

УДК 616.97:616.6-074

ДИСКУССИОННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНАДНОЙ ИНФЕКЦИИ

НЕЙМАРК С.Л. НЕЙМАРК О.С.

г. Киев

Обсуждение этого вопроса необходимо начать с некоторых терминов и определений.

По нашему мнению, термин «заболевания, передающиеся половым путем» (ЗППП), является не совсем корректным. Половым путем передаются инфекции, которые впоследствии могут вызывать заболевания. Корректной, по отношению к пациентам будет аббревиатура ИПППП (инфекции передающиеся преимущественно половым путем), с акцентом на слове «преимущественно».

Стоит избегать термина «венерические заболевания», так как у многих пациенток он ассоциируется с «беспорядочной половой жизнью». При этом, каждая пациентка будет готова доказать, что в ее жизни такого не было.

В недавнем прошлом правила диагностики, лечения и контроля таких заболеваний, как трихомониаз, гонорея и сифилис, правила диагностики, излагались в инструкциях министерства здравоохранения «для служебного пользования». В них подробно описывались, в том числе способы подготовки пациентки к обследованию (так называемая «провокация»), методики лечения, частота контроля и лабораторные критерии снятия с диспансерного учета. Изменился мир, но суть заболевания под названием трихомониаз осталась неизменной, оно и далее будет вызывать и поддерживать воспаление в мочеполовых путях человека, со всеми вытекающими для организма последствиями.

Материалы и методы исследования

Современные сетевые лаборатории в Украине в своем арсенале зачастую имеют только метод ПЦР для обнаружения трихомонад, производимый на праймерах наших соседей из ближнего зарубежья. И по статистике обнаруживают трихомонады у 2% больных. Статистически мало, учитывая, что здоровый контингент редко обращается для обследования на эту инфекцию. Таблицы частоты обнаружения этой инфекции у мужчин и женщин детально описаны в работе «Трихомониаз мужчин женщин и детей» Клименко Б.В. и соавторов [8], и составляет в среднем 35% при использовании совокупных методов диагностики.

Сравнительный анализ эффективности применения различных вариантов ПЦР для диагностики *Trichomonas vaginalis*, проведенный коллегами из Бельгии показал, что только один из пяти праймеров срабатывал «положительно» на культуре трихомонад [1]. Другими словами, ПЦР исследование на трихомонадную инфекцию, в лучшем случае, обнаруживает трихомонаду только в каждом пятом организме. Остальные четыре пациентки, имеющие возбудитель в своем организме, получают из лаборатории ответ «не выявлено». Частота выявления трихомонад с использованием праймеров из ближнего зарубежья еще более низкая [4].

ПЦР метод для диагностики трихомониаза, можно считать дополнительным и пока весьма далеким от совершенства. Не говоря о том, что для ПЦР диагностики трихомонад существуют оптимальные сроки забора материала, в зависимости от дня менструального цикла, которые мало известны врачам и совсем не отражены в рекомендациях лабораторий. Где же выход?

Возможно, надо воспользоваться еще двумя существующими методами из арсенала обследований, чтобы повысить эффективность обнаружения трихомонады. Но здесь, вы столкнетесь с тем, что большинство столичных сетевых лабораторий просто не имеют в своем арсенале культуральных методов вообще.

Оптимальными средами, для обнаружения трихомонад культуральным методом, является среда Добелла-Лейдлоу (Франция), среда «СВТ» (НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера РФ), InPouch TV(США), которые, к сожалению, не сертифицированы в Украине. А официально применяемые в Украине, малоэффективны. Процент обнаружения

трихомонад культуральным методом по тому же зарубежному источнику должен составлять 18,8% [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Может цитоморфологический метод, широко представленный различными лабораториями, позволит все же выявить эту инфекцию? Здесь, препятствием становятся методические разногласия между специалистами в области лабораторной диагностики: выставляли ли в результатах анализов трихомониаз, при обнаружении атипических форм трихомонад (амастиготных). Поскольку в интерпретации таких форм много субъективизма, то от греха подальше, в цитоморфологических заключениях их вообще не описывают, ссылаясь на мнение, что они, т.е. трихомонады в такой форме не патогенны. Не соглашаясь с такой трактовкой, хочу обратить внимание на исследование Раздольской Н. В. 2009г. [2]. Наличие этих форм зависит от цикла развития простейшего и типа его питания, они патогенны и способны превращаться одна в другую. Еще есть немало причин, по которым, в мазках все реже обнаруживают вегетативные формы трихомонад. Консерванты, попадающие в организм человека с продуктами питания (молоко, не скисающее месяц и т.д.), антисептические смазки презервативов (триклозан) или «средства интимной гигиены», за два часа превращающие вегетативную форму в атипическую. Редко кто из врачей учитывает эти особенности паразита, направляя пациентку на лабораторное исследование.

Наличие амастиготных форм в мазке, так же подтверждает диагноз «трихомониаз», как и наличие зрелых вегетативных форм. Лабораторные споры должны подчиниться мнению и оценке конкретной ситуации клиницистом.

Такое состояние лабораторной диагностики порождает конфликтные ситуации:

1. Конфликт доктора и пациентки. Он развивается обычно на фоне обнаружения у нее трихомонад одним из методов. На ее резонный вопрос: «А почему в других лабораториях..., или другими методами..., у меня это не было обнаружено?». Или другой вариант: «Меня многократно обследовали на трихомонады, но кроме высоких лейкоцитов ничего не находили...» Вам придется пересказать такой пациентке все вышеизложенные проблемы лабораторной диагностики.
2. Конфликт в семье или в сексуальной паре. Обычно наступает при обнаружении трихомонад у одного из половых партнеров. Половой партнер после взаимных обвинений идет в известную лабораторию (заметьте не к врачу) и просит его обследовать «на все». Лаборатория, справедливо считая, что ответственность за сроки сдачи анализа и подготовку к нему, несет врач [9], который в данном случае, вообще не был задействован. Получив «отрицательный результат», после сдачи «на все», половой партнер отправляется на дальнейшие разборки, горделиво помахивая фирменным бланком лаборатории.
3. Конфликт между коллегами. Самый сложный и неприятный конфликт, за которым часто стоит обычный медицинский снобизм, желание выделиться, выглядеть безусловным специалистом в весьма специфической области знаний, каковыми являются ИПППП. Обычно, заключения таких «специалистов» безапелляционные и выражаются риторическим вопросом к пациентке: «А кто вам придумал, что у вас трихомонады?» Характерным признаком таких «коллег» есть то, что они даже не удосуживаются созвониться с врачом и обсудить проблемы обследуемой половой пары.

Оптимально, когда гинеколог, уролог или дерматовенеролог обследуя пару, согласовывают свои действия, сопоставляя результаты лабораторных анализов и клиническую ситуацию.

В заключение этого раздела хочется напомнить выражение Ван-Свитена «*Qui bene diagnosticit, bene curat*» (Кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит).

Информация об обнаружении резистентных форм периодически появляется в медицинских источниках [6,7,8]. Сегодня эффективность одного из первых противотрихомонадных препаратов, широко используемого и сейчас 2-(2-метил-5-нитро-имидазол-1-ил)этанол, составляет от 6 до 9% при системном применении. А по данным Новосибирского

медицинского института рецидивы мочепополового трихомониаза после полноценного лечения нитроимидазолами достигают 47% [3].

При кажущемся избытии антипротозойных препаратов присутствующих на рынке Украины, оригинальных – единицы. Все остальное – генерики разного качества, иногда весьма сомнительного. Намеренно не называя производителя и название препаратов, присутствующих на рынке, постараемся беспристрастно обсудить назревший вопрос.

Впервые антипротозойная активность нитроимидазолов (2-нитроимидазола) была установлена в 1956 г., что послужило толчком к началу интенсивных исследований препаратов этого ряда (De Carneri I., Cantone A., Emanuelli A. Et al., 1970). В течение последующих десяти лет был синтезирован ряд препаратов группы 5-НИМЗ, обладающих высокой активностью в отношении простейших и анаэробных бактерий (Kambaum S., 1986; Freeman S.D., Klutman N.E., Lamp K.C., 1997; Падейская Е.Н., 1997) [5]. А вот в дальнейшем, кардинально новая формула противотрихомонадного препарата не была получена.

Итак, в 2016 году мы можем отпраздновать круглую дату, 60 лет с момента изобретения противотрихомонадных препаратов. Очевидно, что за столь долгий период их применения, резистентность возбудителя к препаратам весьма возросла. Сегодня, нерациональная терапия с использованием рекомендуемых в инструкциях низких доз, приводит к еще большему распространению штаммов, устойчивых к производным нитроимидазола [6,7,8]. Пациентка после такого лечения, через время, вернется к той же проблеме.

Выводы

Если поставить задачу полного освобождения организма от этого паразита, то она невыполнима в рекомендуемых дозах и общепринятых методиках лечения. Более того проблема лечения трихомониаза заключается не столько в появлении резистентных форм, сколько в неверном методическом подходе к лечению. Коротко применяя высокие дозы препаратов по особой, циклической методике в 80% случаев нам удалось условно освободить организм от возбудителя. Остальные 20% идут на повторный курс лечения «супер дозами».

При применении высоких доз 5-НИМЗ наблюдаются характерные для препаратов этой группы побочные реакции, в первую очередь со стороны ЖКТ (тошнота, рвота, связанные с нарушением оттока желчи) и ЦНС (нарушение координации движений). Запрещено применение методики высоких доз при заболеваниях ЦНС (эпилепсия, хорей, рассеянный склероз, травмы головного и спинного мозга, при всех видах невропатий и т.д.). Специфический антидот не известен. Побочные эффекты обратимы и при их наступлении проводят симптоматическое лечение. Усилия врача по успешному излечению пациентки от трихомонадной инфекции в большой степени зависят от длительности персистенции микроорганизма.

ЛІТЕРАТУРА

1. Crusitti T, Van Dyck E, Fbdellati S, Lada M. Trichomonas vaginalis. Comparison of PCR techniques for the diagnosis of Trichomonas vaginalis // Inst for Tropical Medicine, Anverp, Belgium. IntJSTD&AIDS 2001.
2. Раздольская Н. В. Диагностическое значение цитоморфологических, культуральных и иммуногенных свойств Trichomonas vaginalis. Автореферат диссертации // ФГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Министерства обороны РФ. Санкт- Петербург, - 2009.
3. Романенко И. М., Кулага В. В., Афонин С. Л. Лечение кожных и венерических болезней. // Руководство для врачей. – 2006. – Т.2. – С. 769- 771.
4. Марданлы С. Г., Куляш Г. Ю. Проблемы достоверности и объективной оценки результатов лабораторной диагностики гонореи, трихомониаза и урогенитального хламидиоза. // Учебно-методическое пособие. – Электрогорск, 2011г.
5. Падейская Е.Н. 5-Нитроимидазолы – антимикробные препараты для лечения бактериальных и протозой. -Midicum, Москва. – 2004. - т.6, №1.

6. Naidoo S; Upcroft J; Moodley P; Sturm A. In vitro susceptibility testing of *Trichomonas vaginalis* to metronidazole. // African Centre for Population Studies and Reproductive Health and Dept of Medical Microbiology, Nelson R Mandela School of Medicine, Durban, South Africa. Int J STD & AIDS 2001; 12 suppl 2:38
7. Захарків Ю. Ф. Етіологічна структура запальних захворювань урогенітального тракту серед соціально адаптованих груп населення і роль *Trichomonas vaginalis* в їх виникненні, в зв'язі з стійкістю штамів збудителя до дії лікарських препаратів // Автореферат дисертації на соискание ученої ступені кандидата медичних наук. - Санкт Петербург, 2005.
8. Клименко Б. В., Авазов Э. Р., Барановская В. Б., Степанова М. С. Трихомоназа мужчин, женщины детей. // Санкт-Петербург: «Сюжет», -2001.
9. Неймарк С. Л. Трихомонада: непростое «простейшее». // Интернет-статья 2012г <http://www.medukr.com/articles/127/>

УДК 618.3-06:616.61-002.3-036.65-084

ДЕЯКІ ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ГОСТРОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ВАГІТНИХ

ПАВЛОВСЬКА О.М., ПАВЛОВСЬКА К.М.

м. Одеса

За даними епідеміологічних досліджень гострий (гестаційний) пієлонефрит належить до найбільш поширених видів екстрагенітальної патології у вагітних та посідає друге за частотою місце в структурі захворювань після серцево-судинної патології [1, 2].

Доведено, що певні адаптаційні зміни в організмі жінки під час вагітності сприяють виникненню та рецидивуванню гестаційного пієлонефриту. Так, до найбільш значущих факторів відносять гестаційно обумовлені гіпотонію, гіпокінезію, дилатацію лоханок нирок та сечоводів, збільшення об'єму сечового міхура зі збільшенням остаткової сечі, міхурово-сечовідні, сечовідно-лоханочні рефлюкси, механічне притиснення сечоводів збільшеною маткою та розширеними яєчниковими венами, послаблення сфінктеру уретри, підвищення рН сечі, гестаційна глюкозурія внаслідок зниження ниркового порогу для глюкози, а також супресія імунологічної реактивності на тлі підвищеного рівня циркулюючих глюкокортикоїдів [3, 4].

Гестаційний пієлонефрит може значно ускладнювати перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду, обумовлюючи високий ризик виникнення загрози переривання вагітності, передчасних пологів, пізнього гестозу, дисфункції плаценти, гіпотрофії, внутрішньоутробного інфікування плоду тощо [5, 6]. Отже вельми актуальними на сьогоднішній день постають питання ефективності медикаментозного лікування та попередження виникнення рецидивів при цій патології.

Основними напрямками лікування гострого пієлонефриту під час вагітності згідно до вимог наказу № 620 МОЗ України є дієтотерапія, антибактеріальна (антибіотики, антимікотики, уроантисептики), дезінтоксикаційна, симптоматична та фітотерапія. Звичайно, що основу етіопатогенетично спрямованої терапії складають антибіотики, які спочатку призначають парентерально до зниження лихоманки, потім переходять на пероральні форми того ж самого або близького антибіотика на термін не менш 10 діб. Загальний курс антибактеріальної терапії гестаційного пієлонефриту повинен складати не менш 14 діб. Найчастіше в акушерській практиці застосовуються пеніциліни, цефалоспорины, рідше аміноглікози. Слід зазначити, що відразу після завершення основного курсу лікування доцільно розпочинати вторинну профілактику гестаційного пієлонефриту. Згідно до рекомендацій фахівців вона повинна продовжуватись на протязі всієї вагітності та 2 тижні після пологів. При цьому застосовується режим щоденного прийому добової дози антибіотика (частіше пеніцилінів) або протимікробних засобів широкого спектра дії (частіше нітрофурані) [7].