

Роль комбинации системного и местного лечения при трихомониазе

В.В. Панкратов

Сургутский государственный университет

«Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии»; 2003; том 2; № 2; с. 85–88.

Трихомониаз является одним из широко распространенных заболеваний мочеполового тракта. По данным ВОЗ, около 10% населения поражено трихомонадной инфекцией. Трихомонадная инфекция часто сочетается с бактериальной или вирусной, что требует комплексного обследования и лечения больных. Сочетание трихомониаза с бактериальным вагинозом достигает 32%, с генитальным кандидозом – 17%. По нашим данным, трихомонадный вагинит в виде моноинфекции встречается у 12–28% женщин.

Инфекционным агентом при трихомониазе является *Trichomonas vaginalis* – одноклеточное жгутиковое простейшее, относящееся к высшим процистам Protozoa, классу жгутиковых Flagella, семейству Trichomonadidae, роду Trichomonas. Человек является носителем трех видов трихомонад: *Trichomonas tenax* (содержимое полости рта), *Trichomonas hominis* (комменсал толстого кишечника), *Trichomonas vaginalis*.

Ведущим звеном патогенеза трихомониаза является прикрепление *T. vaginalis* к клетке вагинального эпителия. При этом происходит амебовидная трансформация трихомонады, образование псевдоподий ее цитоплазматической мембраны, выработка белков-адгезинов и лиганд-рецепторное взаимодействие с клеткой хозяина.

Передача возбудителя происходит при половых контактах. Крайне редко заражение трихомониазом осуществляется контактно-бытовым путем. После прикрепления к вагинальным эпителиоцитам *T. vaginalis* потенцирует слущивание эпителия, раздражает его и проникает в межклеточные пространства, что способствует инвазии бактериальной флоры. Это объясняет преобладание смешанных инфекционных поражений при урогенитальном трихомониазе.

В последнее время некоторые штаммы урогенитальных трихомонад начали проявлять в 10 раз меньшую чувствительность к препаратам метронидазола. Стали появляться сообщения о неэффективности лечения трихомониаза из-за резистентности трихомонад к обычным лечебным дозам метронидазола. При торпидном и хроническом процессе из-за нарушения васкуляризации с последующим развитием рубцовой ткани нарушается морфологическая структура слизистой оболочки влагалища, и протистоцидные препараты проникают в очаги поражения в меньшей концентрации, которая недостаточна для подавления возбудителя. При таких формах терапевтическое воздействие должно быть направлено не только на уничтожение трихомонад, но и на нормализацию влагалищного содержимого и восстановление его функционального состояния.

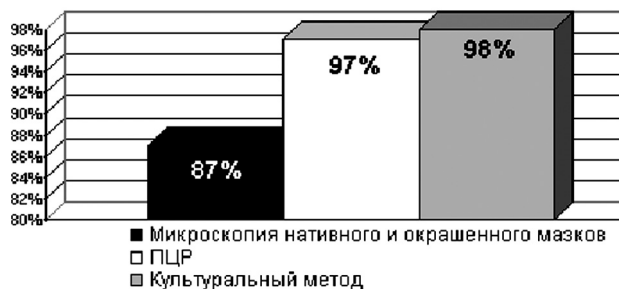


Рис. 1. Эффективность различных методов диагностики трихомониаза

Под нашим наблюдением находились 46 женщин с острым трихомониазом. В клинической картине последнего преобладали цервицит, кольпит и уретрит, которые проявлялись обильными желто-зеленого цвета пенящимися белями, зудом, дизурическими расстройствами, диспареунией, гиперемией слизистой оболочки вульвы, влагалища и шейки матки, повышением pH выделений более 5,0.

Смешанная трихомонадная инфекция приводит к нарушениям микроценоза влагалища и к необходимости выявления других инфекций, передающихся половым путем. Выявление *T. vaginalis* проводили с использованием микроскопического, культурального и генотипического методов исследования.

Материалом для исследования служили: отделяемое канала шейки матки, влагалища, моча.

Первичную диагностику трихомониаза проводили на основании данных микроскопии нативного и окрашенного по Граму мазка. Причем микроскопию нативного мазка осуществляли сразу после взятия материала. Сочетание микроскопии нативного и окрашенного мазков было эффективным в диагностике трихомониаза в 87% наблюдений.

Традиционным методом диагностики трихомониаза является культивирование в бульонной культуре в среде Джонсона–Траселя. Эффективность культурального метода диагностики составила 98%.

Определение специфических участков генома *T. vaginalis* с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) стали применять в конце 90-х годов XX века. Анализ участков ДНК влагалищной трихомонады позволил добиться 97% чувствительности и 98% специфичности (рис. 1).

Учитывая многоочаговость поражения урогенитальным трихомониазом предпочтение следует отдавать системному назначению антипротозойных средств с обязательным использованием местной терапии.

Для лечения урогенитального трихомониаза широко используют препараты группы нитроимидазолов. При отсутствии микст-инфекции назначение препаратов с выраженной анаэробной активностью (тиннидазол и орнидазол), приводит к подавлению лактобациллярной флоры и способствует повреждению микроценоза влагалища. То же относится к препаратам с трихомонацидным действием для местного применения, так как они содержат метронидазол или тернидазол. Кроме того, местное лечение урогенитального трихомониаза в виде монотерапии достигает клинического и микробиологического эффекта всего в 40–73%.

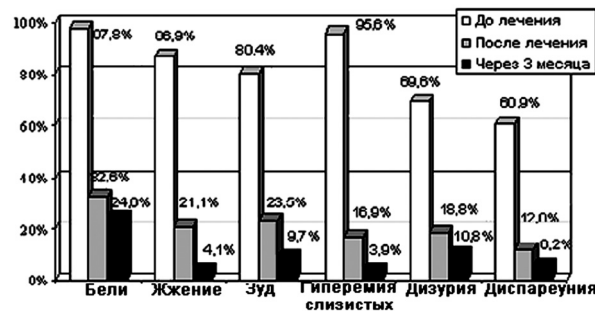


Рис. 2. Динамика клинических и субъективных симптомов на фоне комбинированной терапии

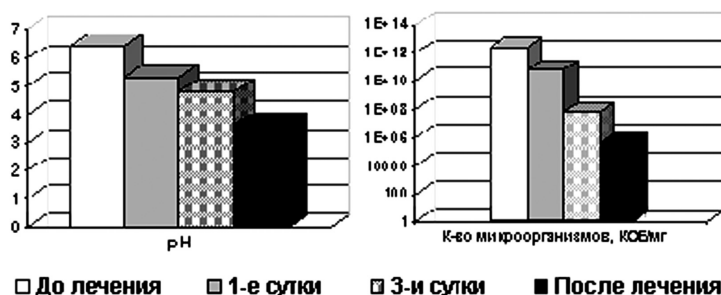


Рис. 3. Динамика уровня pH и количества микроорганизмов в составе вагинального отделяемого на фоне лечения Атриканом и Полижинаксом

В связи с этим использование тенонитрозола (Атрикан) – антипротозойного препарата с высокой избирательностью воздействия на урогенитальные трихомонады является оправданным выбором патогенетической терапии. Атрикан-250 назначали по 0,25 г (1 капсула) 2 раза в день в течение 4 дней.

Следует отметить, что практически все нитроимидазолы ингибируют алкогольдегидрогеназу. Поэтому пациенток перед началом лечения предупреждали, что прием алкоголя может привести к развитию тяжелых побочных реакций и снизить эффективность терапии.

Однако у всех больных, находившихся под нашим наблюдением, на фоне трихомонадной инфекции выявлялась высокая бактериальная обсемененность влагалища и качественные изменения состава микрофлоры нижних половых органов. Для коррекции состава вагинального биоценоза был использован комбинированный препарат Полижинакс. Полижинакс является препаратом, представленным в форме капсул вагинальных, включающих: два антибиотика: неомицин и полимиксин В. Неомицин, являясь аминогликозидом широкого спектра действия, активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных кокков, грамположительных бацилл, таких, как коринебактерии, стафилококки, энтерококки. А также грамотрицательных бацилл, таких, как *E. coli*, *Enterobacter aerogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*. Полимиксин В – антибиотик полипептидной группы является активным в основном в отношении грамотрицательных бактерий, таких, как *Pseudomonas aeruginosa*, исключая род *Proteus* и *Neisseria*.

Нистатин – противогрибковый препарат, обладающий *in vitro* и *in vivo* фунгицидным и фунгистатическим действием, является активным по отношению к дрожжеподобным грибам *Candida*, *Histoplasma*, *Coccidioides*, *Cryptococcus*.

Учитывая спектр действия препарата, Полижинакс эффективен для лечения вагинального кандидоза и неспецифических бактериальных вагинитов. Полижинакс рекомендовали применять дважды в сутки по 1 вагинальному шарик в течение 6 дней одновременно с приемом Атрикана.

Контроль за результатами исследования проводили на основании клинических данных, субъективной оценки излеченности больными, бактериоскопического исследования, культуральной идентификации микроорганизмов вагинального биоценоза и проведения ПЦР к фрагментам ДНК *T. vaginalis* через 3 мес после проведенного лечения.

При контрольном гинекологическом обследовании и сборе жалоб на фоне комбинированной терапии Атриканом и Полижинаксом отмечено клиническое улучшение и положительная динамика лабораторных показателей (рис. 2).

Следует отметить, что большинство пациенток (31 – 84,8%) отмечали быстрое купирование белей 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 вагинальной среды отмечено стойкое прогрессивное снижение этих показателей на фоне проводимой терапии (рис. 3).

Использование в составе терапии Атрикана позволило добиться эрадикации *T. vaginalis* у 95,6% больных. У двух больных тенонитрозол оказался неэффективным. Им был назначен орнидазол по 1000 мг в течение 5 дней в сочетании с нитроксолином, что привело к излечению трихомониаза.

На фоне лечения комбинацией Атрикана и Полижинакса зарегистрированы 5 случаев развития генитального кандидоза (10,9%). По данным литературы, частота развития кандидоза влагалища на фоне антибактериальной/антипротозойной терапии достигает 45%.

Изменения микроценоза влагалища, регистрировавшиеся при первичном обследовании, постепенно регрессировали у всех больных. У подавляющего большинства женщин (69,6%) бактериальный состав вагинального отделяемого приближался к норме уже через 1–2 дня после окончания использования Полижинакса.

При контрольном обследовании через 3 мес ни у одной больной не был выявлен трихомониаз. Нарушения микроценоза влагалища отмечены у 41,3% женщин.

Это говорит о стойкости нарушений микроценоза влагалища и предрасполагающих механизмов их развития. Адекватная коррекция микроценоза половых органов у женщин, перенесших трихомониаз, по-видимому, должна включать применение препаратов пробиотиков, неспецифическую терапию.

Определение этиологической роли сопутствующих *T. vaginalis* возбудителей представляет значительные трудности. Это связано с полимикробным составом патологических бактериальных ассоциаций и невозможностью выделить ведущего патогена в ассоциации. При трихомониазе невозможно сопоставление первичного обследования с результатами динамического лабораторного наблюдения, так как это требует значительного времени. Поэтому выбор терапии трихомониаза должен осуществляться не только на основании выделения трихомонад из половых путей женщины, но и с учетом бактериальных возбудителей, часто сопутствующих трихомонадам. Известно, что на фоне любой антибактериальной, антипротозойной терапии резко изменяется состав микрофлоры влагалища с увеличением количества дрожжевых грибов.

Полижинакс обладает широким спектром антибактериальной и антимикотической активности, что позволяет использовать его при различных нарушениях микроценоза влагалища.

Атрикан – высокоэффективный трихомонацидный препарат может использоваться в виде монотерапии при неосложненном трихомониазе (моноинфекции).

Применение Атрикана в сочетании с Полижинаксом позволяет не только провести эффективное трихомонацидное лечение, но и подавить рост патогенной бактериальной флоры и препятствовать развитию генитального кандидоза.

Список литературы находится в редакции.