

# ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПІТУ ПРЕПАРАТАМИ МІСЦЕВОЇ ДІЇ

## ВСТУП

Одним із нагальних питань сьогодення в гінекологічній практиці є проблема інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Згідно з даними ВООЗ, у світі щороку реєструється 170–180 млн нових випадків трихомонадної інфекції, що значно перевищує частоту захворюваності на гонорею та хламідіоз. Трихомоніаз зустрічається у 29–60% жінок, при цьому третина з них – молодші за 18 років [10, 12]. У 70% випадків захворювання перебігає безсимптомно або з мінімальною симптоматикою, через що хворі не звертаються по медичну допомогу. Власне тому трихомоніаз і є суттєвою медичною, соціально-епідеміологічною та економічною проблемою, потребуючи подальшого вивчення і пошуку ефективних методів лікування.

*Trichomonas vaginalis* – факультативний анаероб, для розвитку якого необхідна температура близько 37 °С та рН середовища 5,2–6,2. Його розмноження відбувається шляхом поділу, енергетичний обмін повністю залежить від наявності вуглеводів, поживні речовини переважно отримуються при руйнуванні клітин господаря. Оболонка трихомонади містить близько 300 різних білків, через що серологічні тести можуть бути низькочутливими. Окрім цього, *T. vaginalis* має здатність адсорбувати на своїй поверхні білки господаря, що не дозволяє імунній системі ідентифікувати паразита як чужорідне тіло та сприяє формуванню неадекватної імунної відповіді [8–11].

## АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Трихомоніаз – це багатоголищеве захворювання, при якому в першу чергу інфікується піхва. В подальшому можливий розвиток уретритів, цервіцитів, вульвітів, бартолінітів, парауретритів і навіть, згідно з даними літератури, сальпінгітів та сальпінгоофоритів із формуванням тубооваріальних утворень [8, 9, 13]. Трихомонадній інфекції притаманні досить цікаві властивості. Потрапляючи на слизові оболонки урогенітального тракту, *T. vaginalis* прикріплюється до клітин епітелію піхви шляхом амебоподібної трансформації та утворення псевдоподій із наступним виділенням таких ферментів, як гіалуронідаза та нейрамінідаза. Цитотоксична дія паразиту та дія ферментів призводить до руйнування клітин епітелію, розпушення тканин, що сприяє

проникненню в міжклітинний простір токсичних продуктів метаболізму і бактеріальної флори. Дистрофічні зміни багат шарового плоского епітелію і злущування поверхневих епітеліальних клітин, а також зменшення в них вмісту глікогену зумовлюють порушення біоценозу піхви. При проведенні досліджень встановлено, що у хворих на трихомоніаз жінок практично ніколи не визначаються лактобацили, які слугують біологічним бар'єром для росту і поширення умовно-патогенної та патогенної мікрофлори, будучи одним із основних критеріїв нормоценозу [5, 8, 9]. Вказані зміни є чинником порушення природних захисних механізмів, сприяючи хронізації запального процесу з наступним виникненням дистрофічно-склеротичних змін у тканинах. Окрім цього, хронічні деструктивні процеси в епітелії можуть призводити до виникнення фонових, передракових та ракових захворювань шийки матки [3, 5, 8, 9, 18].

Достовірно встановлено, що жінки з трихомонадною інфекцією значно частіше інфікуються ВІЛ-інфекцією, онкогенними штамми папіломавірусної інфекції та іншими ІПСШ [12, 14]. Крім того, трихомонади здатні поглинати, захищати та транспортувати інші інфекційні агенти у верхні статеві шляхи, що сприяє виникненню хронічних запальних процесів. Відомо, що в жінок із повторними епізодами трихомоніазу ризик трубного непліддя підвищується в 6 разів [8, 10, 13].

У вагітних жінок трихомонадна інфекція може бути одним із факторів ризику розвитку передчасних пологів, передчасного розриву плодових оболонок, народження дітей із низькою вагою, травматизації родових шляхів та інфікування дитини під час пологів [1, 17].

Трихомонадний кольпіт як моноінфекція зустрічається порівняно рідко (10,5–35,9%) і являє собою здебільшого змішаний протозойно-бактеріальний процес (64–89,5%) [8–10]. Трихомонади можуть асоціюватися з мікоплазмами, гонококами, гарднерелами, уреоплазмами, хламідіями, грибками. Також доведено, що при трихомоніазі спостерігається виражене обсіменіння статевих шляхів умовно-патогенною мікрофлорою. Дана обставина сприяє формуванню посттрихомонадних запальних процесів у 14,6–48,2% жінок [5, 8–10]. Значні порушення, які розвиваються в організмі хворих зі змішаними урогенітальними інфекціями,

**К.Ю. ІСАЄВА**

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

**О.В. БЕСЕДІН**

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

Контакти:

Беседін Олександр Вікторович  
ЛНМУ ім. Данила Галицького,  
кафедра акушерства та гінекології  
79010, Львів, вул. Рапопорта, 8  
Тел.: +38 (032) 233 32 11  
e-mail: besedyn@gmail.com

DOI: <http://dx.doi.org/10.13370/2309-4117.2016.27.101-105>

## ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

важко піддаються корекції терапевтичними засобами, що обумовлює затяжний перебіг і сприяє появі рецидивів у 20% випадків [5, 8–10].

Отже, особливості трихомонад суттєво впливають на перебіг інфекційного процесу та мають бути враховані при проведенні діагностики і лікуванні, попереджуючи розвиток хронічних запальних захворювань та онкологічної патології жіночих статевих органів, виникнення в майбутньому неплідності, а також акушерських ускладнень.

В останні роки внаслідок самолікування або нераціональної терапії протипротозойними препаратами з'явилися атипові морфологічні форми трихомонад, що значно ускладнює діагностику з використанням мікроскопічних методів дослідження. Через це все більшого поширення набувають штами, стійкі до похідних нітроїмідазолу, що є причиною зниження ефективності терапії і сприяє переходу захворювання в хронічну форму [2, 8–10, 15, 16].

Упродовж багатьох років засобами для лікування трихомонадної інфекції залишаються препарати групи нітроїмідазолів. Але ще в 90-х роках минулого століття з'явилися роботи, що свідчили про появу та розповсюдження штамів *T. vaginalis*, стійких до високих концентрацій класичного протистозидного препарату – метронідазолу. Згідно з результатами досліджень, нині чутливими до метронідазолу є лише 40–70% штамів трихомонад [2, 15, 16]. Тому розробки нових ефективних протистозидних препаратів та схем терапії продовжуються.

Проблемі лікування трихомоніазу присвячено багато досліджень, і автори деяких робіт не бачать необхідності в призначенні препаратів місцевої дії при неускладненому перебігу захворювання, вважаючи, що для припинення запальних процесів достатньо системної терапії [2, 8]. Інші дослідники вказують, що поєднане лікування препаратами загальної та місцевої дії є ефективнішим за монотерапію при будь-яких формах трихомоніазу. Особливо це стосується форм із торпідним хронічним перебігом, коли у тканинах спостерігається порушення васкуляризації з наступним формуванням склеротичних змін, зміною морфологічної будови слизової піхви, в результаті чого системні препарати проникають у вогнища ураження в меншій концентрації, недостатній для елімінації збудника [4–7, 10].

Одним із засобів місцевої дії, який на даний час існує на вітчизняному фармацевтичному ринку та спрямований безпосередньо на лікування трихомонадного кольпіту, є препарат осарбон у вигляді вагінальних супозиторіїв.

**Метою** дослідження стала оцінка терапевтичної ефективності препарату осарбон у складі комплексної терапії трихомонадного кольпіту.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під нашим спостереженням знаходилося 60 жінок репродуктивного віку, в яких на підставі клінічних та лабораторних даних було діагностовано трихомонадний кольпіт. Верифікація діагнозу проводилась шляхом мікроскопії нативних препаратів і мазків із фарбуванням. За необхідності у випадках утрудненої діагностики використовували культуральний метод та метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Для визначення спектра мікрофлори також прово-

дилось бактеріологічне дослідження піхвових виділень. Із груп спостереження було виключено пацієнток із трихомонадним кольпітом у поєднанні з ІПСШ (мікоплазмоз, уреоплазмоз, хламідіоз тощо).

Всі пацієнтки були розподілені на дві статистично достовірні рівні групи в залежності від обраного методу лікування. Враховуючи, що трихомоніаз є багатогоничним захворюванням, відповідно до всіх чинних міжнародних рекомендацій із лікування застосовували сучасний препарат системної дії. Ним було обрано орнідазол, що зарекомендував себе як ефективний препарат із високим рівнем елімінації збудника (93,3%), високою біодоступністю та низьким відсотком побічної дії [4, 6–10]. Для місцевої терапії застосовувався осарбон.

Осарбон – препарат, який складається з трьох основних компонентів: 250 мг осарсолу, 300 мг глюкози, 300 мг борної кислоти та допоміжної речовини – твердого жиру. Осарсол, органічна похідна арсенової кислоти, має трихомонацидну дію, що зумовлено його властивістю блокувати сульфгідрильні ферментні системи та порушувати обмінні процеси в клітинах збудників. Глюкоза є необхідним субстратом для життєдіяльності лактобактерій, які розкладають її до молочної кислоти та створюють кисле середовище. Борна кислота також створює кисле середовище у піхві, що є дуже важливим компонентом лікування, та має протимікробну дію відносно грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів. Кисле середовище попереджує резорбцію осарсолу, має опосередковану знешкоджуючу дію щодо трихомонад, забезпечує функціонування природних захисних механізмів піхви. Жир як допоміжна речовина покращує здатність супозиторіїв до розчинення. Таким чином, кожна складова осарбону підсилює дію одної, що дозволяє справити максимальний вплив на трихомонади та супутню флору, попередити процеси розвитку резистентності до препарату та досягти щонайбільшого лікувального ефекту. Фактично протипоказанням до застосування осарбону є тільки індивідуальна підвищена чутливість.

Отже, I групу склали 30 пацієнток із наявністю трихомонадної інфекції. При цьому слід зазначити, що в 17 (56,7%) випадках діагноз відповідав гострому неускладненому уrogenітальному трихомоніазу, а в 13 (43,3%) випадках анамнез та клінічні дані свідчили про хронічний перебіг захворювання. Ця група хворих отримувала перорально препарат системної дії орнідазол по 500 мг двічі на добу протягом 10 днів.

II група – 30 пацієнток, серед яких у 16 (53,3%) випадках діагностовано гострий перебіг трихомонадної інфекції та в 14 (46,7%) випадках – хронічний перебіг. Окрім орнідазолу, який хворі цієї групи отримували за аналогічною схемою, жінкам було одночасно призначено осарбон у вагінальних супозиторіях, які рекомендували застосовувати один раз на добу впродовж 10 днів.

Усім хворим були надані рекомендації щодо правил проведення курсу лікування та особистої гігієни. Крім того, обов'язково проводилось лікування статевого партнера.

Ефективність лікування оцінювали згідно з клінічними та етіологічними критеріями. Клінічні критерії базувалися на наявності основних скарг (свербіж, печіння, виділення

з піхви, дизурія, диспареунія) та даних гінекологічного обстеження (гіперемія, набряк слизової оболонки піхви, гіперемія та подразнення вульви, гіперемія в ділянці уретри). Етіологічні критерії полягали у виділенні збудника методами мікроскопії та ПЛР через 14 днів після закінчення курсу лікування та впродовж трьох наступних менструальних циклів після чергової менструації. Метод ПЛР був рекомендований, оскільки нативний мазок і культивування можуть бути негативними протягом кількох тижнів і навіть місяців після лікування. Це пояснюється тим, що для виділення культури необхідна певна концентрація трихомонад в матеріалі, а після лікування їхня кількість може бути значно знижена [8, 9]. Для оцінки стану видового складу вагінальної мікрофлори проводилось бактеріологічне дослідження піхвових виділень.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Згідно з даними мікроскопічного та бактеріологічного дослідження піхвового вмісту, окрім наявності трихомонадної інфекції, фактично в усіх пацієнток спостерігалось порушення вагінального мікробіоценозу (зменшення кількості або відсутність лактофлори, підвищення вмісту умовно-патогенної і патогенної мікрофлори). Результати культурального дослідження виявляли *Streptococcus haemolyticus* (α-, β-типів) у 38,8% пацієнток, *Staphylococcus aureus* – у 10,0%, *Staphylococcus epidermidis* – у 53,3%, *Enterococcus faecalis* – у 18,3%, *Corynebacterium* – у 15,0%, *Escherichia coli* – в 11,7%, *Proteus mirabilis* – у 8,3%, *Enterobacter* – у 23,3%, *Candida albicans* – у 8,3%. І лише у 8 (13,3%) жінок із гострим перебігом трихомонадної інфекції виявляли наявність лактофлори.

Власне, найбільшого дискомфорту та порушення якості життя пацієнтки зазнають при гострій трихомонадній інфекції, яка проявляється наявністю свербіжжю, печіння, значних пінистих виділень із піхви з неприємним запахом, дизурією, диспареунією. Слід зазначити, що під час лікування 14 (87,5%) пацієнток II групи з гострим перебігом трихомонадної інфекції відзначили зникнення та значне послаблення даної симптоматики впродовж першої доби та на другу добу терапії, на відміну від пацієнток I групи, які

відзначали послаблення та зникнення клінічних проявів на третю та четверту добу. В жодній з пролікованих хворих не було виявлено незадовільної переносимості препаратів або несприятливих побічних ефектів.

Через 14 днів після закінчення курсу лікування було проведено оцінку його ефективності в жінок обох груп спостереження. Встановлено, що в I групі клінічне одужання спостерігалось у 70,6% пацієнток із гострим перебігом захворювання та у 61,5% пацієнток із хронічним перебігом (рис. 1), тобто, у 10 (33,3%) хворих збереглися скарги на наявність виділень із піхви та відчуття дискомфорту. Під час лабораторного контролю було з'ясовано, що етіологічне одужання спостерігалось у 88,2% пацієнток із гострим та у 61,5% пацієнток із хронічним перебігом захворювання, що стало підставою для призначення додаткового курсу лікування до повного клінічного та етіологічного одужання (рис. 2).

Серед пацієнток II групи клінічне одужання відзначено у 93,8% хворих із гострим перебігом трихомонадної інфекції та у 78,6% хворих із хронічним перебігом (рис. 1). Етіологічне одужання у пацієнток даної групи з гострим перебігом трихомоніази становило 100%, з хронічним – 85,7% (рис. 2). У 2 (6,7%) пацієнток при проведенні лабораторного обстеження методами мікроскопії та ПЛР було виявлено *T. vaginalis*. Під час детального опитування було з'ясовано, що хворі не дотримувались рекомендованої схеми лікування, через що їм було призначено повторний курс терапії.

Окрім того, при бактеріологічному дослідженні піхвових виділень лише у 10 (33,3%) пацієнток I групи спостерігалось зниження рівня умовно-патогенної та патогенної флори, поява лактофлори, на відміну від пацієнток II групи, де в більшості випадків (66,7%) спостерігалась нормалізація мікробіоценозу піхви ( $p < 0,05$ ).

При проведенні повторних контрольних обстежень упродовж трьох місяців отримано наступні дані. В I групі клінічне одужання було досягнуто у 23 (76,7%) пацієнток. У 7 (23,3%) випадках (здебільшого у хворих із хронічною формою трихомонадної інфекції) залишались скарги на періодичний дискомфорт, свербіж та виділення з піхви, хоча у 5 із цих жінок було досягнуто етіологічне одужання. При

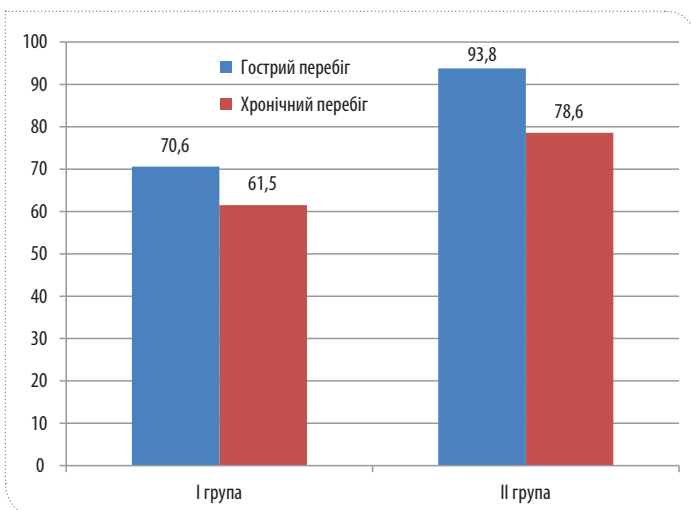


РИСУНОК 1. ОЦІНКА КЛІНІЧНОГО ОДУЖАННЯ ЧЕРЕЗ 14 ДНІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПИТУ (%)

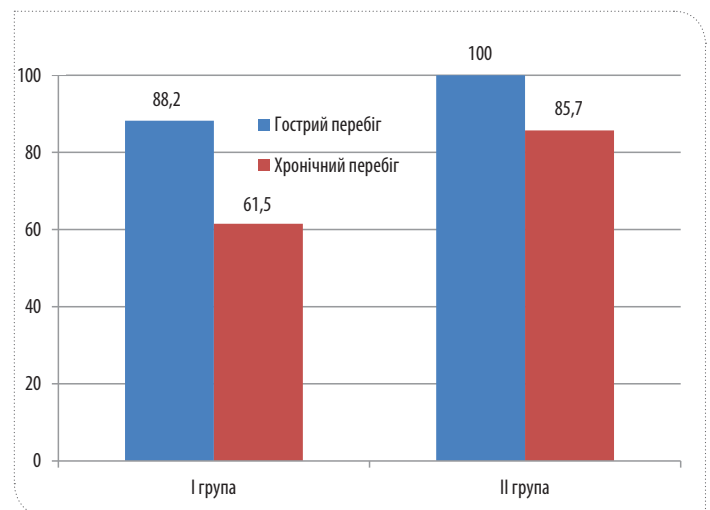


РИСУНОК 2. ОЦІНКА ЕТІОЛОГІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПИТУ ЧЕРЕЗ 14 ДНІВ (%)

## ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

проведенні бактеріологічного дослідження було відзначено порушення мікробіоценозу піхви, яке у 66,7% випадків вимагало відповідної корекції. Ще у 2 пацієнок, в яких була відсутня клінічна симптоматика, при проведенні лабораторного обстеження методом ПЛР були виявлені трихомонади, що також вимагало призначення додаткового курсу лікування. Тобто, етіологічне одужання серед пацієнок I групи при подальших обстеженнях спостерігалось у 86,7% випадків. Під час контрольного обстеження пацієнок II групи клінічне одужання відзначено у 27 (90,0%). При повторних обстеженнях у пацієнок даної групи трихомонади не були виявлені в жодному випадку (рис. 3). Крім того, згідно з даними бактеріологічних досліджень, вагінальний мікробіоценоз серед пацієнок II групи відновлювався значно швидше, не вимагаючи застосування додаткової терапії у 76,6% випадків, на відміну від пацієнок I групи ( $p < 0,05$ ).

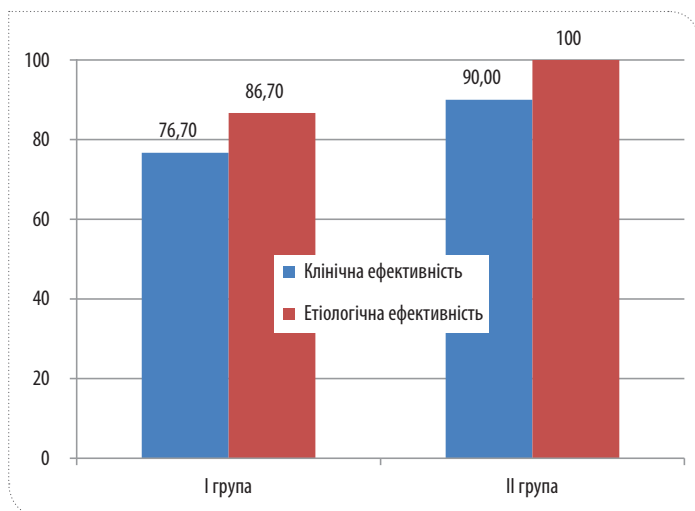


РИСУНОК 3. ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ТА ЕТІОЛОГІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПИТУ ПРИ ПОВТОРНИХ КОНТРОЛЬНИХ ОБСТЕЖЕННЯХ (%)

### ВИСНОВКИ

Як свідчать дані проведеного дослідження, комбінована терапія із застосуванням препаратів загальної та місцевої дії є найбільш ефективним методом лікування трихомонадної інфекції на відміну від монотерапії препаратами системної дії.

Осарбон як засіб місцевої терапії доцільно застосовувати і при гострому перебігу трихомонадної інфекції, що веде до швидшої регресії клінічних проявів і повного клінічного та етіологічного одужання.

Осарбон має високу терапевтичну ефективність при лікуванні хронічної форми трихомонадної інфекції, коли наявні процеси порушення морфологічної структури слизової піхви, а препарати системної дії недостатньо проникають у вогнище інфікування.

Трихомонадний кольпіт супроводжується значним порушенням мікробіоценозу піхви. Завдячуючи складникам препарату осарбон, у значній більшості пацієнок спостерігалось швидше відновлення видового складу вагінальної флори.

Отже, осарбон як препарат місцевої дії має не тільки високий терапевтичний ефект щодо лікування трихомонадної інфекції, але й сприяє нормалізації мікроценозу та відновленню функціонального стану піхви.

### ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Гришкевич, А.Н. Урогенитальный трихомоноз в акушерской практике / А.Н. Гришкевич, О.К. Кулага // Медицинские новости. – 2008. – № 8. – С. 33–36.  
Gryshkevich, A.N., Kulaga, O.K. "Urogenital trichomoniasis in obstetric practice." Medical News 8 (2008): 33–6.
- Кисина, В.И. Ведение больных урогенитальным трихомонозом с позиции доказательной медицины / В.И. Кисина // Гинекология. – 2005. – № 5. – С. 304–307.  
Kisina, V.I. "Management of patients with urogenital trichomoniasis with evidence-based medicine." Gynecology 5 (2005): 304–7.
- Коханевич, Е.В., Кольпоцервикоскопия. Атлас / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.В. Суменко. – Киев: Вища школа, 1997. – 49 с.  
Kokhanovich, E.V., Ganina, K.P., Sumenko, V.V. Colposcervicocopy. Atlas. Kyiv. Vyshcha Shkola (1997): 49 p.
- Резниченко, Г.И. Лечение трихомонадных вагинитов препаратами «Мератин» и «Мератин комби» / Г.И. Резниченко, Н.Ю. Резниченко, В.Ю. Потебня и др. // Жіночий лікар. – 2007. – № 4. – С. 9–11.  
Reznichenko, G.I., Reznichenko, N.Y., Potebnya, V.Y., et al. "Treatment of trichomoniasis with drug «Meratin» and «Meratin combi»." Women's doctor 4 (2007): 9–11.
- Панкратов, В.В. Роль комбинации системного и местного лечения при трихомонозе / В.В. Панкратов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2003. – № 2. – С. 85–88.  
Pankratov, V.V. "The role of the combination of systemic and local treatment for trichomoniasis." Gynecology, obstetrics and perinatology questions 2 (2003): 85–8.
- Чайка, В.К. Современные подходы к лечению трихомоноза у женщин / В.К. Чайка, О.Н. Роговая, Г.М. Адамова и др. // Жіночий лікар. – 2006. – № 2. – С. 6–8.  
Chaika, V.K., Rogovaia, O.N., Adamova, G.M., et al. "New approaches to the treatment of trichomoniasis in women." Women's doctor 2 (2006): 6–8.
- Сольський, С.Я. Сучасні підходи до лікування урогенітального трихомонозу / С.Я. Сольський, О.П. Гнатко, А.І. Чубатий // Жіночий лікар. – 2006. – № 1. – С. 17–19.  
Solskiy, S.Y., Gnatko, O.P., Chubaty, A.I. "New approaches to the treatment of urogenital trichomoniasis." Women's doctor 1 (2006): 17–19.
- Копылов, В.М. Урогенитальный трихомоноз: актуальные вопросы диагностики и лечения : Пособие для врачей / В.М. Копылов, Е.Г. Бочкарев, В.М. Говорун и др. – М.: Медицина, 2001. – 21 с.  
Kopylov, V.M., Bochkarev, E.G., Govorun, V.M., et al. Urogenital trichomoniasis: actual questions of diagnostics and treatment. Guidelines for physicians. Moscow. Medicine (2001): 21 p.
- Ермоленко, Д.К. Урогенитальный трихомоноз : Пособие для врачей / Д.К. Ермоленко, В.А. Исаков, С.Б. Рыбалкин и др. – СПб.: Великий Новгород, 2007. – 96 с.  
Ermolenko, D.K., Isakov, V.A., Rybalkin, S.B., et al. Urogenital trichomoniasis. Guidelines for physicians. St. Petersburg. Veliky Novgorod (2007): 96 p.
- Мавров, Г.І. Урогенітальний трихомоноз: новітні підходи до діагностики та лікування : Методичні рекомендації / Г.І. 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.M. Urogenital trichomoniasis: new approaches to diagnostics and treatment. Methodological recommendations. Kyiv (2004): 22 p.
- Carlton, J.M., Hirt, R.P., Silva, J.C. "Draft Genome Sequence of the Sexually Transmitted Pathogen Trichomonas vaginalis." Science 315 (2007): 207–12.
- World Health Organization. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015. Breaking the chain of transmission. WHO Department of Reproductive Health and Research (2007): 61 p.
- Grodstein, F., Goldman, M.B., Cramer, D.W. "Relation of tubal infertility to history of sexually transmitted diseases." Am J Epidemiol 137.5 (1993): 577–84.
- Lazenby, G.B., Unal, E.R., Andrews, A.L. "Cost-effectiveness analysis of annual Trichomonas vaginalis screening and treatment in HIV-positive women to prevent HIV transmission." Sex Transm Dis 41.6 (2014): 353–58.
- Mammen-Tobin, A., Wilson, J.D. "Management of metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis—a new approach." Int J STD AIDS 16.7 (2005): 488–90.
- Schmid, G., Narcisi, E., Mosure, D., Secor, W.E., Higgins, J. "Prevalence of metronidazole-resistant Trichomonas vaginalis in a gynecology clinic." J Reprod Med 46.6 (2001): 545–9.
- Silver, B.J., Guy, R.J., Kaldor, J.M. "Trichomonas vaginalis as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis." Sex Transm Dis 41.6 (2014): 369–76.
- Donders, G.G., Depuydt, C.E., Bogers, J.P., et al. "Association of Trichomonas vaginalis and cytological abnormalities of the cervix in low risk women." PLoS One 8.12 (2013): e86266. Available from: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24386492], last accessed Jan 25, 2016.

**ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПИТУ ПРЕПАРАТАМИ МІСЦЕВОЇ ДІЇ****К.Ю. Ісаєва**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології ЛНМУ ім. Данила Галицького**О.В. Бесєдін**, к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології ЛНМУ ім. Данила Галицького

Проведено дослідження з метою оцінки ефективності лікування трихомонадного кольпіту з використанням препарату місцевої дії осарбон, який складається з трьох основних компонентів: 250 мг осарсолу, 300 мг борної кислоти, 300 мг глюкози та допоміжної речовини – твердого жиру.

Під спостереженням знаходилось 60 жінок репродуктивного віку, в яких на підставі клінічних та лабораторних даних було діагностовано трихомонадний кольпіт.

Всі пацієнтки були розподілені на дві статистично достовірні рівні групи в залежності від обраного методу лікування. Враховуючи, що трихомоніаз є багатогнищевим захворюванням, відповідно до всіх чинних міжнародних рекомендацій щодо лікування застосовували сучасний препарат системної дії орнідазол. Осарбон застосовувався з метою місцевої терапії.

I групу склали 30 пацієнток із наявністю трихомонадної інфекції, які отримували препарат системної дії орнідазол протягом 10 днів, II групу – 30 пацієнток, які також отримували орнідазол та одночасно вагінальні супозиторії осарбон упродовж того самого періоду. Обов'язково проводилось лікування статевого партнера, жінкам також були надані рекомендації щодо правил проведення курсу лікування і особистої гігієни.

Ефективність лікування оцінювали відповідно до клінічних та етіологічних критеріїв.

Через 14 днів після закінчення курсу лікування у I групі етіологічне одужання спостерігалось у 88,2% пацієнток із гострим та у 61,5% пацієнток із хронічним перебігом захворювання, що стало підставою для призначення додаткового курсу терапії до повного клінічного та етіологічного одужання. У II групі етіологічне одужання серед пацієнток з гострим перебігом трихомоніаза склало 100%, з хронічним – 85,7%.

Під час проведення повторних контрольних обстежень упродовж трьох місяців етіологічне одужання серед пацієнток I групи спостерігалось у 86,7% випадків, серед пацієнток II групи – у 100%.

Отже, комбінована терапія із застосуванням вагінальних супозиторіїв осарбон має високу терапевтичну ефективність у лікуванні трихомонадної інфекції та сприяє відновленню функціонального стану піхви.

**Ключові слова:** трихомонадний кольпіт, гострий перебіг, хронічний перебіг, мікробіоценоз піхви, осарбон.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ТРИХОМОНАДНОГО КОЛЬПИТА ПРЕПАРАТАМИ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ****Е.Ю. Исаева**, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ЛНМУ им. Данила Галицкого**А.В. Беседин**, к. мед. н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ЛНМУ им. Данила Галицкого

Проведено исследование с целью оценки эффективности лечения трихомонадного кольпита с применением препарата местного действия осарбон, который состоит из трех основных компонентов: 250 мг осарсола, 300 мг борной кислоты, 300 мг глюкозы и вспомогательного вещества – твердого жира.

Под наблюдением находилось 60 женщин репродуктивного возраста, у которых на основании клинических и лабораторных данных был диагностирован трихомонадный кольпит.

Все пациентки были разделены на две статистически достоверные равные группы в зависимости от выбранного метода лечения. Учитывая, что трихомониаз является многоочаговым заболеванием, в соответствии со всеми действующими международными рекомендациями для лечения применяли современный препарат системного действия орнидазол. Осарбон использовали с целью местной терапии.

I группу составили 30 пациенток с наличием трихомонадной инфекции, которые получали препарат системного действия орнидазол в течение 10 дней, II группу – 30 пациенток, которые также получали орнидазол и одновременно вагинальные суппозитории осарбон в течение этого же периода. Обязательно проводилось лечение полового партнера, женщинам также были даны рекомендации о правилах проведения курса лечения и личной гигиены.

Эффективность лечения оценивали по клиническим и этиологическим критериям.

Через 14 дней после окончания курса лечения в I группе этиологическое выздоровление наблюдалось у 88,2% пациенток с острым и у 61,5% пациенток с хроническим течением заболевания, что явилось основанием для назначения дополнительного курса терапии до полного клинического и этиологического выздоровления. Во II группе этиологическое выздоровление у пациенток с острым течением трихомониаза составило 100%, с хроническим – 85,7%.

При проведении повторных контрольных обследований в течение трех месяцев этиологическое выздоровление среди пациенток I группы наблюдалось в 86,7% случаев, среди пациенток II группы – в 100%.

Таким образом, комбинированная терапия с использованием вагинальных суппозиторий осарбон имеет высокий терапевтический эффект при лечении трихомонадной инфекции и способствует восстановлению функционального состояния влагалища.

**Ключевые слова:** трихомонадный кольпит, острое течение, хроническое течение, микробиоценоз влагалища, осарбон.

**EFFECTIVENESS OF TOPICAL DRUG THERAPY FOR TRICHOMONAS COLPITIS****K.Y. Isaieva**, PhD, associate professor at the Obstetrics and Gynecology Department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University**O.V. Besedin**, PhD, associate professor at the Obstetrics and Gynecology Department, Danylo Halytsky Lviv National Medical University

A study to evaluate the efficacy of trichomonas colpitis treatment with topical drug osarbone was performed. This drug consists of three main components: osarsol 250 mg, 300 mg boric acid, 300 mg of glucose and solid fat as an excipient.

We observed 60 women of reproductive age who have been diagnosed with trichomonas colpitis based on clinical and laboratory data.

All patients were divided into two statistically significant, identical groups depending on the treatment. Given that trichomoniasis is a multifocal disease, in accordance with all international guidelines for the treatment used a drug with systemic action ornidazole. Osarbone used for the local therapy.

Group I consisted of 30 patients with the trichomonas infection who received ornidazole for systemic effects for 10 days, II group consisted of 30 patients who also received ornidazole with vaginal suppositories osarbone within 10 days. Same times were treated sexual partners, and were given recommendations on the rules of the treatment course and personal care.

Treatment efficacy was assessed by clinical and etiological criteria.

14 days after treatment etiological recovery was observed in 88.2% patients in group I with acute course of disease and in 61.5% patients with chronic course, that the basis for the additional treatment to complete clinical and etiological recovery. Etiological cure in group II patients with acute trichomoniasis was over 100%, with chronic course respectively 85.7%.

Second tests within three months showed etiological recovery among in 86.7% group I patients and among 100% group II patients.

Thus, combination therapy with vaginal suppositories osarbone has high therapeutic effect in treating trichomonas infection and leads to the restoration of the functional vaginal status.

**Keywords:** trichomoniasis, acute course, chronic course, vaginal microbiocenosis, osarbone.