax*. При диспепсических расстройствах, обычно у детей и реже у взрослых, выделяют комменсал толстого кишечника – *Trichomonas hominis*. Трихомонадой, живущей в урогенитальном тракте, считается исключительно *Trichomonas vaginalis*. Другие человеческие трихомонады, наблюдаемые при лабораторной диагностике, следует рассматривать как контаминацию во время забора материала [2].

Урогенитальный трихомониаз, как моноинфекция, встречается сравнительно редко и представляет собой большей частью смешанный протозойно-бактериальный процесс [3]. Н.А. Худайбердиев в 1989 г. выявил УТ как моноинфекцию у 35,9% больных, в то время как смешанная трихомонадно-бактериальная инфекция констатирована им в 64,1% случаев, причем была показана прямая корреляция между частотой микст-инфекции и давностью заболевания [4]. Е.А. Межевитинова и соавт. отмечают, что УТ как моноинфекция встречается только у 10,5% больных трихомониазом, а его смешанные формы в ассоциациях с другими инфекциями, передаваемыми половым путем, наблюдаются у 89,5% пациентов. Трихомонады могут быть ассоциированы с микоплазмами (47,3%), гонококками (29,1%), гарднереллами (31,4%), уреаплазмами (20,9%), хламидиями (18,2%) и грибами (15,7%) [5].

По данным В.В. Делекторского с соавт. [5] наиболее частыми **членами** микробиоценоза с влагалищными трихомонадами являлись микоплазмы (66,3%), среди которых чаще всего выявляются *Ureaplasma urealyticum* (53,9%) и *Mycoplasma hominis* (8,3%). Микробные ассоциации *Trichomonas vaginalis*, *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis* были обнаружены авторами у 4,1% больных.

Клинические проявления трихомонадной инфекции зависят от локализации и тяжести течения воспалительного процесса и могут включать следующие симптомы:

- у женщин: вагинальные выделения серо-желтого цвета с неприятным запахом; зуд, жжение в области наружных половых органов; отечность и диффузная гиперемия сли-

зистой оболочки вульвы, влагалища, шейки матки; диспареуния; дизурия; эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки наружных половых органов и/или кожи внутренней поверхности бедер; боли в нижней части живота (15-70%);

- у мужчин: дизурия; скудные выделения из уретры серовато-белого цвета; зуд в области уретры; боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку; гематоспермия (редко); эрозивно-язвенные поражения кожи головки полового члена.

Субъективно-асимптомное течение УТ регистрируется у 10-50% больных. В последние годы получены доказательства возможной связи трихомонадной инфекции с неблагоприятным исходом беременности (ранний разрыв плодного пузыря, преждевременные роды).

У мужчин *T. vaginalis* распространяются по слизистой оболочке уретры, проникая в ее железы и лакуны. Трихомонадная инфекция уретры у мужчин нередко бывает кратковременной, транзитной, что объясняется, по-видимому, неблагоприятными условиями существования паразитов в мужской уретре. Однако при микроскопическом исследовании соскоба находят более 10-15 лейкоцитов (И.И. Ильин, 1991). Трихомонадный уретрит примерно в 40% случаев осложняется простатитом, который годами может протекать бессимптомно. В ряде случаев *T. vaginalis* вызывают воспаление придатка яичка с дегенерацией канальцев и инфильтрацией субэпителиальной и межтубочной тканей, клинически протекающие подобно прочим неспецифическим эпидидимитам. Эпидидимит обычно сопровождается трихомонадным везикулитом и/или куперитом, протекающими с минимальными клиническими проявлениями. Инвазия предстательной железы трихомонадами обычно протекает асимптомно, реже отмечается манифестное воспаление в форме катарального или паренхиматозного простатита.

Клинические проявления трихомонадной инфекции у женщин характеризуются преимущественным поражением нижнего отдела мочеполовой системы: в 95-99% наблюдений трихомониаз проявляется в форме вагинита, нередко сочетающегося с инфекцией мочеиспускательного канала, парауретральных протоков и больших вестибулярных желез. В некоторых наблюдениях трихомонады обнаруживали в полости матки, удаленных маточных трубах, прямой кишке. Трихомонадная инфекция у женщин может протекать асимптомно, однако у трети таких больных в течение 6 мес развиваются клинические симптомы трихомониаза. Воспалительный процесс больших вестибулярных желез трихомонадной этиологии характеризуется появлением болезненного образования в нижней трети половых губ, клинически он сходен с гонореей и в настоящее время встречается чаще последней (Земцов М.А., 1995).

Верификация диагноза мочеполового трихомониаза базируется на данных лабораторного исследования типичных форм *T. vaginalis* при микроскопическом (исследование нативного и окрашенного препаратов) или культуральном исследовании [6].

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

Следует отметить, что одним из факторов успешной терапии УТ является комплаентность, т.е. степень приверженности больных назначенному лечению (O'Donoghue M.N., 2004). Комплаентность нередко нарушается в случаях, когда одновременно назначается прием нескольких препаратов, что сопровождается повышением риска неблагоприятных межлекарственных взаимодействий и побочных эффектов (Krahenbuhl S., 2004). Как показано Ray K. с соавт. (2003), рекомендации по приему противомикробных препаратов в необходимой суточной дозе соблюдали 40,8% взрослых и 82,8% детей (58,8% взрослых и 91,6% детей получали препарат по назначению врача). Основными последствиями плохой комплаентности могут быть: персистенция или рецидив инфекции; более тяжелое течение заболевания; возникновение осложнений; провоцирование возникновения резистентных штаммов микроорганизмов; увеличение стоимости лечения, дополнительные затраты на госпитализацию больных; потеря доверия к врачу, назначившему препарат, и к медицине в целом.

Показано, что приверженность выполнению назначений врача, в том числе при лечении воспалительных заболеваний малого таза у женщин (Dunbar-Jacob J. et al., 2004), повышается в случае коротких курсов антибиотикотерапии с увеличенными интервалами между приемами лекарственных средств. К упрощению схем лечения особенно следует стремиться, если ожидается низкая комплаентность больного (Romoren M. et al., 2004).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе Крымского республиканского Центра профилактики и борьбы со СПИДом было амбулаторно пролечено 27 больных хроническим урогенитальным трихомониазом с применением препарата Гинекил («Synmedic»). Возраст больных составил от 18 до 34 лет (средний возраст 22,5 года). Количество мужчин составило 14 человек, женщин – 13. Давность заболевания – от 1 года до 3 лет. Клинический диагноз устанавливали на основании данных клинико-лабораторных исследований. Лабораторная диагностика трихомониаза проводилась с помощью микроскопии и реакции прямой иммунофлюоресценции (ПИФ).

Лечение больных проводилось препаратом Гинекил («Synmedic») с суточной дозировкой секнидазола 2,0 г, азитромицина 1,0 г, флуконазола 150 мг на 1, 3, 5, 7 и 14-й дни лечения. Женщинам дополнительно назначались вагинальные таблетки, содержащие орнидазол, № 10 на ночь.

Обоснованием для назначения Гинекила является его состав: антипротозойное средство группы нитроимидазолов – секнидазол, антибиотик широкого спектра действия – азитромицин и противогрибковый препарат – флуконазол.

Секнидазол относится к антипротозойным препаратам, синтетическое производное нитроимидазола. Оказывает противопротозойное и антибактериальное действие. Активен в отношении *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Lambliа*, а также большинства облигатных анаэробных бактерий. Хорошо всасывается из ЖКТ. После приема внутрь 2 г секнидазола однократно C_{max} в сыворотке крови достигается через 4 часа. Биодоступность препарата – 80%. Период полувыведения $T_{1/2}$ – 20 часов. Выводится преимущественно с мочой, достаточно медленно (в течение 72 ч выводится 16% от принятой дозы).

Азитромицин относится к антибиотикам-макролидам, в зависимости от концентрации оказывает бактерицидное и бактериостатическое действие в отношении многих аэробных грамотрицательных бактерий и простейших.

Флуконазол – триазольный препарат для лечения грибковой инфекции. Состав данного препарата позволяет принимать его однократно в течение суток, что отвечает требованию комплаентности и подчеркивает его преимущество.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При первичном контроле эффективности лечения (через 10 дней после окончания) полное разрешение симптомов было отмечено у 20 пациентов, у 7 пациентов сохранялись клинические проявления в виде зуда, умеренных слизистых выделений из половых органов, что обусловлено уретропростатитом и давностью заболевания более 2 лет.

При повторном контроле методом ПИФ трихомонады были обнаружены у 2 пациентов из 27, при отсутствии клинических признаков. Выяснилось, что данными лицами были допущены погрешности в диете и незащищенные половые контакты в процессе лечения.

В результате проведенных исследований по разработанной нами методике получены следующие данные: микробиологический эффект и разрешение симптомов у 25 (92,5%) пациентов; отсутствие эффекта – у 2 (7,4%); во время контрольного обследования показателей периферической крови, мочи и биохимических анализов показателей отклонений от клинически нормальных величин не отмечалось.

ВЫВОДЫ

1. Гинекил («Synmedic») – комбинированный антибактериальный препарат, что дает возможность назначать его при микст-инфекции, сопутствующей УТ, а входящий в состав флуконазол снижает риск развития кандидозной инфекции.

2. Благодаря минимальной кратности приема препарата, что приемлемо для пациентов, пероральному пути введения и низкой частоте развития побочных эффектов повышается комплаентность лечения, что дает приоритет при выборе антибиотикотерапии.

3. Содержание оптимальной бактерицидной концентрации в крови после однократного приема и длительное выведение активных веществ с мочой позволяют избежать назначения сложных схем и многократного приема препаратов на протяжении дня, что может понизить комплаентность.

4. Иммуномодулирующее действие азитромицина, входящего в состав Гинекила, нормализует клеточный и гуморальный иммунитет, что положительно влияет на восстановительный процесс.

5. Все компоненты комбинированной терапии находятся в одной упаковке препарата Гинекил, что удобно для пациентов – не надо приобретать несколько препаратов и является гарантией того, что назначение будет соблюдаться и обеспечит высокий комплаентность – упаковка Гинекила при продаже неделима.

6. Комбинированное лечение препаратом Гинекил экономически выгодно – приобретенные по отдельности компоненты лечения, с учетом дозировок, стоят дороже, чем в Гинекиле.

ЛИТЕРАТУРА

- World Health Organization. An overview of selected curable sexually transmitted diseases. In: Global program on AIDS. Geneva, Switzerland; 1995: 2–27.
- Копылов В.М., Бочкарев Е.Г., Говорун В.М., Баткаев Э.А., Лилова Е.В., Рюмин Д.В. Урогенитальный трихомониаз. Актуальные вопросы диагностики и лечения: Пособие для врачей. М; 2001.
- Худайбердиев Н.А. Влияние хронического мочевого трихомониаза на репродуктивную функцию мужчин. В: Вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических заболеваний: Сб. науч. тр. Ташкент; 1989: 86–88.
- Худайбердиев Н.А. Копулятивная дисфункция при хроническом простатите трихомонадно-бактериальной этиологии. Врач. дело 1989; 3: 85–87.
- Межевитинова Е.А. Трихомонадный вульвовагинит: клиника, диагностика и лечение. Гинекология 1999; 1: 17–22.
- Делекторский В.В., Яшкова Г.Н., Джалилов Д.Х. Смешанные трихомонадно-микоплазменные инфекции у женщин. Вестн. дерматологии и венерологии 1985; 8: 28–32.

**В наборі
Азитроміцин,
Секнідазол,
Флуконазол**

**набір
препаратів для
лікування інфекцій,
що передаються статевим
шляхом**

