

# Досвід застосування антипротозойного препарату тенонітрозол в лікуванні хворих на хронічний уrogenітальний трихомоніаз

С.М. Пасічник, О.В. Шуляк

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Уrogenітальний трихомоніаз є актуальною проблемою та є одним із найбільш поширених захворювань сечостатевої системи. На сьогоднішній день уrogenітальний трихомоніаз вважають венеричним захворюванням. Без лікування *Trichomonas vaginalis* не залишають організм хазяїна та здатні спричинювати різноманітні ускладнення [4, 5, 7, 8].

Завдяки видатному естонському вченому Ю.Х. Тerasу стало відомо, що можливість заразитися через воду, купання та банні лавки виключена у зв'язку із незначною резистентністю.

Сучасною особливістю уrogenітального трихомоніазу є розвиток резистентності до препаратів групи нітроїмідазолів. Унаслідок безконтрольного застосування препаратів наведеної вище групи досить часто спостерігається неефективність застосування нітроїмідазолів [1, 2, 3, 6, 9].

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження щодо застосування препарату Атрикан (тенонітрозол) компанії Іннотек Інтернаціональ (Франція) проводили на кафедрі урології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. У дослідженні брали участь 153 пацієнти з хронічним уrogenітальним трихомоніазом. Вік пацієнтів складав від 21 до 45 років. Тривалість захворювання в середньому – 3–4 роки.

Діагноз уrogenітального трихомоніазу був встановлений на основі таких лабораторних методів обстеження, як: мікроскопія пофарбованих мазків, дослідження нативного препарату, застосування полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Препарат Атрикан (тенонітрозол) призначали за такими схемами:

У першій (1-й) групі хворих (69 хворих) препарат Атрикан ми застосовували (по одній – 250 мг – таблетці два рази на день) протягом 10 днів.

У другій (2-й) групі пацієнтів (84 хворих) перші три дні ми застосовували ударну дозу препарату (по 2 таблетки 250 мг два рази на добу), у подальшому (з 4-го по 10-й день) Атрикан призначали по одній таблетці – 250 мг – два рази на день.

Як гепатопротектор ми застосовували препарат карсил по 1–2 драже три рази на день протягом 1 міс.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінка лікування хронічного уrogenітального трихомоніазу наведена в табл. 2.

Отже внаслідок проведеного лікування хронічної трихомоніазної інфекції у пацієнтів 1-ї групи больові відчуття були ліквідовані у 54 (82%) хворих з 66 пацієнтів. Дизуричні явища зникли у 34 (75%) хворих із 45 пацієнтів.

Таблиця 1

Результати лікування 1-ї групи пацієнтів

Симптоматика	Кількість хворих (n-69)	
	До лікування (трихомоніазу), абс. число (%)	Після лікування (трихомоніазу), абс. число (%)
Больові відчуття	66 (96)	12 (17)
Дизуричні явища	45 (65)	11 (16)
Виділення з сечівника	25 (36)	10 (14)

Таблиця 2

Результати лікування пацієнтів 2-ї групи

Симптоматика	Кількість хворих (n-84)	
	До лікування (трихомоніазу), абс. число (%)	Після лікування (трихомоніазу), абс. число (%)
Больові відчуття	82 (98)	5 (12)
Дизуричні явища	54 (64)	7 (8,3)
Виділення із сечівника	31 (37)	7 (8,3)

Виділення з сечівника припинилися у 15 (60%) хворих з 25 пацієнтів.

Дослідження за методом ПЛР проводили 69 хворим (пацієнти 1-ї групи) перед лікуванням через 1 тиждень та 1 місяць після проведеного лікування. До проведення лікування всім хворим було встановлено наявність *Trichomonas vaginalis* за допомогою метода ПЛР. Через 1 тиждень після завершення лікування за допомогою вище наведеного метода *Trichomonas vaginalis* була виявлена у 19 (28%) пацієнтів 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 складала (72%) 50 хворих.

У хворих 2-ї групи внаслідок проведеного лікування хронічної трихомоніазної інфекції больові відчуття були ліквідовані у 77 (94%) хворих з 82 пацієнтів. Дизуричні явища зникли у 47 (87%) хворих з 54 пацієнтів. Виділення із сечівника припинилися у 24 (77%) хворих з 31 пацієнта. Дослідження за методом ПЛР проводили 84 хворим (пацієнти 2-ї групи) перед лікуванням через 1 тиждень та 1 місяць після проведеного лікування. До проведення лікування усіх хворих було встановлено наявність *Trichomonas vaginalis* за допомогою метода ПЛР. Через 1 тиждень після завершення лікування за допомогою наведеного вище методу *Trichomonas vaginalis* була виявлена у 18 (21%) пацієнтів з 84 хворих (100%). Протягом лікування у 15 (13%) хворих виникли де-

які перехідні побічні явища, які не потребували відміни препарату (нудота, головний біль, іктеричність склер).

Отже, ефективність лікування складала 79% (66 хворих).

### ВИСНОВКИ

Препарат Атрикан є високоефективним порівняно безпечним антипротозойним препаратом для лікування уrogenітального трихомоніазу у 66 хворих, що складало 79%, у разі застосування ударної дози протягом перших трьох днів лікування та у 50 хворих (72%) без застосування наведеної вище ударної дози.

У разі застосування препарату Атрикан виникає порівняно невелика кількість перехідних побічних явищ – 15 (13%) в групі, де застосовувалась ударна доза та 8 (11%) в групі хворих, де лікування проводили без застосування ударної дози. Наведені вище побічні явища не потребували додаткового лікування.

Атрикан може бути широко рекомендований для лікування уrogenітального трихомоніазу та доцільним є застосування ударної дози препарату!

### ЛІТЕРАТУРА

1. Ильин И.И. (1991) Негонкоковые уретриты у мужчин. – М.: Медицина. М., 228 с.
2. Клименко Б.В. Трихомониаз. – М.: Медицина. – 1987 – 158 с.
3. Abraham V., Desjardins C.M., Filion L.G., 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].
4. Addis M., Rappelli P., Pinto De Andrade A.M., Colombo F.M., Cappuccinelli P. and P.L. Fioli. 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 [Pub Med] [Full Text].
5. Centers for Disease Control and Prevention. 2002. Sexually transmitted diseases treatment Guidelines. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 51(RR – 6): 44–45.
6. Katiyar S.K. and Edlind T.D. 1994 B – Tubulin genes of *Trichomonas vaginalis*. *Mol. Biochem. Parasitol.* 64: 33–42. [PubMed].
7. Lossick J.G. 1980. Single dose metronidasole treatment for vaginal trichomoniasis. *Obstet. Gynecol.* 56: 508–510. [PubMed].
8. Rein M.F. and Muller M. 1990. *Trichomonas vaginalis* and trichomoniasis. *Sex. Transm. Dis.* 481–492.
9. Wilcox R. 1960. Epidemiological aspects of human trichomoniasis *Br. J. Vener. Dis.* 36 – 167. [PubMed].