

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2018.46.52-56>



Р.Ф. АЙЗЯТУЛОВ

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета МЗ Украины

Э.М. АЙЗЯТУЛОВА

д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Донецкого национального медицинского университета МЗ Украины

Контакты:

Айзятуллов Рушан Фатихович
КЛПУ «Городской кожно-венерологический диспансер г. Славянска»
84109 Донецкая обл., г. Славянск
Вокзальная, 16
Тел.: +38 (050) 589 41 81
Email: rushan-ajizyatulov@ukr.net

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В последние годы во всем мире отмечается увеличение частоты воспалительных заболеваний мочеполовых органов, вызванных влагалищной трихомонадой (*Trichomonas vaginalis*), которые регистрируются у 20–30% женщин и у 7–10% мужчин [2, 4, 6, 10, 11]. По данным ВОЗ, мочеполовым трихомониазом страдает более 10% населения земного шара, ежегодно в мире заболевают 180 млн человек, в США ежегодно инфицируются 2,5–3 млн женщин [1, 3, 4, 6, 11]. *T. vaginalis* относится к роду *Trichomonas*, куда включаются сапрофиты кишечника *T. hominis* (*T. intestinalis*) и полости рта *T. tenax* (*T. elongata*), которые не выживают в мочеполовой сфере [1, 4, 7–9, 12]. Трихомонады могут существовать в трех формах: грушевидная (обычная); амебоидная, для которой характерна усиленная фагоцитарная активность; почкующаяся, при которой размножение происходит в виде шаровидных образований размером от 1,5 до 4 мкм, лишенных ядра и жгутиков (встречается реже других) [1–4, 8, 9, 11].

Длительно существующие трихомонадные поражения урогенитального тракта приводят к тяжелым осложнениям со стороны мочеполовой сферы у женщин (деструктивные процессы матки и придатков, нарушение репродуктивной функции, невынашивание беременности, преинвазивные состояния) и у мужчин (хронический простатит, сексуальные расстройства, бесплодие) [1, 4, 9, 12]. Характерной является многоочаговость поражения, когда трихомонады могут локализоваться как в различных отделах мочеполовой системы, так и экстрагенитально (*T. vaginalis* может обнаруживаться в миндалинах, конъюнктиве, прямой кишке, легких), вызывая воспалительные процессы различной интенсивности [2, 3, 9, 10, 12].

Передача трихомонадной инфекции происходит половым путем, крайне редко – неполовым, через загрязненные выделениями больных предметы обихода (белье, полотенце, подкладные судна, мочалки) или медицинский инструментарий при несоблюдении правил дезинфекции [1, 2, 4, 9, 12].

Различают свежий трихомониаз с острым, подострым и торпидным (малосимптомным)

течением; хронический трихомониаз (продолжительность более 2 месяцев); асимптомный трихомониаз (трихомонадоносительство); транзитное носительство (трихомонады в половых органах через некоторое время погибают, но не исключена возможность заражения полового партнера) [3, 4, 6, 8, 9, 12].

Особенностью современного течения трихомониаза является преобладание малосимптомных форм и трудности при их диагностике. Проблема лечения трихомониаза у женщин и мужчин остается особенно актуальной из-за частых рецидивов, а также появления штаммов трихомонад с резистентностью к противопротозойным препаратам [3–6, 8, 9].

Клинические проявления трихомонадных поражений у женщин [1, 2, 4, 6, 9, 12]

Вульвит. Различают простой и язвенный. По течению острый вульвит – отечность и диффузная гиперемия кожи наружных гениталий, в области малых губ, клитора, наружного отверстия уретры, эрозии и язвы; подострый – жалобы и объективные проявления выражены менее остро; хронический вульвит – длительное течение, периодические незначительные выделения, зуд, пигментация наружных гениталий.

Вестибулит. При остром течении выражена диффузная гиперемия, отек, нередко изъязвления слизистой оболочки, которая покрывается слизисто-гнойными выделениями. При хроническом течении отмечаются отдельные участки гиперемии и отечности слизистой. Жалобы на зуд, жжение в области входа во влагалище, боли при половых сношениях.

Уретрит. По течению выделяют острый, хронический и асимптомный уретрит. При остром уретрите болезненность, жжение при акте мочеиспускания, частые позывы. При осмотре – гиперемия, отек губок уретры, беловатые, желтоватые выделения, нередко пенистый характер. При хроническом уретрите – боли в конце мочеиспускания, частые позывы, выделения отсутствуют. Объективно – легкая гиперемия губок уретры.

Парауретрит. При остром течении заболевания – чувство жжения при мочеиспускании, болезненность в области наружного отверстия уретры, входа во влагалище, гнойные

УДК 616.99-08.031.81:615.281

выделения в преддверии влагалища. При хроническом – клиническая картина не выражена, определяются плотные узелки.

Бартолинит. При остром воспалении выводного протока – гиперемия устья, слизисто-гнойные выделения. В случае поражения всей железы – болезненность, отечность. В нижней трети больших половых губ – плотное опухолевидное образование. При надавливании на железу из устья протока выделяется серозно-гнойный экссудат. Иногда наблюдается закупорка выводного протока с возникновением ложного абсцесса большой железы преддверия влагалища. При хроническом воспалении – узловатое уплотнение железы.

Вагинит. При остром течении – обильные жидкие желтовато-зеленоватые пенные (за счет газообразующих бактерий) выделения из влагалища. Проявления макулезного, гранулезного, эрозивно-язвенного и смешанного вагинита. Нередко наблюдаются тенезмы со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Субъективно – зуд, жжение. При подостром течении симптомы выражены слабее. При хроническом течении клинические проявления отсутствуют, периодически отмечается зуд половых органов, выделения из влагалища, местные проявления воспалительного процесса.

Цервицит. При остром процессе определяются гиперемия, отек слизистой, мелкие язвенные поражения. При подостром степень выраженности воспаления меньше. При хроническом течении выявляются единичные мелкоочаговые язвенные участки с очагами гиперемии.

Эндоцервицит. Слизистая оболочка канала шейки матки гиперемирована, отечна, кровоточит, наблюдаются эрозии, полипозные образования. Из цервикального канала – слизисто-гнойные, нередко пенные выделения. Болезненность при мочеиспускании, чувство жжения. При хроническом течении эрозия может принимать фолликулярный характер.

Эндометрит. При остром процессе увеличение количества белей (нередко с примесью крови), боли в нижней части живота, расстройства менструаций (обилие, нерегулярность).

Сальпингит. Боли внизу живота, которые более выражены в одной половине. При пальпаторном исследовании определяются болезненность и утолщение маточных труб.

Аднексит. Воспалительный процесс в яичниках с последующим образованием рубцов. Происходит сдавливание придатков, нарушение питания, развитие атрофии. Возможно образование гнойников, tuboовариальных кист с серозным содержимым. Возникает преждевременное или замедленное созревание яйцеклетки (прекращение созревания), что приводит к замедлению (или учащению) менструаций или полному их прекращению. Нарушение проходимости маточных труб затрудняет выход яйцеклетки в полость матки, что вызывает стерильность женщины или развитие внематочной беременности.

Цистит. При остром процессе императивные позывы и боли в конце мочеиспускания. Нередко – повышение температуры, однако чаще она субфебрильная. Хронический цистит характеризуется тяжелым рецидивирующим тече-

нием. Расстройства мочеиспускания менее выражены, но тупая боль внизу живота усиливается при переполненном мочевом пузыре или во время мочеиспускания.

Пиелонефриты, пиелиты. По клиническим проявлениям не отличаются от заболеваний другой этиологии.

Клинические проявления трихомонадных поражений у мужчин [1, 2, 4, 6, 9, 12]

Баланит, баланопостит. Зуд головки полового члена, крайней плоти, выделения из препуциального мешка с запахом прелого сена. Гиперемия, отек, мацерация кожи головки полового члена и крайней плоти, округлые эрозии и язвы с мягкими краями. Различают катаральный, эрозивный, язвенный баланит и постит. По течению заболевание бывает острым и хроническим.

Уретрит. При остром и подостром течении – обильные слизисто-гнойные выделения, дизурические расстройства. В мочеиспускательном канале отмечаются зуд и жжение, которые уменьшаются через 10–12 дней и заболевание приобретает малосимптомное течение. Губки уретры отечные, гиперемированные. При торпидном течении субъективные ощущения и клиническая картина менее выражены. При хроническом течении – скудные слизисто-гнойные выделения по утрам в виде капли, учащенное мочеиспускание узкой струей с ее раздвоением, капание после мочеиспускания. В разных отделах уретры – жжение, зуд с иррадиацией на головку полового члена, промежность, анус. Характерны периодические обострения.

Парауретрит. Нередко наблюдается изолированное поражение парауретральных протоков. Может существовать длительное время. При осмотре определяется красная точка диаметром 2–3 мм, при надавливании выделяется гнойная капля.

Эпидидимит. В 2/3 случаев протекает подостро с незначительно выраженной температурной реакцией и клинической картиной. При остром течении – высокая температура, сильные боли, на стороне поражения – гиперемия и отек кожи мошонки. Воспалительный инфильтрат располагается в хвосте и теле придатка. Чаще процесс односторонний.

Орхоэпидидимит. Появляется умеренный выпот в оболочке яичка. Яичко и придаток сливаются в общий крупный болезненный конгломерат.

Куперит. В большинстве случаев характерно бессимптомное, стертое течение.

Везикулит. По клиническому течению выделяют следующие формы: острая – слабость, повышение температуры, боли в промежности, прямой кишке с иррадиацией в область поясницы, головки полового члена; асимптомная – жалобы отсутствуют, в секрете определяется значительное количество лейкоцитов, трихомонады; хроническая – пиоспермия, гемоспермия, боли в области таза, половые нарушения (слабая эрекция, преждевременная эякуляция). Часто везикулит сочетается с эпидидимитом и простатитом.

Стриктуры уретры. Определяются у 5–10% больных с хроническим течением заболевания и обычно выявляются при уретроскопии.

Простатит. Может протекать бессимптомно, малосимптомно, но возбудитель сохраняет патогенность, что об-

условливают инфицирование половых партнеров. При остром процессе имеют место как самостоятельные выраженные боли, так и боли при дефекации с иррадиацией на область бедра, копчика, позывы к мочеиспусканию. При подостром течении субъективные ощущения выражены меньше. При хроническом течении субъективные ощущения могут отсутствовать или быть выраженными (чувство тяжести в области заднего прохода, боли в уретре с распространением на поясницу, преждевременное семяизвержение, ослабление эрекции).

Цистит. Клиническая картина не отличается от циститов бактериальной этиологии. При остром процессе – учащенное, болезненное мочеиспускание, в конце акта мочеиспускания выделяется несколько капель крови (терминальная гематурия).

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинические особенности и течение трихомониаза у женщин и мужчин. Оценить эффективность комплексной терапии трихомонадной инфекции у женщин и мужчин с применением противопротозойных препаратов общего и местного действия.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 35 пациентов (23 женщины и 12 мужчин). Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1, данные которой свидетельствуют о более частом инфицировании трихомонадной инфекцией лиц репродуктивного возраста.

Таблица 1. Возрастная характеристика пациентов

Возраст пациентов, годы	Женщины (n = 23), абс. ч. (%)	Мужчины (n = 12), абс. ч. (%)	Всего (n = 35), абс. ч. (%)
19–21	9 (39,1)	6 (50,0)	15 (42,9)
22–24	6 (26,2)	3 (25,0)	9 (25,7)
25–27	5 (21,7)	2 (16,7)	7 (20,0)
28–30	3 (13,0)	1 (8,3)	4 (11,4)

Таблица 2. Распределение больных по выявлению инфекции

	Медосмотр, абс. ч. (%)	Контакт больных, абс. ч. (%)	Стационар, абс. ч. (%)	Самостоятельно, абс. ч. (%)
Женщины, n = 23	9 (39,1)	7 (30,4)	2 (8,8)	5 (21,7)
Мужчины, n = 12	4 (33,3)	7 (58,4)	-	1 (8,3)
Всего, n = 35	13 (37,2)	14 (40,0)	2 (5,7)	6 (17,1)

Данные анамнестического обследования пациентов (табл. 2) свидетельствуют о более частом выявлении трихомонадной инфекции во время проведения медицинских осмотров, что указывает на необходимость тщательного сбора полового анамнеза у пациентов и активного проведения санитарно-профилактических мероприятий.

Диагностика проводилась с использованием микроскопии и посева патологического материала на питательные среды по общепринятым методикам. При обследовании влагалищная трихомонада (*T. vaginalis*) была выявлена у 23 (65,7%) женщин и 12 (34,3%) мужчин. У женщин соскобы брались желобоватым зондом или тупой ложечкой со стенок влагалища, с области заднего свода, из уретры, с шеечного канала матки пинцетом. У мужчин – желобоватым зондом или петлей из уретры. Для получения достоверных результатов забор материала осуществлялся из разных участков: у женщин – из влагалища, парауретральных протоков, уретры, протоков бартолиновых желез, у мужчин – из уретры, предстательной железы, семенных пузырьков.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нами были проанализированы анамнестические данные, свидетельствующие о безуспешности предыдущего лечения урогенитальной трихомонадной инфекции различными медикаментозными средствами. Был разработан метод комплексной терапии с применением противопротозойных препаратов системного и местного действия.

Терапию трихомонадной инфекции необходимо проводить комплексно, принимая во внимание клиническую картину заболевания, локализацию воспалительного процесса, учитывая общее состояние пациентов. Наряду с антитрихомонадными препаратами следует применять ферментные препараты, биогенные стимуляторы, иммуномодуляторы, местное лечение.

Самитол® (в 1 таблетке 500 мг секнидазола) – противопротозойное средство группы нитроимидазолов с антибактериальным действием. Характеризуется бактерицидным действием против грамположительных и грамотрицательных анаэробных бактерий, а также амебицидным эффектом. Секнидазол особенно активен в отношении *T. vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*. Проникая внутрь клетки микроорганизма, секнидазол активируется путем восстановления 5-нитрогруппы, за счет чего взаимодействует с клеточной ДНК. Происходит нарушение ее спиральной структуры и разрушение нитей, ингибирование нуклеотидного синтеза и гибель клетки. После перорального применения секнидазол быстро и полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Биодоступность достигает 100%. После приема внутрь максимальные уровни секнидазола в сыворотке крови достигаются через 3 часа. Секнидазол широко применяется при следующих заболеваниях: трихомониаз; бактериальный вагиноз; амебиаз кишечника (вызванный *E. histolytica*); амебиаз печени (вызванный *E. histolytica*); лямблиоз (вызванный *G. lamblia*). В клинических испытаниях секнидазол хорошо переносился, большинство побочных эффектов включали реакции со стороны желудочно-кишечного тракта и не требовали вмешательства в лечение или отмены препарата. Пациенты положительно реагировали на однократный прием секнидазола, клиническое улучшение и/или микробиологические доказательства лечения наблюдались у 59–96%. Однократный прием в сочетании с хорошим профилем переносимости делают секнидазол подходящей альтернативой другим препаратам для единоразового

применения и альтернативой терапии многократными дозами других препаратов этого класса.

Самитол® назначается внутрь перед едой, по 1 г (2 таблетки) дважды в сутки в течение 5–10 дней.

Оргил® (500 мг орнидазола в одной таблетке) – препарат для лечения анаэробной инфекции и протозойных заболеваний. Эффективен в отношении *T. vaginalis*, *E. histolytica*, *G. lamblia* (*G. intestinalis*), а также некоторых анаэробных бактерий, таких как *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides*, *Clostridium spp.*, *Fusobacterium* и анаэробных кокков. Применяется при поражениях мочеполовой сферы у женщин и мужчин, вызванных *T. vaginalis*, при амебиазе (кишечные инфекции, вызванные *E. histolytica*, амебный абсцесс печени); лямблиозе; при профилактике анаэробных инфекций; как профилактическое средство с антианаэробной активностью в гинекологии. Отличная биодоступность при пероральном применении (80–100%) и хорошее проникновение в органы и ткани позволяет применять орнидазол практически при любой локализации инфекции. После перорального приема орнидазол быстро всасывается (90%), обеспечивая быстрый бактерицидный эффект, а максимальные концентрации в плазме достигаются в течение 3 часов. После однократного приема 85% дозы орнидазола выводится в течение первых 5 дней, главным образом в виде метаболитов, а около 4% принятой дозы выводится почками в неизменном виде. Согласно данным исследований, клинико-бактериологическая эффективность орнидазола при лечении урогенитального трихомониаза у женщин и мужчин достигает 97%, а жалобы на выделения и зуд в области гениталий исчезают в течение трех дней лечения у 100% пациенток.

Оргил® назначается внутрь после еды, по 1 г (2 таблетки) дважды в сутки в течение 5–10 дней.

При хроническом рецидивирующем течении заболевания хорошие результаты нами получены при проведении комбинированного лечения: вначале назначается Самитол® внутрь по 1 г (2 таблетки) 2 раза в сутки (1–5 дней лечения), затем Оргил® по 1 г (2 таблетки) 2 раза в сутки (6–10 дней лечения).

Для разрушения микроорганизмов, лизиса нежизнеспособных тканей и фиброзных образований нами применялся препарат Серрата® (в 1 таблетке содержится 10 мг серратиопептидазы – протеолитического фермента, выделенного из непатогенной кишечной бактерии *Serratia E15*). Препарат Серрата® обладает фибринолитическим, противовоспалительным, противоотечным и противоболевым действием. Назначается по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в сутки за 40 минут до еды в течение 10–20 дней.

Согласно нашим клиническим наблюдениям, эффективность антитрихомонадного лечения значительно возрастает при комбинированном применении антитрихомонадных препаратов внутрь и местно в виде вагинальных свечей.

Хорошие клинические результаты наблюдались при назначении в комплексной терапии урогенитального трихомониаза вагинальных суппозиториев Гайнекс® форте, Гайнекс® и Мистол®.

Гайнекс® и Гайнекс® форте – комбинированные препараты с противогрибковым и антибактериальным действием, которые содержат метронидазол и мико-

назол. Миконазола нитрат обладает фунгицидной активностью в отношении дерматофитов (*Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis*), дрожжевых и дрожжеподобных грибов (*Candida albicans*, *Candida glabrata* и др.), других патогенных грибов (*Malassezia furfur*, *Aspergillus niger*, *Penicillium crustaceum*); оказывает выраженное антибактериальное действие против грамположительных бактерий. Метронидазол обладает антипротозойной и противомикробной активностью против *T. vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* и анаэробных микроорганизмов (*Peptostreptococcus spp.*, *Clostridium spp.*, *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Porphyromonas*).

Гайнекс® форте (1 вагинальный суппозиторий содержит 750 мг метронидазола и 200 мг миконазола нитрата) имеет увеличенную дозировку действующих компонентов, вводится глубоко во влагалище по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 14 дней. Рекомендуются при остром или подостром воспалительном процессе, так как содержит более высокие концентрации действующих веществ и его действие начинается быстрее, что и необходимо при активном воспалительном процессе.

Гайнекс® (1 вагинальный суппозиторий содержит 500 мг метронидазола и 100 мг миконазола нитрата) вводится глубоко во влагалище по 1 суппозиторию 2 раза в сутки в течение 14 дней. Рекомендован при воспалительном процессе с хроническим течением, действует равномерно в течение суток.

Мистол® (1 суппозиторий содержит 500 мг метронидазола) рекомендовано применять 1 раз в сутки на ночь в течение 10–14 дней.

Согласно нашим клиническим наблюдениям, комплексная терапия указанными препаратами урогенитальной трихомонадной инфекции хорошо переносилась, не вызвала побочных явлений и осложнений. После проведенного лечения у 32 (91,4%) из 35 пациентов наступило клиническое и этиологическое излечение. Лишь у 3 пациенток при повторном исследовании была обнаружена влагалищная трихомонада при отсутствии внешних проявлений заболевания, в связи с чем им был назначен дополнительный курс лечения. Полученные результаты подтверждают эффективность разработанного метода терапии у пациентов с урогенитальной трихомонадной инфекцией.

ВЫВОДЫ

Для установления диагноза трихомониаза необходимо проводить комплексное лабораторное исследование. Предложенный нами метод лечения страдающих урогенитальным трихомониазом пациентов с применением специфических противопротозойных препаратов системного действия Самитол® (секнидазол) и Оргил® (орнидазол), а также противопротозойных препаратов местного действия – вагинальных суппозиториев Гайнекс® форте, Гайнекс® и Мистол® позволил значительно повысить эффективность терапии у большинства пациентов и существенно уменьшить число рецидивов заболевания, что дает основание рекомендовать этот метод для широкого применения в практическом здравоохранении.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Айзатулов, Р.Ф. *Заболелания, передаваемые половым путем (этиология, клиника, диагностика, лечение): иллюстрированное руководство / Р.Ф. Айзатулов.* – Донецк: Донецчина, 2000. – 384 с. Aiziatulov, R.F. *Sexually transmitted diseases (etiology, clinical presentation, diagnosis, treatment): an illustrated guidelines.* Donetsk. Donechchina (2000): 384 p.
2. Айзатулов, Р.Ф. *Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение): иллюстрированное руководство / Р.Ф. Айзатулов.* – Донецк: Каштан, 2004. – 400 с. Aiziatulov, R.F. *Sexually transmitted diseases (etiology, clinical presentation, diagnosis, treatment): an illustrated guidelines.* Donetsk. Kashtan (2004): 400 p.
3. Айзатулов, Ю.Ф. *Стандарты диагностики и лечения в дерматовенерологии / Ю.Ф. Айзатулов.* – Донецк: Каштан, 2010. – 560 с. Aiziatulov, Y.F. *Standards of diagnosis and treatment in dermatovenereology.* Donetsk. Kashtan (2010): 560 p.
4. Айзатулов, Р.Ф. *Трихомоноз (диагностика, клиника, лечение, критерии излеченности). 2-е изд. доп. и перераб. Методические рекомендации для врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов / Р.Ф. Айзатулов.* – Донецк, 1999. – 15 с. Aiziatulov, R.F. *Trichomoniasis (diagnosis, clinic, treatment, treatment criteria). 2nd ed., additional. Guidelines for dermatologists, obstetrician-gynecologists, urologists.* Donetsk (1999): 15 p.
5. Бондаренко, Г.М. *Особенности лечения резистентного трихомоноза / Г.М. Бондаренко, И.Н. Никитенко, Ю.В. Щербаклова // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии.* – 2016. – №2 (61). – С. 79–84. Bondarenko, G.M., Nikitenko, I.N., Shcherbakova, Y.V. *“Treatment features of the resistive trichomoniasis.” Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology 2.61 (2016): 79–84.*
6. Степаненко, В.І. *Дерматология, венерология: підручник / В.І. Степаненко та ін.; за ред. В.І. Степаненка.* – К.: КІМ, 2012. – 848 с. Stepanenko, V.I., et al. *Dermatology, venereology: textbook.* Ed. by V.I. Stepanenko. Kyiv. KIM (2012): 848 p.
7. Калюжна, Л.Д. *Дитяча дерматовенерологія: підручник для студентів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-дерматовенерологів / Л.Д. Калюжна та ін.; за ред. Л.Д. Калюжної.* – К.: Грамота, 2014. – 304 с. Kaliuzhna, L.D., et al. *Children's dermatovenereology: a textbook for students of higher education institutions of the IV accreditation level and dermatovenereologists.* Ed. by L.D. Kaliuzhna. Kyiv. Gramota (2014): 304 p.
8. Айзатулов, Ю.Ф. *Кожные болезни и инфекции, передаваемые половым путем: учебное пособие / Ю.Ф. Айзатулов и др.; под ред. Ю.Ф. Айзатулова.* – Донецк: Каштан, 2013. – 712 с. Aiziatulov, Y.F., et al. *Skin diseases and sexually transmitted infections: a tutorial.* Ed. by Y.F. Aiziatulov. Donetsk. Kashtan (2013): 712 p.
9. Кириуцов, А.М. *Мочеполовой трихомоноз в практике врача-дерматовенеролога / А.М. Кириуцов, Г.А. Лин, В.А. Чалпыгина // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии.* – 2011. – №4 (43). – С. 107–112. Kiriutsov, A.M., Lin, G.A., Chaplygin, V.A. *“Genitourinary trichomoniasis in the dermatovenereologist practice.” Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology 4.43 (2011): 107–112.*
10. Мавров, Г.І. *Клинико-эпидемиологические аспекты трихомоноза на современном этапе / Г.І. Мавров, О.В. Шаповалова, И.Н. Никитенко, Е.В. Башкатова // Журнал дерматовенерологии та косметологии ім. М.О. Торсуева.* – 2004. – № 1–2 (8). – С. 7–12. Mavrov, G.I., Shapovalova, O.V., Nikitenko, I.N., Bashkatova, E.V. *“Clinical and epidemiological aspects of trichomoniasis at the present stage.” M.O. Torsuev Journal of dermatovenereology and cosmetology 1–2.8 (2004): 7–12.*
11. Федорич, П.В. *Порівняння ефективності діагностики трихомонозу за культуральним методом та методом полімеразної ланцюгової реакції з використанням праймерів для виявлення Trichomonas vaginalis, Trichomonas tenax та Pentatrichomonas hominis / П.В. Федорич, С.Б. Зелений, О.А. Садовська, К.В. Дудікова // Український журнал дерматології, венерології, косметології.* – 2017. – №1 (64). – С. 65–69. Fedorych, P.V., Zeleniy, S.B., Sadovska, O.A., Dudikova, K.V. *“Comparison of trichomoniasis diagnostic effectiveness by culture method and polymerase chain reaction using primers to detect Trichomonas vaginalis, Trichomonas tenax and Pentatrichomonas hominis.” Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology 1.64 (2017): 65–9.*
12. Панкратов, В.Г. *Актуальная венерология / В.Г. Панкратов, О.В. Панкратов.* – Минск: Беларусь, 2004. – 112 с. Pankratov, V.G., Pankratov, O.V. *Actual venereology.* Minsk. Belarus (2004): 112 p. □

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Р.Ф. Айзатулов, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Донецкого НМУ МЗ Украины
Э.М. Айзатулова, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Донецкого НМУ МЗ Украины

Актуальность проблемы. Во всем мире отмечается увеличение частоты воспалительных заболеваний мочеполовых органов, вызванных влагалищной трихомонадой (*Trichomonas vaginalis*), которые регистрируются у 20–30% женщин и у 7–10% мужчин. Особенностью современного течения трихомоноза является преобладание малосимптомных форм и трудности диагностики. Проблема лечения трихомоноза у женщин и мужчин остается особенно актуальной из-за частых рецидивов, а также появления штаммов трихомонад с резистентностью к противопротоzoальным препаратам.

Цель исследования. Изучить клинические особенности и течение трихомоноза. Оценить эффективность комплексной терапии трихомонадной инфекции у женщин и мужчин с применением противопрозоzoальных препаратов общего и местного действия.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились пациенты урогенитальной трихомонадной инфекцией, у которых при обследовании была выявлена влагалищная трихомонада – у женщин в 65,3% случаев, у мужчин – в 34,7%. Диагностика проводилась с использованием микроскопии и посева патологического материала на питательные среды по общепринятым методикам.

Результаты исследования. Изучено течение и клинические формы трихомоноза у женщин и мужчин. Проанализированы анамнестические данные, свидетельствующие о безуспешности предыдущего лечения урогенитальной трихомонадной инфекции различными медикаментозными средствами. Проведено комплексное лечение с применением противопрозоzoальных препаратов системного и местного действия. Доказана эффективность предложенной терапии, что проявлялось у большинства пациентов клиническим и этиологическим выздоровлением, значительным уменьшением числа рецидивов.

Выводы. Для установления диагноза трихомоноза необходимо комплексное лабораторное исследование. Предложенный нами метод лечения страдающих урогенитальным трихомонозом пациентов с применением специфических противопрозоzoальных препаратов системного действия Самитол® (секиндазол) и Оргил® (орнидазол), а также противопрозоzoальных препаратов местного действия – вагинальных суппозиториев Гайнекс® форте, Гайнекс® и Мистол® позволил значительно повысить эффективность терапии у большинства пациентов и существенно уменьшить число рецидивов заболевания, что дает основание рекомендовать этот метод для широкого применения в практическом здравоохранении.

Ключевые слова: трихомонады, *Trichomonas vaginalis*, лечение, противопрозоzoальные препараты.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНІАЗУ В ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ

Р.Ф. Айзатулов, д. мед. н., професор, завідувач кафедрою дерматовенерології і косметології Донецького НМУ МОЗ України
Е.М. Айзатулова, д. мед. н., професор кафедри акушерства і гінекології Донецького НМУ МОЗ України

Актуальність проблеми. У всьому світі відзначається збільшення частоти запальних захворювань статевих органів, викликаних вагінальною трихомонадою (*Trichomonas vaginalis*), які реєструються в 20–30% жінок і в 7–10% чоловіків. Особливістю сучасного перебігу трихомонозу є переважання малосимптомних форм та труднощі діагностики. Проблема лікування трихомонозу в жінок і чоловіків залишається особливо актуальною через часті рецидиви, а також появу штамів трихомонад із резистентністю до протипрозоzoальних препаратів.

Мета дослідження. Вивчити клінічні особливості та перебіг трихомонозу. Оцінити ефективність комплексної терапії трихомонадної інфекції в жінок і чоловіків із застосуванням протипрозоzoальних препаратів загальної та місцевої дії.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилися пацієнти з урогенітальною трихомонадною інфекцією, в яких при обстеженні була виявлена вагінальна трихомонада – в жінок у 65,3% випадків, у чоловіків – в 34,7%. Діагностика проводилася з використанням мікроскопії та посіву патологічного матеріалу на живильні середовища за загальноприйнятими методиками.

Результати дослідження. Вивчено перебіг і клінічні форми трихомонозу в жінок і чоловіків. Проаналізовано анамнестичні дані, які свідчать про безуспішність попереднього лікування урогенітальної трихомонадної інфекції різними медикаментозними засобами. Проведено комплексне лікування із застосуванням протипрозоzoальних препаратів системної та місцевої дії. Доведено ефективність запропонованої терапії, що проявлялося в більшості пацієнтів клінічним і етіологічним одужанням, значним зменшенням числа рецидивів.

Висновки. Для встановлення діагнозу трихомонозу необхідно комплексне лабораторне дослідження. Запропонований нами метод лікування пацієнтів, які страждають на урогенітальний трихомоноз, із застосуванням специфічних протипрозоzoальних препаратів системної дії Самітол® (секиндазол) і Оргіл® (орнідазол), а також протипрозоzoальних препаратів місцевої дії – вагінальних суппозиторіїв Гайнекс® форте, Гайнекс® і Мистол® дозволив значно підвищити ефективність терапії в більшості пацієнтів та суттєво зменшити число рецидивів захворювання, що дає підставу рекомендувати цей метод для широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

Ключові слова: трихомонади, *Trichomonas vaginalis*, лікування, протипрозоzoальні препарати.

CLINICAL FEATURES AND COMPLEX THERAPY OF UROGENITAL TRICHOMONIASIS IN WOMEN AND MEN

R.F. Aizatulov, MD, professor, head of the Dermatology, Venereology and Cosmetology Department, Donetsk National Medical University MoH of Ukraine
E.M. Aizatulova, MD, professor, Obstetrics and Gynecology Department, Donetsk National Medical University MoH of Ukraine

Actuality of problem. Worldwide, there is an increase in the incidence of inflammatory diseases of the urinary organs caused by *Trichomonas vaginalis*, in 20–30% of women and in 7–10% of men. The peculiarity of the current course of trichomoniasis is the predominance of low-symptom forms and the difficulty of diagnosis. The problem of treating trichomoniasis in women and men remains particularly relevant, due to frequent relapses and the emergence of strains of trichomonads with resistance to antiprotozoal drugs.

Aim of the study. To study the clinical features and course of trichomoniasis. To evaluate the effectiveness of complex treatment of trichomonas infection in women and men with the use of antiprotozoal drugs of general and local action.

Materials and methods. Patients with urogenital trichomonas infection were under observation, vaginal trichomonas were revealed during examination in 65.3% of women and in 34.7% of men. Diagnostics was carried out using microscopy and seeding of pathological material on nutrient media using standard techniques.

Study results and discussion. Trichomoniasis course and clinical forms in women and men have been studied. The anamnestic data testifying to the failure of the previous urogenital trichomonas infection treatment by various medications were analyzed. The complex treatment with systemic and local antiprotozoal drugs has been carried out. The proposed therapy effectiveness has been proven, that was manifested in the majority of patients by clinical and etiological recovery, a significant decrease in recurrence value.

Conclusion. Diagnosis of trichomoniasis requires a comprehensive laboratory study. Our proposed method of treating urogenital trichomoniasis with the use of specific antiprotozoal drugs with systemic action Samitol® (secnidazole) and Orgil® (ornidazole), and antiprotozoal drugs with local action (vaginal suppositories Gainex® forte, Gainex®, Mistol®) allowed to significantly increase the therapy effectiveness in most patients and significantly reduces the recurrence value, that is gives grounds to recommend this method for widespread use in practical health service.

Keywords: trichomonads, *Trichomonas vaginalis*, treatment, antiprotozoal drugs.