

Застосування препарату тенонітрозол у лікуванні уrogenітального трихомоніазу

С.М. Пасічник, О.В. Шуляк

Львівський національний медичний університет Ім. Данила Галицького

Одним з найбільш поширених захворювань сечостатевого тракту, яке передається статевим шляхом, є трихомоніаз, на який у світі щорічно хворіють 170 млн чоловік [1, 3].

Актуальність проблеми насамперед зумовлена важкими ускладненнями, які в перспективі можуть призвести до безпліддя, патології вагітності, пологів та новонародженої дитини, до дитячої смертності тощо.

Потрапляючи в сечостатеву систему в середньому через 3–7 днів, трихомонади спричинюють розвиток запалення у вигляді гострого, підгострого або торпідного уретриту (уретропростатит у чоловіків) та вульвовагініту й уретриту у жінок. Як правило, на початковому етапі хвороба перебігає у вигляді гострої або підгострої форми, в подальшому (через 2 міс) вираженість запалення суттєво зменшується і трихомоніаз переходить в хронічну форму або трихомонадоносійство.

Трихомонада має здатність уражати будь-які органи. Цікавим моментом є той факт, що в разі мікст-інфекції трихомонада є резервуаром для супутньої інфекції, яка передається статевим шляхом.

Уrogenітальна трихомонада вперше була описана у 1836 р. лікарем Доппе з Парижу, який виявив її у виділеннях із піхви жінок, хворих на гонорею та сифіліс, та назвав її «вагінальна трихомонада». Цей термін застосовують і зараз.

На сьогодні існує велика кількість штамів трихомонад (понад 200), вірулентність яких залежить від в-гемолітичної активності, наявності на їхній поверхні низки протейолітичних ферментів, здатності фіксувати на своїй поверхні різні білки. Для паразитування трихомонади важливим моментом є також супутній мікробний фон та стан макроорганізму. Досить часто у хворих на трихомоніаз спостерігаються різноманітні імунологічні та ендокринні порушення. Найчастіше зараження трихомоніазом відбувається під час випадкових статевих контактів. Трихомоніаз є одним із захворювань сечостатевого тракту, яке найважче піддається терапії [1, 2, 4, 6].

В організмі людини паразитує тільки три види трихомонад: уrogenітальні, ротові та кишкові. У звичних умовах уrogenітальні трихомонади існують тільки в сечостатевій системі людини та не уражають тварин.

У жінок місцем існування трихомонад є піхва, у чоловіків – передміхурова залоза та сім'яні міхурці. Сечовипускний канал може уражатись як у чоловіків, так і у жінок. Трихомонади швидко гинуть поза організмом людини. Обов'язковою умовою для життя є наявність вологи, у разі висушування вони швидко гинуть.

Трихомонади не стійкі до високої температури (понад 40 °С), прямого сонячного проміння, дії антисептиків. У дистильованій воді паразити гинуть майже відразу. Вода як фактор передачі інфекційного агента практично виключається [2, 3, 4]. Захворювання з однаковою частотою діагностують у чоловіків і у жінок.

Тільки в 10–25% випадків трихомоніаз перебігає як моноінфекція, в решті випадків – це мікст-інфекція [1, 5]. На тлі протозойного агента можуть формуватися складні

асоціації бактеріального, вірусного, хламідійного та іншого характеру, що необхідно завжди брати до уваги під час вибору методу лікування. Лікування трихомоніазу повинно бути комплексним. Трихомонадам для нормальної життєдіяльності необхідна температура 35–37 °С та рН середовища 5,5–7,5 [1, 5–7].

Діагноз сечостатевого трихомоніазу встановлюють на основі клінічних даних захворювання та виявлених в досліджуваному матеріалі трихомонад.

Матеріал для дослідження беруть із піхви, сечовипускного каналу, прямої кишки у жінок та із сечовипускного каналу, передміхурової залози, прямої кишки у чоловіків, використовують також центрифугат сечі та промивні води.

Для лабораторної діагностики трихомоніазу застосовують такі методи:

1. Мікроскопія нативного матеріалу.
2. Мікроскопія забарвленого матеріалу.
3. Культуральні.
4. Імунологічні.
5. Латекс-аглотинація.
6. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР).

Сучасні методи лікування уrogenітального трихомоніазу включають застосування специфічних препаратів.

Основні моменти, які враховують у лікуванні уrogenітального трихомоніазу, це:

- проведення одночасного лікування обох статевих партнерів;
- обмеження статевих стосунків на фоні лікування, а за наявності статевих стосунків обов'язково слід користуватися презервативами;
- протягом періоду лікування споживання алкоголю не рекомендується;
- лікуванню підлягають пацієнти з усіма формами захворювання (трихомонадоносії, хворі із запальними процесами, у яких трихомонади не виявлені, але ці збудники виявлені у статевого партнера);
- місцеве лікування розпочинають одночасно з препаратами системної дії;
- контроль ефективності лікування проводять через 1 тиждень після закінчення лікування, в подальшому у жінок після наступної менструації, а у чоловіків – через 1 міс.

Отже, яким повинен бути оптимальний антипротозойний препарат для лікування уrogenітального трихомоніазу? Найбільш широко вживаним та відомим препаратом, який сьогодні застосовують для лікування уrogenітального трихомоніазу, є метронідазол. Проте використання цього препарату досить часто не дає ефекту.

Що стосується ефективності лікарських засобів в разі дотримання рекомендацій лікаря та одночасного лікування статевих партнерів, то вона приблизно однакова у всіх антипротозойних препаратів. За зручністю застосування також всі препарати подібні, але під час оцінювання побічних явищ за результатами наших даних та даних літератури [7, 8] переносимість таких препаратів, як тенонітрозол і орнідазол, дещо краща, ніж метронідазолу.

**Побічні явища в разі застосування деяких
антипротозойних препаратів**

Препарат	Побічні явища
Тенонітрозол	13%
Метронідазол	19%
Орнидазол	10%

Отже, внаслідок проведеного лікування хронічної трихомоніазної інфекції больові відчуття були ліквідовані у 54 (82%) із 66 пацієнтів. Дизуричні явища зникли у 34 (75%) із 45 пацієнтів. Виділення із сечовипускного каналу припинилися у 15 (60%) з 25 пацієнтів.

Дослідження за методом ПЛР проводили 69 хворим перед лікуванням, через 1 тиждень та 1 місяць після проведеного лікування. До проведення лікування усіх хворих була встановлена наявність *Trichomonas vaginalis* за допомогою методу ПЛР. Через 1 тиждень після завершення лікування за допомогою наведеного вище методу *Trichomonas vaginalis* була виявлена у 19 (28%) з 69 хворих (100%). Протягом лікування у 8 (11%) хворих виникли деякі перехідні побічні явища, які не потребували відміни препарату (нудота, головний біль, іктеричність склер). Ефективність лікування досягнута у 50 хворих (72%).

Окрім того, була проведена порівняльна характеристика виникнення побічних явищ під час застосування деяких антипротозойних препаратів [7].

ВИСНОВКИ

Застосування препарату Атрикан по 1 капсулі (250 мг) 2 рази на день протягом 10 днів з метою лікування урогенітального трихомоніазу є ефективним, безпечним та якісним шляхом усунення наведеної вище патології. Ефективність лікування складає 72% (50 хворих) у разі застосування терміном 10 днів.

У разі застосування препарату Атрикан виникає порівняно невелика кількість перехідних побічних явищ – 8 (11%). Атрикан можна широко рекомендувати для лікування урогенітального трихомоніазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Abraham V., Desjardins C.M., Filion L.G. and Garber G.E. 1996 Inducible immunity to *Trichomonas vaginalis* in a mouse model of vaginal infect. *Immun* 64: 3571–3575 [Free Full text in PMC].
2. Addis M., Rappelli P., Pinto De Andrade A.M., Colombo F.M., Cappuccinelli P. and Fioli P.L. 1999 Identification of *Trichomonas vaginalis* alpha – actinin as the most common immunogen recognized by sera of women exposed to the parasite. *J. Infect. Dis.* 180: 1727–1730 [PubMed] [Full Text].
3. Centers for Disease Control and Prevention. 2002. 2002 Sexually transmitted diseases treatment Guidelines. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 51(RR – 6): 44–45.
4. Katiyar S.K. and Edlind T.D. 1994. B-Tubulin genes of *Trichomonas vaginalis*. *Mol. Biochem. Parasitol.* 64: 33–42. [PubMed].
5. Lossick J.G. 1980. Single dose metronidazole treatment for vaginal trichomoniasis. *Obstet. Gynecol.* 56: 508–510. [PubMed].
6. Rein M.F. and Muller M. 1990. *Trichomonas vaginalis* and trichomoniasis. *Sex. Transm. Dis.* 481–492.
7. Wilcox R. 1960. Epidemiological aspects of human trichomoniasis. *Br. J. Vener. Dis.* 36–167 [PubMed].
8. Ильин И.И. (1991) Негонококковые уретриты у мужчин. – М.: Медицина, 228 с.
9. Клименко Б.В. Трихомониаз. – М.: Медицина. – 1987. – 158 с.

У разі вживання метронідазолу частіше спостерігаються диспепсичні розлади, головний біль, безсоння, алергічні реакції в порівнянні з деякими іншими антипротозойними препаратами.

Критерії ефективності лікування:

- відсутність трихомонад під час дослідження виділень із сечовипускного каналу, передміхурової залози, піхви, прямої кишки;
- позитивні результати клінічного та лабораторного дослідження протягом 2–3 менструальних циклів у жінок та через 1 місяць після проведеного лікування у чоловіків;
- відсутність клінічних проявів трихомонадної інфекції.

Профілактичні заходи в разі трихомоніазу повинні бути спрямовані на своєчасне та повне виявлення хворих, які заражені трихомонадами. Вони включають:

- виявлення та лікування хворих трихомоніазом;
- виявлення, обстеження та лікування статевих партнерів;
- обстеження на наявність трихомоніазу у всіх осіб із запальними захворюваннями органів сечостатевої системи;
- періодичне обстеження на наявність трихомоніазу осіб, які працюють в дитячих колективах, лікарнях, пологових будинках;
- санітарно-гігієнічні заходи;
- санітарно-освітня та виховна робота серед населення;
- застосування бар'єрних методів контрацепції;
- відсутність випадкових статевих зв'язків.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Метою нашого дослідження було визначення ефективності лікування урогенітального хронічного трихомоніазу препаратом Атрикан (тенонітрозол) компанії Іннотек Інтернаціональ (Франція). Дослідження проводили на кафедрі урології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. У дослідженні брали участь 69 пацієнтів з хронічним урогенітальним трихомоніазом. Вік пацієнтів складав від 21 до 45 років. Тривалість захворювання в середньому складала близько 3–4 років.

Діагноз урогенітального трихомоніазу був встановлений на основі таких лабораторних методів обстеження, як: мікроскопія забарвлених мазків, дослідження нативного препарату, застосування ПЛР.

Препарат Атрикан (тенонітрозол) призначали за схемою: по одній капсулі 250 мг два рази на день) протягом десяти днів. Як гепатопротектор ми застосовували препарат карсил по 1–2 драже 3 рази на день протягом 1 місяця.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного лікування хронічного урогенітального трихомоніазу наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Результати лікування хворих

Симптоматика	Кількість хворих (n=69)	
	До лікування трихомоніазу	Після лікування трихомоніазу
Больові відчуття	66 (96%)	12 (17%)
Дизуричні явища	45 (65%)	11 (16%)
Виділення із сечовипускного каналу	25 (36%)	10 (14%)