



ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗА

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время урогенитальный трихомоноз является наиболее распространенной инфекцией, передающейся половым путем (ИППП), во всех регионах мира. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется более 270 млн новых случаев заражения трихомонозом [3, 4].

В последнее десятилетие в Украине урогенитальный трихомоноз также является наиболее часто регистрируемой ИППП. Заболеваемость трихомонозом по состоянию на 01.01.14 составила 73 420 чел. (161,8 на 100 тыс. населения) [4, 15, 21].

Возбудителем заболевания является влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*), относящаяся к простейшим, классу жгутиковых, роду трихомонад, и представляет собой подвижный одноклеточный организм, приспособившийся в процессе эволюции к жизни в органах мочеполовой системы человека. Размножение трихомонады происходит путем простого поперечного деления. Оптимальными условиями развития трихомонады является рН среды 5,5–6,5. Поэтому трихомонады интенсивно размножаются во время и после менструации, что связано с изменением кислотности содержимого влагалища в этот период [10].

По разным оценкам, распространенность трихомоноза среди женщин с урогенитальной патологией колеблется в пределах 20%. Среди мужчин – 10% всех ИППП приходится на долю трихомоноза, при этом 15% – с асимптомным течением, у 4% – практически отсутствуют клинические проявления. Мочеполовой трихомоноз является многоочаговой болезнью, при которой возбудитель может

обнаруживаться как в мочеполовых органах, так и в миндалинах, конъюнктиве глаз, прямой кишке [5, 7, 26, 27, 29].

Урогенитальные трихомонады способны поражать слизистые оболочки мочеполового тракта, что приводит к появлению язв и эрозий. На слизистые оболочки мочеполового тракта простейшие попадают при контакте с больным трихомонозом человеком или носителем трихомонад. В области инфицирования слизистых оболочек развивается воспалительный процесс: гиперемия, отечность, экссудация, десквамация поврежденных эпителиальных клеток. Могут возникнуть мелкие кровоизлияния и изъязвления [1, 11].

Без лечения трихомонады не покидают организм хозяина и способны вызвать появление различных осложнений: бесплодие, патологию гестационного процесса и периода новорожденности, включая пороки развития и детскую смертность [17, 22, 24].

Урогенитальный трихомоноз как моноинфекция встречается сравнительно редко, только у 10,5% больных, а его смешанные формы в ассоциациях с другими инфекциями – практически у 90% пациентов, представляя собой смешанный протозойно-бактериальный процесс. Трихомонады могут быть ассоциированы с микоплазмами (47,3% случаев), гонококками (29,1%), гарднереллами (31,4%), хламидиями (18,2%) и грибами рода *Candida* (15,7%). По данным исследователей, смешанная трихомонадно-бактериальная, трихомонадно-гонорейная и трихомонадно-кандидамикозная инфекция отмечается у 80% больных. При бактериологическом исследовании в большинстве случаев выявля-

Г.М. БОНДАРЕНКО

Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины, г. Харьков

Ю.В. ЩЕРБАКОВА

Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины, г. Харьков

И.Н. НИКИТЕНКО

Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины, г. Харьков

В.Б. ЧИРВА

городская детская клиническая больница № 24, г. Харьков



Проведенное исследование показало высокую терапевтическую эффективность препарата Осарбон в составе комплексной терапии урогенитального трихомоноза (с инфузионным введением орнидазола)

ются α - и β -гемолитические стрептококки, энтерококки (47,2%), *Staphylococcus epidermidis* (13,3%), *Staphylococcus saprophyticus* (12,5%), *Escherichia coli* (4,2%), *Pseudomonas*, *Klebsiella* (3,4%), *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus* (2,4%), *Enterobacter* (1,8%) [14, 18, 20, 23].

Для трихомонад характерен незавершенный фагоцитоз. Они способны фагоцитировать бактерии и вирусы, однако не полностью разрушают их, удерживая поглощенные микроорганизмы в состоянии эндоцитоза. Обладая способностью активно двигаться, трихомонады переносят микробы в верхние отделы половых путей, способствуя диссеминации и генерализации инфекционного процесса [5, 18, 30].

В последние годы у микроорганизмов все чаще вырабатывается лекарственная резистентность к различным препаратам в связи с неконтролируемым, недостаточно интенсивным или длительным лечением, самолечением.

Также развитие устойчивости может быть связано, в свою очередь, со снижением активности нитроредуктаз микробной клетки и соответственно со снижением внутриклеточной биотрансформации препаратов. В результате уменьшается образование комплексов с ДНК, снижаются процессы образования свободных радикалов и концентрация цитотоксических продуктов метаболизма. Развитие устойчивости может быть обусловлено также нарушением транспортных систем клетки (снижение проницаемости клеточной стенки у анаэробов и микроаэрофилов и клеточной оболочки у простейших) [18, 17].

АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ДАННЫХ

Существует большой арсенал быстродействующих и эффективных антипротозойных средств. Все рекомендуемые препараты относятся к группе нитроимидазола. Наиболее часто применяемым препаратом на протяжении длительного периода времени является метронидазол. Этот достаточно эффективный препарат имеет ряд существенных недостатков. Как известно, во время курса и в течение 48 часов после терапии метронидазолом пациенту категорически запрещается принимать алкоголь, т. к. очень высок риск развития антабусной (дисульфирамовой) реакции. Метронидазол вызывает ощущение сухости во рту и нередко окрашивание мочи по типу мясных помоев, о чем следует предупредить пациентов [7, 18].

Однако главным недостатком метронидазола является возникновение к нему устойчивости со стороны трихомонад. Так, в последние годы описано более 100 штаммов *T. vaginalis*, устойчивых к действию метронидазола в США, и 20 резистентных штаммов – в Европе. В Финляндии из 5 изученных штаммов 3 были

резистентны к метронидазолу, причем, как считают авторы, один из них был завезен из России [6, 19].

Согласно исследованиям, проведенным авторами в 1999 г., всего 35% штаммов трихомонад чувствительны к метронидазолу. Согласно другим исследованиям, всего 55% трихомонад чувствительны к тинидазолу [30–32].

Трихомонады с высоким уровнем резистентности к препаратам метронидазола с трудом поддаются эрадикации. В подобных обстоятельствах для эффективного лечения требуется очень высокий токсичный уровень концентрации препарата, часто назначаемого одновременно внутрь и интравагинально или внутривенно. Очевидно, что для эрадикации устойчивых штаммов трихомонад необходимы новые протистотоксические средства [2, 6, 8, 9].

Наиболее современным и эффективным антипротозойным препаратом является орнидазол: однократный прием 1,5 г или 2,0 г препарата гарантирует элиминацию возбудителя практически у всех больных с неосложненным трихомониазом. Однако частое отсутствие клинических признаков или их минимальная выраженность не позволяют достоверно определить сроки инфицирования, довольно проблематично исключить и поражение трихомонадами парауретральных желез, простаты и т. д. В связи с этим исследователи рекомендуют использовать орнидазол курсами по 5–10 дней. Следует также подчеркнуть, что, в отличие от метронидазола, орнидазол не вызывает антабусной реакции. Кроме того, он не влияет на цвет мочи и не вызывает ощущения сухости во рту, что улучшает переносимость терапии [1, 7, 10, 12, 13].

По данным исследователей, орнидазол обладает более выраженной противотрихомонадной активностью (93,3%), чем метронидазол (40,4%). Важное преимущество применения орнидазола – низкая частота побочных явлений (9,1%), что делает его более предпочтительным в лечении урогенитального трихомониаза, чем метронидазол (23,3%) [12].

В организме здоровой женщины не вырабатываются антитела к лактобациллам Дедерлейна, так как они представляют собой часть симбиотной (индигенной, аутохтонной) микрофлоры. В результате деятельности лактобацилл осуществляется катаболизм гликогена слущенных эпителиальных клеток с образованием перекиси водорода и молочной кислоты. Это способствует формированию во влагалище среднекислой среды (pH 4,5–5,0), являющейся оптимальной для их собственного роста и репродукции, и оказывает выраженное антисептическое действие на патогенные и условно патогенные микроорганизмы [11, 13, 18]. В то же время, присутствие во влагалище большого количества атипич-

ных форм лактобацилл всегда коррелирует с урогенитальным трихомонозом или с бактериальным вагинозом, что играет важную роль в патогенезе этих заболеваний и объясняется недостаточной ферментной активностью морфологически измененных палочек Дедерлейна, не обеспечивающих физиологического барьера, защищающего от агрессии патогенной и условно патогенной микрофлоры во влажной биотопе у таких пациенток. Неудачи в лечении больных с урогенитальным трихомонозом в ассоциации с патогенной и условно патогенной микрофлорой можно объяснить возможной инактивацией метронидазола вагинальной микрофлорой (грамположительные кокки, *E. coli*, *Streptococcus fecalis* и др.). А также тем, что у таких пациенток при только пероральном назначении метронидазола может создаваться низкая концентрация препарата в очаге поражения [18, 25, 28].

ПОСТАНОВКА ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Таким образом, урогенитальный трихомоноз является острой медицинской и социально-экономической проблемой, требующей от практической медицины активного поиска новых терапевтических схем. С целью повышения эффективности стандартной противомикробной терапии урогенитального трихомоноза в современных условиях возникает необходимость использования средств местной терапии.

Были изучены результаты научно-практических исследований, касающиеся эффективности применения современного препарата в форме суппозиториев – Осарбон.

Основной действующий компонент данного лекарственного средства – ацетарсол (250 мг в одном суппозитории), вспомогательные – декстроза (300 мг), а также борная кислота (300 мг).

Активное вещество препарата является органическим производным мышьяковой кислоты. Содержание последней в ацетарсоле достигает 27%. Благодаря способности блокировать сульфгидрильные тиоловые ферментные системы препарат нарушает обменные процессы простейших и некоторых спирохет. Этим определяется его трихомонацидное и амебоцидное действия.

Ацетарсол практически не растворим в воде, но растворим в щелочных растворах, что обуславливает необходимость поддержания кислой реакции влажной среды содержимого при инвагинальном применении препарата в качестве меры предупреждения его резорбции.

Второй компонент Осарбона – декстроза, которая является питательным субстратом для лактобацилл нормальной микрофлоры влагалища, разлагающих ее с образованием молочной кислоты, что обеспечивает естественную защиту в виде кислой реакции влажной среды содержимого, вызывая тем самым опосредованное уничтожение трихомонад.

Борная кислота способствует поддержанию кислой среды влагалища.

Именно комплексное применение описанных выше компонентов способствует эффективному устранению инфекции.

Поскольку препарат Осарбон действует местно, его составляющие не проникают в общий кровоток, что значительно снижает риск развития осложнений. Кроме того, данное средство можно использовать с иными медикаментами, действие которых направлено на лечение урогенитального трихомоноза.

Свечи Осарбон применяются в лечении острого неосложненного трихомоноза, а также если имеются противопоказания к пероральному приему противопротозойных медикаментов. Кроме того, указанный препарат используется в лечении рецидивирующего, хронического трихомоноза, а также кольпита.

В случае хронического течения трихомонадной инфекции при пероральном приеме лекарственных средств действующее вещество достигает очага воспаления в недостаточном количестве. Поэтому при лечении хронических осложненных форм трихомоноза оптимальным будет применение именно суппозиториев. Кроме того, лекарственная форма препарата в виде суппозиториев удобна и проста в использовании.

Осарбон также показан к применению в период стихания острого процесса трихомоноза с целью достижения полной санации и предупреждения рецидивов, обусловленных снижением чувствительности возбудителя к ранее принимаемым препаратам. Кроме того, Осарбон используется в лечении трихомоноза, вызванного штаммами трихомонад, устойчивых к метронидазолу, тинидазолу и их производным (подтвержденный лабораторно и клинически).

Осарбон противопоказан к применению при беременности, а также при повышенной чувствительности к компонентам препарата.

Он оказывает противопротозойное и антибактериальное действие, терапевтический эффект является результатом действия входящих в его состав активных компонентов. Препарат не токсичен, не обладает местно-раздражающим действием.

Осарбон применяют местно по 1 суппозиторию в сутки в течение 10 дней. При возникновении побочных эффектов препарата (дерматит и повышение температуры) его применение прекращают.

Цель исследования – изучение клинико-лабораторной эффективности комбинированного лечения урогенитального трихомоноза, включающего применение системного противомикробного препарата в сочетании с топической терапией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняла участие 50 пациенток в возрасте от 18 до 52 лет с трихомонадной инфекцией. После проведения всех процедур обследования больные были разделены на 2 группы по 25 человек. Контрольная группа состояла из 15 здоровых пациенток, обратившихся с целью профилактического осмотра.

По результатам микроскопического исследования *T. vaginalis* была диагностирована у 36 больных (72 %). Культуральным методом диагноз был подтвержден у всех (100%) больных в обеих группах.

Методом полимеразной цепной реакции возбудитель трихомоноза определялся в образцах, полученных от 38 больных, т. е. в 76% случаев.

Пациентки основной группы использовали препарат Осарбон *per vaginam* один раз в сутки в течение 10 дней одновременно с началом противопротозойной терапии препаратом орнидазол (0,5 г 2 раза в сутки внутривенно капельно, а пациенткам с массой тела больше 90 кг – 3 раза) 10-дневным курсом. Женщинам из группы сравне-

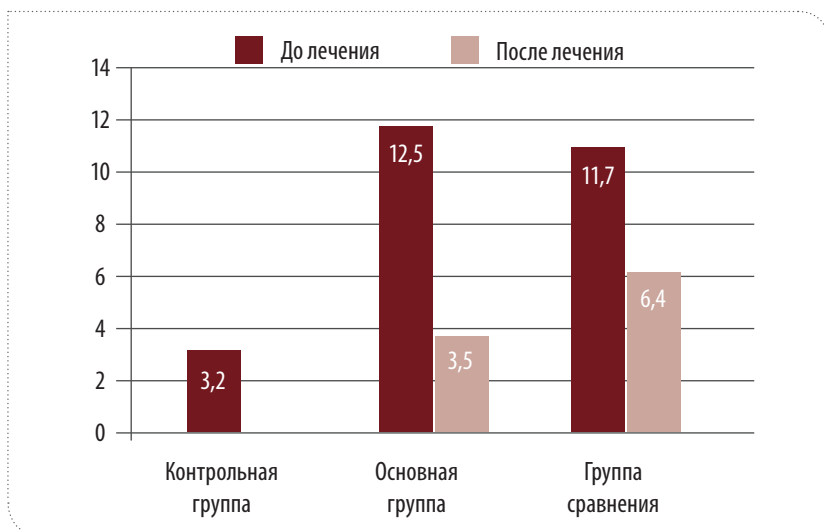


РИСУНОК. ИНТЕНСИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В УРОГЕНИТАЛЬНОМ ТРАКТЕ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНОЗОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ, ПО ДАННЫМ МИКРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (ЛЕЙКОЦИТОВ В ПОЛЕ ЗРЕНИЯ)

ния была назначена только инфузионная терапия орнидазолом.

Оценка терапевтического эффекта проводимой терапии была дана в конце курса лечения и на 30-й день после его начала. Эффективность проведенного лечения урогенитального трихомоноза оценивалась на основании динамики жалоб, данных лабораторного исследования и частоты встречаемости рецидивов заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До лечения в группах пациенток с урогенитальной инфекцией отмечалось увеличение количества лейкоцитов в мазке практически в

группы сравнения (13 человек). Случаев развития неблагоприятных побочных эффектов при использовании препаратов орнидазол и Осарбон не наблюдалось на протяжении всего срока лечения.

Контрольное обследование, проведенное на 30-й день после начала лечения, показало, что комбинированная этиопатогенетическая терапия с использованием препарата Осарбон в абсолютном большинстве случаев вызывает наступление полного клинико-лабораторного выздоровления. По результатам клинического, микробиологического и молекулярно-генетического обследований у 83% пациенток основной группы *T. vaginalis* обнаружены не были. В то же время, в группе сравнения клинико-этиологического выздоровления удалось достичь лишь в 70,5% случаев. У 29,5% пациенток, получавших монотерапию, был выявлен рецидив трихомониаза. При отсутствии терапевтического эффекта больным назначалась дополнительная терапия до наступления полного клинико-этиологического выздоровления.

ВЫВОДЫ

Современные средства, применяемые в лечении урогенитальных инфекций, позволяют оказывать полноценное этиопатогенетическое воздействие на основные этапы развития патологического процесса. Учитывая возможность возникновения устойчивости микроорганизмов к стандартным противомикробным препаратам, а также их способности оказывать негативное влияние на состояние микробиоценоза влагалища и местного иммунитета, совершенно очевидной становится необходимость включения в принятые терапевтические алгоритмы современных и безопасных средств для местного применения.

В ходе проведенного исследования установлена высокая терапевтическая эффективность препарата Осарбон в составе комплексной терапии урогенитального трихомоноза, с инфузионным введением орнидазола. По сравнению со стандартным лечением, применение Осарбона в комплексной терапии трихомоноза чаще приводило к элиминации возбудителя, способствовало быстрому купированию патологического симптомокомплекса и препятствовало развитию рецидивов. Полученные данные могут служить обоснованием для рекомендации препарата Осарбон для эффективного комплексного лечения урогенитального трихомоноза у женщин.

Рекомендуемая схема назначения препарата Осарбон в комплексной терапии урогенитального трихомоноза: Осарбон *per vaginam* (женщинам) один раз в сутки в течение 10 дней одновременно с 10-дневным курсом препарата орнидазол (0,5 г два раза в сутки внутривенно капельно, а пациенткам с массой тела больше 90 кг – три раза).

Местные субъективные проявления	Длительность симптомов (дни)	
	Основная группа (n = 18)	Группа сравнения (n = 17)
Зуд	1,1	3
Жжение	0,8	2,7
Болезненность	0,7	1,8
Обильные выделения	2,4	4,1

ТАБЛИЦА. ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОК С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНОЗОМ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ОРНИДАЗОЛ И ОСАРБОН (ОСНОВНАЯ ГРУППА) И ОРНИДАЗОЛ (ГРУППА СРАВНЕНИЯ)

4 раза, что свидетельствовало о наличии воспалительной реакции в урогенитальном тракте. После лечения у пациенток основной группы наблюдалось снижение лейкоцитоза в мазке на 72% (в 3,6 раза). Интенсивность воспалительной реакции у пациенток группы сравнения с урогенитальным трихомонозом характеризовалась снижением количества лейкоцитов в мазке из уретры на 45% (в 1,8 раза) (рисунок).

На фоне лечения пациентки основной группы отмечали более быстрый регресс ощущений дискомфорта, зуда во влагалище, отечности слизистой. Данные приведены в таблице.

По окончании терапии лабораторные методы исследования подтвердили элиминацию возбудителя у 94,4% пациенток основной группы (17 человек) и у 76,5% больных из

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Баткаев Э.А.
Урогенитальный трихомоноз / Э. А. Баткаев // Лечащий врач. – 2002. – № 12. – С. 64–70.
Batkaev, E.A.
«Urogenital trichomoniasis.» The Practitioner, 12 (2002): 64-70.
2. Бондаренко Г.М., Никитенко И.Н.
Новый метод лечения урогенитального трихомоноза у женщин / Г.М. Бондаренко, И.Н. Никитенко // Дерматологія та венерологія. – 2005. – № 1. – С. 78–82.
Bondarenko, G.M. Nikitenko, I.N.
«New method of treatment of urogenital trichomoniasis in women.» Dermatologiya and venerologiya, 1 (2005): 78-82.
3. ВОЗ
Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения. – 2007. – 70 с.
WHO
«Global strategy for the prevention of sexually transmitted infections and control 2006-2015.» World Health Organization, (2007) 70 p.
4. Волкославская В.Н.
О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине / В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. – № 1. – С. 1–3.
Volkoslavskaya, V.N. Gutnev, A.L.
«About On the sexually transmitted infections morbidity in Ukraine.» Clinical Immunology, Allergology, Infectology, 1 (2011): 1-3.
5. Гасанова Т.А.
Паразитозы – фактор риска воспалительных заболеваний органов малого таза / Т.А. Гасанова // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2002. – № 1. – С. 3–8.
Hasanov, T.A.
«Parasitosis – a risk factor for inflammatory diseases of the pelvic.» Medical Parasitology and parasitic diseases, 1(2002): 3-8.
6. Гомберг М.А.
Как выбрать оптимальный препарат для лечения трихомоноза / М.А. Гомберг, А.М. Соловьев // Инфекции, передаваемые половым путем. Обзорная информация. – 2003. – № 2.
Gomberg, M.A. Solovyov, A.M.
«How to choose the best drug for the trichomoniasis treatment.» Sexually transmitted infections. Overview, 2(2003)
7. Ермоленко Д.К., Исаков В.А., Рыбалкин С.Б., Смирнова Т.С., Захаркив Ю.Ф.
Урогенитальный трихомоноз: Пособие для врачей. – СПб. Великий Новгород. – 2007. – 96 с.
Ermolenko, D.K. Isakov, V.A. Ribalkin, S.B. Smirnova, T.S. Zakharkov, Y.F. «Urogenital trichomoniasis: A Manual for Physicians.» St. Petersburg – Veliky Novgorod, (2007) 96 p.
8. Калюжная Л.Д.
Использование перорального и вагинального препарата «Трихопол» в лечении мочеполового трихомоноза и гарднереллеза / Л.Д. Калюжная, Н.В. Горбасенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 1(16) – С. 94–97.
Kaljuzhnaja, L.D. Gorbasenka, N.V.
«Use of oral and vaginal drug «Trihopol» in the treatment of urogenital trichomoniasis and bacterial vaginosis.» Ukrainian Journal of dermatology, venerology, kosmetology, 1 (16) (2005): 94-97
9. Кисина В.И.
Клинические аспекты и лечение урогенитального трихомоноза препаратами группы 5-нитроимидазолов / В.И. Кисина // Consilium Medicum. – 2003. – № 5(3). – С. 162–164.
Kissina, V.I.
«Clinical aspects and treatment of urogenital trichomoniasis with drug of 5-nitroimidazoles.» Consilium Medicum, 5 (3) (2003): 162-164.
10. Кисина В.И.
Урогенитальный трихомоноз: проблемы и пути их решения / В.И. Кисина // ИПП. – 2001. – №6. – С. 14–17.
Kissina, V.I.
«Urogenital trichomoniasis: problems and its solutions.» STI, 6 (2001): 14-17.
11. Кисина В.И.
Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и их связь с инфекциями, передаваемыми половым путем. Диагностика, лечение, профилактика. Часть II / В.И. Кисина, Е.Ю. Канишева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 4. – С. 16–23.
Kissina, V.I. Kanisheva, E.
«Inflammatory diseases of the pelvic organs in women and their connection with sexually transmitted infections. Diagnostics, treatment, prevention. Part II.» Journal of Dermatology and Venereology, 4(2002): 16-23.
12. Красовский В.М.
Применение метронидазола, тинидазола, ниморазола, тенонитрозола, орнидазола в лечении больных с хроническим урогенитальным трихомонозом / В.М. Красовский // Здоровье мужчины. – 2008. – № 1. – С. 26–30.
Krasovsky, V.M.
«Metronidazole, tinidazole, nimorazol, tenonitrozol, ornidazole in the treatment of patients with chronic urogenital trichomoniasis.» Men's Health, 1(2008): 26-30.
13. Копылов В.М., Бочкарев Е.Г., Говорун В.М.
Урогенитальный трихомоноз: актуальные вопросы диагностики и лечения: Пособие для врачей. – М.: Медицина. – 2001. – 40 с.
Kopylov, V.M. Bochkaev, E.G. Gabby, V.M.
«Urogenital trichomoniasis: actual questions of diagnostics and treatment: A guide for Physicians.» М.: Medical, (2001) 40 p.
14. Кунцевич Л.Д.
Роль облигатной анаэробной флоры у женщин с инфекционными урогенитальными заболеваниями / Л.Д. Кунцевич, И.А. Дубкова, Р.П. Борщевская и др. // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2001. – № 1. – С. 56–59.
Kuntceвич, L.D. Dubkov, I.A. Borshchevskaya, R.P. et al.
«The role of obligate anaerobic flora in women with urogenital infectious diseases.» Russian Journal of Skin and Venereal Diseases, 1(2001): 56-59.
15. Мавров Г.И.
Инфекции, передающиеся половым путем, и проблема сексуального и репродуктивного здоровья / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный, Г.П. Чинов // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2010. – № 1. – С. 5–14.
Mavrov, G.I. Nagorny, A.E. Chinov, G.P.
«Sexually transmitted infections, and the problem of sexual and reproductive health.» Clinical Immunology, Allergology, Infectology, 1(2010): 5-14.
16. Мавров Г.И.
Урогенитальный трихомоноз: новые возможности топической иммуномодулирующей терапии / Г.И. Мавров, Л.В. Иващенко, И.Н. Никитенко // Дерматологія та венерологія. – 2011. – № 3(53). – С. 69–77.
Mavrov, G.I. Ivashchenko, L.V. Nikitenko, I.N.
«Urogenital trichomoniasis: new opportunities of topical immunomodulatory therapy.» Dermatologia and venerologia, 3(53) (2011): 69-77.
17. Мавров Г.И.
Урогенитальный трихомоноз: новітні підходи до діагностики та лікування: Методичні рекомендації / Г.И. Мавров, В.І. Степаненко, Г.П. Чінов, І.М. Нікітенко // Київ. – 2004. – 22 с.
Mavrov, G.I. Stepanenko, V.I. Chinov, G.P. Nikitenko, I.N.
«Urogenitalny trichomoniasis: new approaches to diagnostics and treatment: methodological recommendations.» Kiev (2004) 22 p.
18. Мавров И.И.
Половые болезни. Рук-во для врачей, интернов и студентов // Харьков: Факт. – 2002. – 789 с.
Mavrov, I.I.
«Sexually transmitted disease. Guide for doctors, interns and students.» Kharkiv: Fact (2002) 789 p.

19. Михайлов А.В.

Распространенность урогенитального трихомониаза и особенности его лабораторной диагностики у женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза / А.В. Михайлов, Т.А. Гасанова // ИППП. – 2000. – № 2. – С. 26–29.

Mikhailov, A.V. Hasanov, T.A.

«The prevalence of urogenital trichomoniasis and features of its laboratory diagnostics in women with chronic inflammatory diseases of the pelvic organs.» STI, 2(2000): 26-29.

20. Молочков В.А.

Урогенитальный трихомониаз и ассоциированные уретрогенные инфекции (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика) / В.А. Молочков // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2000. – № 3. – С. 48–56.

Molochkov, V.A.

«Urogenital trichomoniasis and associates uretrogenycal infections (epidemiology, clinical manifestations, diagnostics, treatment, prevention).» Russian Journal of Skin and Venereal Diseases, 3(2000): 48-56.

21. Відповідальний за випуск Голубчиков М.В

Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні // Центр медичної статистики МОЗ України. К. – 2013. – 110 с.

In charge of publication Golubchikov M.V

«Indicators of treatment and diagnostic care for patients with skin and venereal diseases in Ukraine.» Center of medical Statistics MOH of Ukraine, K (2013):110.

22. Романкова О.І.

Сечостатевий трихомоніаз у жінок: сучасний погляд на проблему і можливі перспективи її розв'язання / О.І. Романкова, М.М. Шупенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2002. – № 3. – С. 83–92.

Romankova, O.I. Shupenko, M.M.

«Urogenital trichomoniasis in women: a modern perspective on the problem and possible perspectives of its resolution.» Ukrainian Journal of dermatology, venerology, kosmetology, 3(2002): 83-92.

23. Рюмин Д.В.

Роль влагилищних трихомонад в формуванні патогенних мікробіоценозов урогенітального тракту людини / Д.В. Рюмин // Вестник последипломного медичного образования. – 2001. – № 3. – С. 16–20.

Rumin, D.V.

«The role of Trichomonas vaginalis in the pathogenic microbiocenoses formation of human urogenital tract.» Bulletin of Postgraduate Medical Education, 3(2001): 16-20.

24. Чінов Г.П.

Поширеність і клінічна характеристика хламідіозу й трихомоніазу – двох найчастіших статевих інфекцій (Огляд сучасних літературних даних та показників статистичної звітності) / Г.П. Чінов // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 1(16) – С. 74–81.

Chinov, G.P.

«The prevalence and clinical characteristics of chlamydia and trichomoniasis – of two the most widespread genital infections (An overview of current literature data and indicators of statistical reporting).» Ukrainian Journal of dermatology, venerology, kosmetology, 1(16) (2005): 74-81.

25. Alvarez-Sanchez, M.E. Avila-Gonzalez, L Becerril-Garcia, C. et al.

«A novel cysteine proteinase (CP65) of Trichomonas vaginalis involved in cytotoxicity.» Departamento de Patologia Experimental, Mexico, 07360, D.F. Mexico /Microb Pathog, 28(4) (2000): 193-202.

26. Claeys, P Gonzales, M. et al.

«Prevalence and risk factors of sexually transmitted infections and cervical neoplasia in women's health clinics in Nicaragua.» Sex. Transm. Infect, 78(3) (2002): 204-207.

27. Mann, J.R. Mcdermott, S. Barnes, T.L. Hardin, J. Bao, H. Zhou L.

«Trichomoniasis in pregnancy and mental retardation in children.» Ann Epidemiol, 19(12) (2009): 891-893. Dec.

28. Rendon Maldonado, J.G. Espinosa Cantellano, M. Gonzalez Robles, A. Martinez Palomo A.

«Trichomonas vaginalis: in vitro phagocytosis of lactobacilli, vaginal epithelial cells, leukocytes and erythrocytes.» Exp Parasitol, 89 (2) (1998): 241-250.

29. Mann, J.R. McDermott, S. Barnes, T.L. Hardin, J. Bao, H. Zhou, L.

«Trichomoniasis in pregnancy and mental retardation in children.» Ann Epidemiol, 19(12) (2009): 891-9. Dec.

30. Schwebke, J.R. Hook, E.W.

«High rates of Trichomonas vaginalis among men attending a sexually transmitted diseases clinic: Implications for screening and urethritis management.» Journal of infectious diseases, 188(2003): 465-468.

31. Schmid, G. Narcisi, E. Mosure, D. Secor, W.E. Higgins, J. Moreno, H.

«Prevalence of metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis in a gynecology clinic.» Journal of reproductive medicine, 46(2001): 545-459.

32. Upcoft, R. et al.

«Drug targets and mechanisms of resistance in the anaerobic protozoa.» Clin. Microb. Rev., 14(2001): 150-64.

□

EUROPEAN ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE

June 4th-7th 2014
FLORENCE ITALY
PALAZZO DEI CONGRESSI

XXIV EUROPEAN CONGRESS PERINATAL MEDICINE

“The cultural journey never ends, it only has resting places. Points where the wayfare can look around and collect his thoughts”.
Sir Charles Scott Sherrington
Nobel Prize for Medicine

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ МІСЦЕВИХ ЗАСОБІВ У ЛІКУВАННІ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНОЗУ

Г.М. Бондаренко, Інститут дерматології та венерології НАМН України, м. Харків

Ю.В. Щербакова, Інститут дерматології та венерології НАМН України, м. Харків

И.Н. Нікітенко, Інститут дерматології та венерології НАМН України, м. Харків

В.Б. Чірва, міська дитяча клінічна лікарня № 24

Урогенітальний трихомоноз є актуальною медико-соціальною проблемою, що вимагає активного пошуку нових ефективних терапевтичних схем із застосування сучасних парентеральних препаратів в поєднанні з засобами місцевого використання. З метою підвищення ефективності терапії урогенітального трихомонозу було проведено дослідження (за участю 50 хворих на трихомоноз та групою контролю з 15 жінок) з використання лікарського засобу у вигляді суппозиторіїв препарату Осарбон в комбінації з парентеральним застосуванням орнідазолу. Результати дослідження показали високу клінічну ефективність препарату Осарбон.

Отримані дані дали змогу запропонувати комплексний метод лікування пацієток з урогенітальним трихомонозом із застосуванням препарату Осарбон.

Ключові слова: урогенітальний трихомоноз, Осарбон, орнідазол.

AN EXPERIENCE OF LOCAL DRUGS USING IN A TREATMENT OF UROGENITAL TRICHOMONIASIS

G.M. Bondarenko, Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine, Kharkiv

I.V. Shcherbakova, Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine, Kharkiv

I.N. Nikitenko, Institute of Dermatology and Venereology of the NAMS of Ukraine, Kharkiv

V.B. Chirva, City Children's Clinical Hospital № 24

Urogenital trichomoniasis is an actual medical and social problem. It requires an active searching of new effective therapeutic regimens with modern parenteral drugs in combination with topical application using. It were conducted the studies (involving 50 patients with trichomoniasis and the control group of 15 women) of suppositories Osarbon in combination with parenteral ornidazole using in order to the effectiveness increasing of urogenital trichomoniasis therapy. The results showed high clinical efficacy Osarbon.

As a result, it was propose a complex treatment with the Osarbon use for patients with urogenital trichomoniasis.

Key words: urogenital trichomoniasis, Osarbon, ornidazole.

www.reproduct-endo.com.ua

На сайті ви знайдете все, що публікується на сторінках нашого журналу.

Матеріали подаються на українському, руському і англійському мовах.

Заповнивши зручну форму, можна оформити підписку на поточний рік!

