

К вопросу лечения урогенитального трихомониаза у женщин

С.А. Джеломанова, И.А. Данькина

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В работе представлены результаты обследования 45 пациенток, 25 из которых принимали препарат Мератин с лечебной целью по поводу урогенитального трихомониаза. Результаты исследований свидетельствуют о высокой эффективности терапии и позволили считать Мератин препаратом выбора при лечении больных трихомониазом.

Ключевые слова: урогенитальный трихомониаз, лечение, Мератин.

К наиболее широко распространенным заболеваниям урогенитального тракта относится трихомониаз. Заболеваемость трихомониазом среди женщин, обратившихся по поводу выделений из влагалища, регистрируют в 20–30%, среди беременных – в 8%. Проблема трихомонадной инфекции обусловлена широкой распространенностью, торпидностью в лечении, многоочаговостью поражения органов мочеполовой системы, высокой частотой осложнений, таких, как бесплодие, патология беременности, родов. В большинстве случаев заболевание протекает без четко выраженных клинических симптомов, активизируясь под влиянием различных факторов, в том числе и других патогенных микроорганизмов, что является не менее безопасным, чем манифестные формы. Латентно протекающее заболевание очень часто сопровождается тяжелыми повреждениями эпителия шейки матки. Урогенитальный трихомониаз как моноинфекция встречается довольно редко и является преимущественно смешанным протозойно-бактериальным процессом, поэтому топография и выраженность поражений органов мочеполовой системы определяется именно смешанной инфекцией. Особенности микст-инфекционной обсемененности урогенитального тракта является упорное течение и, как правило, рецидивирующий характер. Трихомонады способны фагоцитировать различные виды бактерий и вирусов, обладая способностью самостоятельно двигаться, они являются переносчиками микробов в верхние отделы половых путей, вызывая тем самым диссеминацию и генерализацию инфекционного процесса. Поэтому эрадикация *Trichomonas vaginalis* является залогом успеха в терапии смешанных инфекций, передающихся половым путем. Большой проблемой является устойчивость ряда штаммов *Trichomonas vaginalis* к большинству препаратов, считающихся стандартом для лечения данной патологии, а также высокий процент рецидивов.

Препаратом выбора является Мератин – уникальная формула орнидазола, содержащая атом хлора, который способствует улучшению проникновения препарата через клеточную мембрану. За счет радикала препарат проникает в трихомонаду путем активного и пассивного транспорта, избирательно накапливаясь. Также преимуществом данного препарата является низкая вероятность развития резистентности к микроорганизмам за счет отсутствия перекрестной резистентности с метронидазолом.

Использование Мератина Комби в комплексном лечении обеспечивает угнетение анаэробной микрофлоры и простейших благодаря содержанию орнидазола (500 мг), который разрушает структуру ДНК в чувствительных к нему микроорганизмах. Входящий в состав неомидин (100 мг) имеет широкий спектр противомикробного действия: он активен в отно-

шении стафилококков, пневмококков, кишечной палочки, протей и других микроорганизмов. Нистатин (100 000 ЕД) – противогрибковый препарат, который объединяет в себе фунгистатическую и фунгицидную активность. Входящий в состав Мератина Комби преднизолон (3 мг) оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие, купируя такие симптомы, как боль, зуд, жжение.

Целью исследования явилось изучение влияния препарата Мератин на микрофлору влагалища у женщин репродуктивного возраста с трихомониазом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 45 больных урогенитальным трихомониазом в возрасте от 17 до 38 лет. Диагноз трихомониаза был подтвержден бактериоскопически и бактериологически при первичном скрининге. У 95% пациенток были обнаружены высокие титры IgG-антител к *Trichomonas vaginalis* в сыворотке крови; у 81% установлены высокие показатели наличия антигена в выделениях влагалища. Результаты обследования больных до лечения свидетельствуют, что у всех женщин во влагалище выявлена выраженная микробная обсемененность: протей – у 13%, стафилококки – у 18%, энтерококки – у 42%, анаэробные кокки – у 38%, кишечная палочка – у 31%, анаэробные лактобактерии – у 49% пациенток. Также были исследованы процессы перекисного окисления липидов: уровень малонового диальдегида и диеновых конъюгатов; изучено содержание среднемолекулярных пептидов как показателей антиоксидантной активности организма.

Пациентки предъявляли жалобы на зуд в области половых органов, чувство жжения, иногда распространяющиеся на вульву, промежность; боль в области половых органов, пенистые выделения серовато-желтого цвета с неприятным запахом, дизурические явления. При осмотре слизистой оболочки входа во влагалище наблюдались диффузная гиперемия и отечность клитора, внутренней поверхности малых губ, задней спайки. Во влагалище обнаруживались обильные жидкие, нередко гноевидные бели, точечные кровоизлияния, диффузная гиперемия и отечность стенок влагалища, влагалищной части шейки матки.

Акушерский анамнез был отягощен у 23% пациенток самопроизвольным прерыванием беременности, преждевременными родами. Воспалительные заболевания органов малого таза диагностируют у 40%, нарушение менструальной функции – у 23%, хронический пиелонефрит – у 12%, инфекционно-воспалительные заболевания органов дыхания – у 14% женщин. Отмечена высокая частота фоновых заболеваний шейки матки у 65% пациенток.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Этиотропное лечение пациенток первой клинической группы, в которую вошли 25 больных трихомониазом, включало применение Мератина перорально по 500 мг два раза в сутки + Мератин Комби по 1 вагинальной таблетке на ночь в течение 10 дней. Вторую группу составили 20 пациенток, которые получали метронидазол перорально и местно в те-

ние 10 дней. Контроль результатов проводимого лечения проводили на 10-й день и повторно через 2 и 3 мес после проведенного лечения.

Во время проводимого лечения учитывали переносимость терапии, фиксировали побочные действия препаратов. Пациентки первой группы проводимое лечение перенесли хорошо. После применения Мератина происходили процессы нормализации микрофлоры влагалища пациенток: в 2,6 раза меньше выявляли в низком титре энтерококки, в 4 раза – кишечную палочку, в 2 раза – анаэробные лактобактерии. Титры специфических IgG-антител в крови не определяли у 48% обследованных; у 31% женщин титр IgG был слабopоложительным. Частота выявления антигена *Trichomonas vaginalis* в выделениях влагалища уменьшилась до 6%. Все женщины отметили улучшение состояния, чувство дискомфорта во влагалище и другие симптомы кольпита исчезли на 4–5-е сутки, нормализовалось количество и характер выделений из половых путей, у большинства пациенток значительно уменьшилась боль внизу живота. У больных второй группы при бактериологическом исследовании в 39% были выявлены атипические формы трихомонадной инфекции. Явления диспепсии отметили 17% больных, тяжесть в эпигастральной области – 10%. Улучшение состояния отмечено на 6–7-е сутки.

При исследовании уровней малонового диальдегида и диеновых конъюгат отмечено, что оба показателя превышают норму в два раза у женщин с трихомониазом. У пациенток второй группы наблюдалось снижение уровня диеновых конъюгат в 1,3 раза, малонового диальдегида в 1,4 раза, тогда как у женщин первой группы в ходе лечения указанные выше показатели снизились в 1,5 и 1,8 раза соответственно. До проведенной терапии отмечено значительное повышение значений среднемолекулярных пептидов с последующей монотонной их инволюцией на фоне лечения метронидазолом. Тогда как при использовании Мератина эти показатели быстро стабилизировались (к 3-м суткам) и к 5-м суткам приближались к показателям, соответствующим физиологическим нормам у здоровых женщин.

Контроль результатов проводимого лечения показал, что рецидивы урогенитального трихомониаза возникли у 2 (5,9%) пациенток первой группы и у 4 (13%) – второй группы.

Выводы

Приведенные данные свидетельствуют о том, что Мератин, обладая широким спектром действия, является высоко-

эффективным средством, которое позволяет в кратчайшие сроки и при отсутствии побочных реакций достичь успеха в лечении трихомониаза.

Таким образом, применение Мератина в комплексной терапии трихомониаза привело к исчезновению клинических симптомов кольпита, позволило достичь стойкого клинического выздоровления у 89% больных, снизить частоту рецидивов до 6%.

До питання терапії урогенітального трихомоніазу у жінок

С.О. Джеломанова, І.А. Данькіна

У роботі наведені результати обстеження 45 пацієнток, з яких 25 вживали препарат Мератин з лікувальною метою з приводу урогенітального трихомоніазу. Результати досліджень свідчать про високу ефективність терапії та дозволили вважати Мератин препаратом вибору при лікуванні хворих на трихомоніаз.

Ключові слова: урогенітальний трихомоніаз, лікування, Мератин.

The Problem of Urinogenital Trichomoniasis

S.O. Dzhelomanova, I.A. Dan'kina

The results of examination of 45 patients, 25 of which used preparation Meratin to treat urinogenital trichomoniasis are discussed in this research. The findings prove the therapy to be very effective. Due to the findings Meratin can be considered medication number one for treating trichomoniasis.

Key words: ourogenitalniy trihomaniaz, medical treatment, Meratin.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинико-эпидемиологические аспекты трихомониаза на современном этапе /Мавров Г.И., Шаповалова О.В., Никитенко И.Н., Башкатова И.В. // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А. Торсуева. – 2004. – № 1–2. – С. 7–11.
2. Рациональные подходы к лечению урогенитального трихомониаза / А.Д. Дюдюн, Н.Н. Полион, Н.И. Юцишин, Ю.Н. Полион //Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 3 (23). – С. 7–8.
3. Урогенітальний трихомоніаз: новітні підходи до діагностики і лікування (методичні рекомендації) /Мавров Г.І., Степаненко В.І., Чінов Г.П., Нікітенко О.І. – 2004. – Інститут дерматології і венерології АМН України. Київ. – 22 с.
4. Эффективность применения вакцины «Солкотриховак» у женщин с трихомониазом, бактериальным вагинозом и вагинальным кандидозом /Б.М. Венцовский, А.Г. Цыпкун, С.Н. Бакшеев, С.Л. Неймарк, Т.А. Лисяня //Здоровье женщины. – 2004. – № 2 (18). – С. 59–63.