

А. А. Лукашук, Ю. В. Палёная, Н. Е. Казакова // Тавр. мед.-биол. вестник. — 2003. — № 1, Т. 6. — С. 66-69.

8. Казакова В. В., Лукьянова Н. С., Паленая Ю. В. Влияние околозубных очагов инфекции на эндо-

генную интоксикацию организма // Там же. — 2002. — № 4, Т. 5. — С. 31-33.

9. Костюченко А. Л., Гуревич К. Я., Лыткин М. И. Интенсивная терапия послеоперационных осложне-

ний. — СПб.: СпецЛит, 2000. — 575 с.

10. Drabkin D. A. A simplified technique for large crystallization of hemoglobin in the enistolin // Ann. Acad. Sci. — 1964. — Vol. 121, N 11. — P. 404-407.

УДК 616.9-022.616.993.16

В. Ф. Струк

## НОВІ ПІДХОДИ В ТАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТРИХОМОНАДНОГО ВУЛЬВОВАГІНІТУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Івано-Франківська державна медична академія

Трихомоноз — це сечостатева інфекція, яка має «космополітичний» характер, оскільки на неї щороку у світі хворіють 120–170 млн людей. У США щороку хворіють на трихомоноз 3 млн жінок. Ця інфекція сечостатевого тракту посідає одне з перших місць серед сексуально-трансмисійних інфекцій. На трихомоноз однаково часто хворіють як жінки, так і чоловіки. У середньому близько 25 % жінок, які ведуть активне статеве життя, інфіковані трихомонадами. Ризик інфікування корелює з частотою статевих контактів. Жінки, які мають випадкові статеві зв'язки, страждають на трихомоноз в 3,5 рази частіше, ніж ті, що мають постійного статевого партнера. У дівчаток трихомонадна інвазія трапляється надзвичайно рідко [1; 2; 4; 5].

Збудником уrogenітального трихомонозу є піхвова трихомонада, яка належить до найпростіших, класу джгутикових, роду трихомонад і уявляє собою рухливий одноклітинний організм, який паразитує в органах уrogenітального тракту. Піхвову трихомонаду вперше виділив Донне (1836). Людина — єдиний природний носій даного мікроорганізму. У

жінок трихомоноз найчастіше проявляється клінікою вульвовагініту й уретриту [5].

Важливість проблеми зумовлена не тільки широким розповсюдженням захворювання, але й тими наслідками, які воно справляє на організм хворої та її оточення, а також виникненням ускладнень, які можуть стати причиною неплідності, патології вагітності та пологів, патології шийки матки і т. д. [1; 4; 5].

Залишається актуальною проблема лікування трихомонозу, особливо його хронічної форми. Найбільш ефективними препаратами для лікування трихомонозу є препарати з групи 5-нітроїмідазолів [1–4; 7; 8]. Нами проводилася оцінка ефективності лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту за допомогою препарату з групи 5-нітроїмідазолів — орнідазолу («Орнізол»), який виробляє ОАО «Київмедпрепарат», і препаратом «Трихомонаден-Флюор-Ін'ель» фірми «Біологіше Хайльміттель Хеель» у поєднанні з препаратом для системної ензимотерапії — вобензимом, який виробляє фірма «Mucos Pharma» плюс інтравагінальна термотерапія за допомогою апарата ПЕН.

**Мета** дослідження — визначити ефективність комплексного лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту у жінок препаратами «Орнізол», «Трихомонаден-Флюор-Ін'ель» і «Вобензим» із інтравагінальною термотерапією за допомогою апарата ПЕН.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 78 жінок (основна група) репродуктивного віку з діагнозом хронічного трихомонадного вульвовагініту. Вік обстежених жінок у середньому становив  $(26,0 \pm 2,23)$ . Всі обстежені жінки в анамнезі мали епізод гострої трихомонадної інфекції, з приводу чого отримували місцеву і системну терапію метронідазолом. З моменту первинного інфікування минуло від 1 до 12 років і в середньому цей період становив  $(3,0 \pm 1,8)$  року. Всі жінки в анамнезі мали пологи. Серед обстежених у 70 (89,74 %) жінок вагітність, пологи та післяпологовий період були ускладненими (невиношування вагітності, передчасний розрив навколоплідних оболонок, фетоплацентарна недостатність, гіпотрофія плода, гіпоксія плода, післяпологовий ендометрит тощо). У 56



(71,8 %) жінок виявлено патологію шийки матки. З них ектопію циліндричного епітелію — у 32 (41,03 %) жінок, лейкоплакію — у 5 (6,41 %) жінок, дисплазію легкого ступеня — у 12 (15,38 %), дисплазію середнього ступеня — у 4 (5,13 %) та дисплазію шийки матки тяжкого ступеня — у 3 (3,85 %).

Для реакції непрямой імунофлюоресценції використовували діагностичні сироватки зі специфічними моноклональними антитілами у відповідності з інструкцією (науково-виробнича фірма «ЛАБдіагностика», Москва). Мазки роздивлялися під люмінесцентним мікроскопом Мікмед-2, варіант 11 («Ломо», Санкт-Петербург); масляна імерсія, окуляр 7<sup>x</sup>, об'єктив Мі 90<sup>x</sup>, з фільтром, що забезпечує збуджуваче випромінювання з довжиною хвилі 490 нм і емісією з довжиною хвилі 520 нм. Мазки, забарвлені метиленовим синім, за Грамом, Романовським — Гімзою, вивчалися під імерсією у світловому мікроскопі зі збільшенням х900 (окуляр 10<sup>x</sup>, об'єктив 90<sup>x</sup>), а вологі мазки при збільшенні х200 (окуляр 10<sup>x</sup>, об'єктив 20<sup>x</sup>). Посів проводили на рідке живильне середовище для виділення піхвових трихомонад (Інститут Пастера, Санкт-Петербург). Діагноз трихомонозу визначали при виявленні піхвових трихомонад хоча б двома методами діагностики.

Лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту проводили препаратом «Орнізол» по 0,5 г двічі на день упродовж 10 днів перорально, одночасно вводили препарат «Трихомонаден-Флюор-Ін'ель» за схемою, «Вобензим» по 5 драже тричі на день перорально упродовж 20 днів. Препарат «Трихомонаден-Флюор-Ін'ель» з групи гомеопатичних засобів, діючими речовинами якого є Trichomonaden-Fluor-Nosod D 10 0,367 мл, Trichomonaden-Fluor-Nosod D 30 0,367 мл, Trichomonaden-Fluor-

Nosod D 200 0,367 мл. Випускається препарат у вигляді стерильного розчину для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі № 5. Курс лікування включає 5 ін'єкцій у біологічно активні точки і субепітеліально у передню губу шийки матки двічі на тиждень по 1,1 мл (1 ампула). Для гомеосиніатрії були використані такі біологічно активні точки: VC 2 (цюй-гу), VC 3 (чжун-цзи), VC 4 (гуань-юань), V 31 справа (шан-ляо), V 31 зліва (шан-ляо). Лікування пацієнтки починали після закінчення менструації. Одночасно проводили фізіотерапевтичні процедури за допомогою апарата ПЕН № 20. Метод дозованої локальної гіпертермії ґрунтується на використанні вітчизняного апарата ПЕН-01. Процедура призначалася у такому режимі: 1–20-й день — 42 °С. Сеанс дозованої локальної гіпертермії проводився після випорожнення сечового міхура та кишечника. Після кожної процедури пацієнтці рекомендували посидіти в теплі ще 30–45 хв. Під час лікування рекомендували уникати статевих контактів без використання презерватива. Обстеження та лікування статевих партнерів проводили урологи.

Статистична обробка отриманих даних проводилася на персональному комп'ютері з використанням програми Microsoft Excel for Windows XP Professional. Дослідження було проспективне і рандомізоване.

### Результати дослідження та їх обговорення

Лікування трихомонадної інфекції становить неабиякі труднощі у зв'язку з численними механізмами захисту трихомонад, серед яких вже досліджено такі:

— tank-функція, тобто здатність трихомонад поглинати, захищати і транспортувати в тканини у життєздатному стані інші мікробні та вірусні інфекційні агенти;

— змінна біологічна активність і спосіб живлення, адгезивна здатність і розмноження залежно від переважання гормонів в організмі;

— швидке перетворення вегетативної форми трихомонад в амебоподібну або цистну при дії фармакологічного або хімічного чинника;

— здатність виробляти і тимчасово фіксувати на своїй поверхні розчинний антиген, що захищає від ушкодження антитілами;

— наявність антихімотрипсिनкової оболонки і протеолітичних ферментів, що впливають на захищеність і здатність долати тканинні бар'єри;

— посилення вірулентних властивостей збудника активується нуклеїновими кислотами, що виділяються із загинувших клітин організму і прямо пропорційне β-гемолітичній активності трихомонад [6].

До лікування тільки 6 (7,69 %) жінок висловлювали скарги на збільшення піхвових виділень. При обстеженні в дзеркалах тільки у 6 (7,69 %) жінок були наявні характерні для трихомонадного кольпіту піхвові виділення — рясні, пінисті, зеленуватого кольору. У решти 72 (92,31 %) виділення були мізерні, гомогенні, білого кольору, нерівномірно розподілені по стінках піхви. Ознаки гіперемії слизової оболонки піхви спостерігалися тільки у жінок, що мали характерні виділення. Після закінчення курсу лікування 2 (2,56 %) жінки скаржилися на рясні піхвові виділення і одна з них — на сверблячку в ділянці геніталій. У вищевказаних жінок з наявністю клінічних симптомів трихомонозу при лабораторному обстеженні, у тому числі за допомогою реакції імунофлюоресценції з моноклональними антитілами, були виявлені піхвові трихомонади (таблиця).

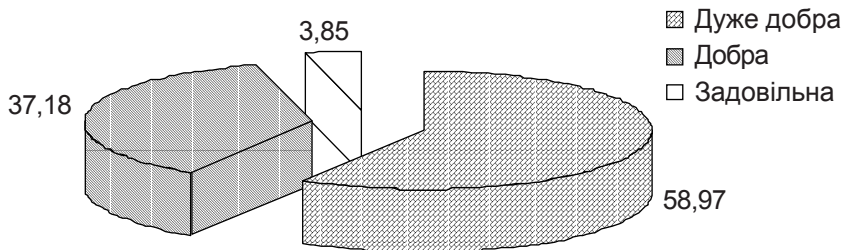
Отже, ефективність лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку за запро-



**Динаміка лабораторних аналізів  
упродовж запропонованого курсу лікування**

<i>Trichomonas vaginalis</i>	До лікування	11–12-й день після початку лікування (після закінчення прийому препаратів)	21–22-й день після початку лікування (після закінчення курсу ПЕН)
Виявлена	78 (100 %)	4 (5,12 %)*	2 (2,56 %)*
Не виявлена	—	74 (94,88 %)	76 (97,44 %)

*Примітка.* \* — різниця вірогідна ( $P < 0,001$ ) порівняно з показниками до лікування.



*Рисунок.* Оцінка переносимості запропонованої схеми лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту

понованою методикою становила 97,44 %.

Оцінка переносимості схеми лікування проводилася пацієнткою. Аналізуючи ці дані, необхідно відмітити, що переносимість схеми лікування є дуже доброю. Жодна жінка не відмовилася від лікування у процесі його проходження. Оцінювали переносимість за такими критеріями: дуже добра — відсутність скарг пацієнтки, добра — наявність однієї скарги, задовільна — наявність двох скарг і більше. Найчастішими скаргами були: нудота, одноразове блювання, відчуття гіркоти у роті, металевий присмак, запаморочення (рисунок).

Таким чином, необхідно відмітити високу ефективність терапії хронічного трихомонадного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку за допомогою препаратів «Орнізол», «Трихомонаден-Флюор-Ін'ель» і «Вобензим» із застосуванням локальної дозованої гіпертермії за допомогою апарата ПЕН, а також добру переносимість.

### Висновки

1. Ефективність лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту за допомогою препаратів «Орнізол», «Трихомонаден-Флюор-Ін'ель» і «Вобензим» із застосуванням локальної дозованої гіпертермії за допомогою апарата ПЕН дорівнює 97,44 %.

2. Дану схему лікування хронічного трихомонадного вульвовагініту у жінок репродуктивного віку можна рекомендувати для широкого використання у родопомічних закладах країни.

### ЛІТЕРАТУРА

1. *Лечение и профилактика трихомоноза* / И. А. Бабюк, Ю. П. Савенко, В. П. Федотов и др. — Донецк; К.: ИННОТЕК ИНТЕРНАЦИОНАЛЬ, 2002. — 39 с.

2. *Бабюк И. А., Савенко Ю. П. Современные подходы к лечению женского полового трихомоноза // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* — 2002. — № 1–2 (5). — С. 187–190.

3. *Бабюк И. А., Савенко Ю. П. Комплексное лечение осложнённых форм мочевого трихомоноза у*

женщин // Там же. — 2003. — № 1–4 (6). — С. 177–180.

4. *Эффективность применения вакцины «Солкотриховак» у женщин с трихомонозом, бактериальным вагинозом и вагинальным кандидозом* / Б. М. Венцовский, А. Г. Цыпкун, С. Н. Бакшеев и др. // *Здоровье женщины.* — 2004. — 2 (18). — С. 59–63.

5. *Мочеполовой трихомоноз (клиника, диагностика, лечение и профилактика): Информ.-метод. пособие* / В. Г. Радионов, Н. С. Нешков, Л. Н. Провизион и др. — Луганск: Виталина, 1999. — 20 с.

6. *Неймарк С. Л., Бакшеев С. Н. Особенности диагностики и лечения ассоциированных инфекций, передающихся половым путем* // *Здоров'я України.* — 2005. — № 1–2 (110–111). — С. 32–33.

7. *Сольський С. Я., Ворона Г. Ч. Деякі аспекти лікування трихомонадозу в сучасних умовах* // *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України.* — К.: Інтермед, 2003. — С. 281–283.

8. *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy: 32 Ed.* / D. N. Gilbert, R. C. Moellering, M. A. Sande et al. — Antimicrobial Therapy, INC. — 2002. — 148 p.

