

Гравагин (метронидазол) для интравагинального введения – местная терапия урогенитального трихомониаза

Ю.П. Вдовиченко, Е.Н. Гопчук

Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

В статье приведены результаты исследования эффективности и безопасности местного применения препарата Гравагин (метронидазол) в терапии урогенитального трихомониаза у женщин репродуктивного возраста.

Ключевые слова: урогенитальный трихомониаз, метронидазол, свечи, Гравагин.

В настоящее время общепризнанно, что терапия воспалительных заболеваний половых путей должна быть направлена против аэробного и анаэробного компонентов полимикробной флоры, которую чаще всего выделяют у больных с инфекциями малого таза [1].

Все также актуально амбулаторно-поликлиническое лечение воспалительных состояний органов малого таза, главной целью которого является достижение той же эффективности, которую обеспечивает стационар [2].

Выбор антибактериального препарата следует проводить с учетом как его эффективности в отношении потенциальных экзогенных и эндогенных возбудителей бактериальных осложнений, так и его переносимости и цены.

Требования Всемирной организации здравоохранения к препаратам для лечения ИППП [2]:

- эффективность не ниже 95%;
- доступность;
- низкая токсичность и хорошая переносимость;
- медленное развитие устойчивости возбудителя к приемлемым лекарственным средствам;
- возможность снижения кратности приема;
- возможность перорального применения;
- возможность использования во время беременности и кормления грудью.

Одним из наиболее распространенных заболеваний мочеполового тракта является трихомониаз, который занимает первое место среди заболеваний, передающихся половым путем. В мире трихомониазом ежегодно заболевают 170 млн человек. Мочеполовой трихомониаз до настоящего времени является одной из главных причин формирования воспалительных процессов половых органов как у мужчин, так и у женщин, что обуславливает медицинскую и социальную значимость проблемы [2].

Согласно многочисленным литературным данным последних лет у 20–60% женщин, которые обращаются за медицинской помощью к гинекологам в связи с острыми или хроническими воспалительными процессами урогенитального тракта, выявляют *Trichomonas vaginalis* [3].

При развитии воспалительных процессов урогенитального тракта инфекционной этиологии, в том числе трихомонадной, происходят изменения физических и химических характеристик влагалищной среды (рН, температуры, гидратации, кислородного потенциала, уровня гормонов и др.), что существенно влияет на количественный и качественный состав влагалищной микрофлоры. Кроме того, существующая инфекция также нарушает влагалищную микрофлору,

что создает благоприятные условия для размножения патогенных микроорганизмов [4].

В связи с этим, тактика лечения монотрихомонадных и микст-трихомонадных урогенитальных инфекций, прежде всего, должна быть направлена на полную эрадикацию трихомонад, а также на различную сопутствующую патогенную и условно-патогенную микрофлору, что предупреждает развитие осложнений и рецидивов. Кроме того, рациональные подходы к лечению трихомониаза у женщин должны быть направлены также на восстановление нормальной вагинальной микрофлоры и физиологическое функционирование органов и тканей мочеполового тракта.

В настоящее время средствами выбора для терапии трихомонадной инфекции являются препараты с антианаэробной активностью, в частности метронидазол.

В связи с широким применением метронидазола наш интерес вызвала возможность эффективной терапии трихомонадного поражения половых путей препаратами для местного применения.

Гравагин (метронидазол (1-(β-окси-этил)-2-метил-5-нитроимидазол) – противомикробный и антипротозойный препарат, производный нитроимидазола. Обладает широким спектром действия в отношении простейших и анаэробных бактерий. При применении в форме вагинальных суппозиториях, в отличие от системного использования метронидазола, побочные эффекты (тошнота, металлический привкус во рту, снижение аппетита, головная боль, головокружение) возникают редко [3].

Препарат могут принимать беременные после II триместра [2].

Согласно данным контролируемых рандомизированных исследований не выявлено статистически значимых различий в частоте излечения на фоне перорального и вла-

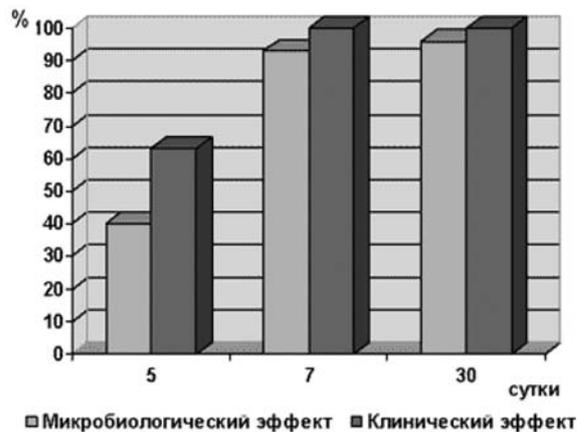


Рис. 1. Динамика клинических и микробиологических показателей у женщин в исследовании

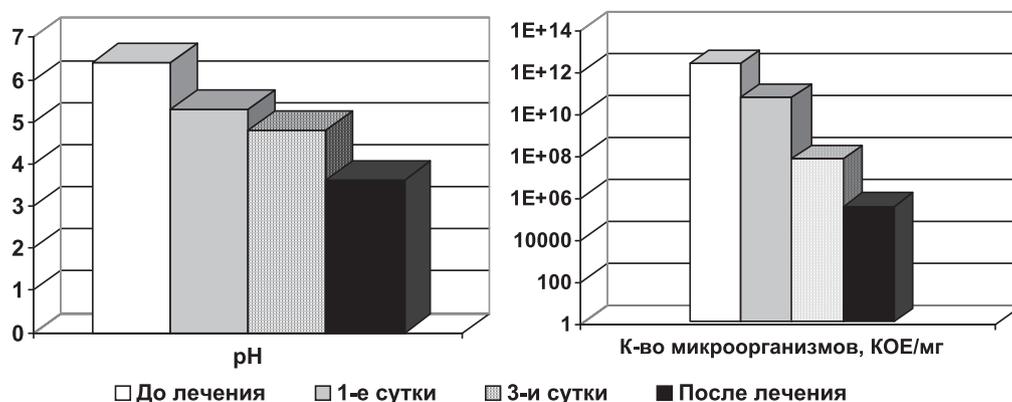


Рис. 2. Динамика показателей pH влагалищной среды и бактериальной обсемененности у женщин на фоне терапии

галищного применения метронидазола [6], однако в связи со снижением числа нежелательных побочных реакций, возникающих при пероральном применении препарата, возможно отдать предпочтение интравагинальному пути введения метронидазола, который позволяет значительно уменьшить курсовую дозу и избежать системного воздействия на организм.

Цель исследования: изучение клинической эффективности местного применения метронидазола (вагинальные свечи Гравагин) в терапии урогенитального трихомониаза у женщин репродуктивного возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 35 женщин с урогенитальным трихомониазом. В клинической картине последнего преобладали цервицит (62%), кольпит (31%) и уретрит (7%). Симптоматически заболевание проявлялось обильными пенстыми выделениями, зудом, дизурическими расстройствами, диспареунией, гиперемией слизистой оболочки вульвы, влагалища и шейки матки, повышением pH выделений более 5,0.

Методы исследования – лабораторные, инструментальные, специальные, статистические. Выявление *T. vaginalis* проводили с использованием микроскопического метода исследования отделяемого из канала шейки матки, влагалища, мочеиспускательного канала.

Метод ПЦР-диагностики применяли с целью исключения из исследования пациенток с инфекциями, не покрываемыми спектром действия метронидазола.

Терапия включала местное лечение, пробиотики и симптоматические средства.

Гравагин (метронидазол) назначали интравагинально по 1 суппозиторию 1 раз в сутки на ночь в течение 10 дней.

При анализе эффективности терапии оценивали общую клиническую эффективность и состояние пациентки, а также клинико-лабораторные показатели на 14-й день и через 1 мес после окончания терапии.

При контрольном гинекологическом обследовании и сборе жалоб на фоне терапии отмечена положительная динамика клинических и микробиологических показателей (рис. 1).

Следует отметить, что большинство пациенток (29 – 82,8%) отмечали быстрое купирование выделений и зуда на фоне проводимого лечения. При контрольном обследовании различия между субъективной оценкой и клиническими данными не превышали 14,3%.

При исследовании pH и общей бактериальной обсемененности влагалищной среды отмечено стойкое прогрессивное снижение этих показателей на фоне проводимой терапии (рис. 2).

Использование предложенной терапевтической схемы позволило добиться эрадикации *T. vaginalis* у 92,5% больных. У трех женщин в связи с недостаточным терапевтическим эффектом дополнительно был назначен перорально орнидазол в течение 5 дней, что привело к эрадикации *T. vaginalis*.

Изменения микроценоза влагалища, регистрировавшиеся при первичном обследовании, постепенно регрессировали у всех больных. У подавляющего большинства женщин (90,3%) бактериальный состав вагинального отделяемого приближался к норме уже через 2 нед после окончания терапии и к 30-м суткам нормоценоз наблюдался у 94,4%. Адекватная коррекция микрофлоры с использованием пробиотиков позволило откорректировать микроценоз половых путей на фоне проводимой местной терапии.

При контрольном обследовании через 1 мес после окончания лечения рецидива трихомониаза не отмечалось ни у одной из женщин.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Местное применение вагинальных свечей Гравагин (метронидазол) для терапии урогенитальной трихомонадной инфекции позволяет достичь оптимального терапевтического эффекта, что особенно актуально и при наличии смешанного бактериально-протозойного инфицирования.
2. Препарат Гравагин (метронидазол) для местного применения удобны для использования как в амбулаторной, так и в стационарной практике, что, несомненно, обеспечивает удовлетворительный комплаенс и хорошую переносимость в сочетании с выраженной терапевтической эффективностью.

Гравагин (метронидазол) для интравагинального введения – місцева терапія урогенітального трихомоніазу

Ю.П. Вдовиченко, О.М. Гопчук

У статті наведені результати дослідження ефективності та безпеки місцевого застосування метронідазолу в терапії урогенітального трихомоніазу у жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: урогенітальний трихомоніаз, метронідазол, свічки, Гравагин.

Gravagin (metronidazol) for intravaginal use – topical therapy of urogenital trichomoniasis

J.P. Vdovichenko, E.N. Gopchuk

The results of studies of the effectiveness and safety of topical metronidazol in the treatment of urogenital trichomoniasis in women of reproductive age are presented in the article.

Key words: urogenital trichomoniasis, metronidazol, suppository, Gravagin.

Сведения об авторах

Вдовиченко Юрий Петрович – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gopchuk@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ершов Г.В., Бочкарев Д.Н и др. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин // Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер., 2004; 6 (2): 201–3.
2. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2006. Morbid Mortal Week Rep Rec Rep 2006; 55: RR-11.
3. Анчупане И.С. Урогенитальный трихомониаз и смешанные трихомонадно-гонококковые инфекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992.
4. Антибактериальная терапия инфекционной патологии репродуктивной системы женщины. /Под ред. О.И. Линева. Самара, 1999. – С. 113–123.
5. Кира Э.Ф., Цвелев Ю.И. Терминология и классификация бактериальных заболеваний женских половых органов // Вести. Рос. ассоц. акуш.-гинекол. – 1998. – № 2. – С. 72–77.
6. Панкратов В.В. Роль комбинации системного и местного лечения при трихомониазе // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, 2003. – Том 2, № 2. – С. 85–88.

Статья поступила в редакцию 14.03.2013