

УДК 616.97:576.893.161.21

А.В. Семеняк, О.А. Андрієць, К.С. Сябрук, Л.А. Кучук\*

## ЛІКУВАННЯ УРОГЕНІТАЛЬНОГО ТРИХОМОНІАЗУ

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці,  
\*Обласна клінічна лікарня, м. Чернівці

**Резюме.** Проведено клінічно-лабораторне обстеження та лікування 100 жінок із трихомоніазом. Характерними особливостями трихомонадного інфікування є наявність полімікробних асоціацій із умовно-патогенними мікроорганізмами в 42 %, з умовно-патогенними та патогенними мікроорганізмами – у 48 %, з патогенними мікроорганізмами – у 10 %, наявність у 28 % випадків лактобактерій та різний ступінь

лейкоцитарної рейкції, від чого залежить ефективність лікування. Диференційований підхід до лікування, з урахуванням наявності лактобактерій та кількості лейкоцитів, забезпечує раціональне використання лікарських засобів, визначає використання різних схем лікування, зменшує кількість побічних ускладнень.

**Ключові слова:** трихомоніаз, запальні захворювання жіночих статевих органів.

**Вступ.** Серед запальних захворювань жіночих статевих органів найбільш поширеним є урогенітальний трихомоніаз (УТ), що викликається піхвовими трихомонадами *Trichomonas vaginalis*, які є джгутиковими найпростішими. Існує більше 20 видів і більше 120 штамів *Trichomonas vaginalis*. Частота захворювання в різних популяціях коливається в межах від 30 % до 80 %, у структурі запальних гінекологічних захворювань може сягати до 90 %, характеризуються високою контагіозністю та швидким розповсюдженням у певних групах населення, особливо серед молоді. Передається, зазвичай, статевим шляхом, можливий побутовий шлях передачі при недотриманні правил асептики [1].

УТ, як моноінфекція, виявляється рідко. В основному, трихомоніаз є змішаним протозойно-бактеріальним процесом. Практично всі мікроорганізми, які наявні в піхві (за винятком лакто- та біфідобактерій), можуть сприяти розвитку запального процесу. Особливого значення набувають асоціації трихомонад із умовно-патогенними мікроорганізмами (стафілококами, стрептококами, кишковою паличкою), внутрішньоклітинними збудниками (хламідіями, уреоплазмами, мікоплазмами), а також з вірусами. До мікроорганізмів, які є абсолютними патогенами і співіснують із трихомонадами, відносяться хламідії та гонококи. Слід відмітити, що збудники запального процесу в статевих органах змінюються досить часто, чому сприяє безконтрольне застосування антибактеріальних засобів [3].

Особливістю паразитування *Trichomonas vaginalis* є збереження всередині клітин паразита інших патогенних мікроорганізмів, захищаючи їх, при цьому, від антибактеріальних засобів, антитіл, лімфоцитів, що робить змішану трихомонадно-бактеріальну інфекцію надзвичайно резистентною до лікування.

Основним місцем паразитування трихомонад є піхва та нижні відділи сечостатевих органів. Завдячуючи наявності джгутика, *Trichomonas vaginalis* легко поширюється по статевих шляхах і сприяє одночасному ураженню різних відділів урогенітальної системи та внутрішніх статевих органів. У 10-20 % піхвові трихомонади поширюються в матку, маткові труби, черевну порожнину.

Поглинаючи патогенні мікроорганізми, трихомонади є провідниками інфекційних збудників у верхні відділи статевих органів і навіть у черевну порожнину [3].

Типовими симптомами УТ є пінисті вагінальні виділення від мізерних до рясних, із різким запахом та дизурія, можливі свербіж вульви, біль внизу живота, розвиток вульвіту, вагініту, цервіциту, екзоцервікс нагадує поверхню полуниці («полунична шийка матки») [1].

Перебіг захворювання може мати гострий, підгострий, торпедний (малосимптомний), хронічний і асимптомний характер. Гострий перебіг із вираженою клінічною картиною, симптоматикою є короткочасним, не завжди одразу виявляється *Trichomonas vaginalis*, що перешкоджає своєчасній діагностиці та лікуванню [4, 5].

Несвоєчасне або неадекватне лікування гострого процесу, а також відсутність профілактики, пояснює високу частоту розвитку хронічних форм із затяжним, нерідко стертим перебігом, схильність до рецидивів, наявність ускладнень (безпліддя, порушення менструальної функції, виникнення позаматкової вагітності, тазовий біль), резистентність до терапії [4].

У лікуванні трихомоніазу ефективними є нітроїмідазольні препарати – метронідазол, тинідазол. Курс лікування може бути одноденним із використанням великої дози препарату та тривалим упродовж 7-10 днів. При тривалому курсі терапії підвищується ризик розвитку побічних реакцій, порівняно із застосуванням одноразової дози препарату. Ефективність інтравагінальних форм нижча. Досить часто виникає потреба в повторних курсах лікування впродовж трьох-шести місяців, в окремих випадках збудник виявляється в мазках до одного року [2].

**Мета дослідження.** Встановити ефективність лікування при застосуванні різних схем лікування трихомоніазу, залежно від особливостей патологічного процесу, для визначення раціональної дози препарату та тривалості лікування.

**Матеріал і методи.** Для досягнення поставленої мети нами проведено клінічно-лабораторне обстеження та лікування 100 жінок основної групи із УТ. Для порівняння стану мікроцинозу піх-

ви та впливу *Trichomonas vaginalis* на жіночі статеві органи, сформовано контрольну групу (20 жінок). Жінки основної та контрольної груп були соматично здоровими.

Матеріалом для дослідження були виділення з піхви та цервікального каналу, зскрібок циліндричного епітелію з цервікального каналу. Методи дослідження – клінічно-лабораторний, бактеріоскопічний, бактеріологічний, статистичний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У жінок основної були скарги на періодичні патологічні виділення з піхви, різноманітні за інтенсивністю та характером. У більшості випадків (82 %) епізоди виділень самостійно минали, лікування не проводилося, через певні проміжки часу симптоми захворювання виникали знову. У 30 % жінок були явища дизурії, у 76 % жінок основної групи в анамнезі були запальні захворювання жіночих статевих органів.

Жінки контрольної групи не скаржилися на появу патологічних виділень, дизуричних явищ чи запальних захворювань жіночих статевих органів, що було критерієм включення їх до контрольної групи.

При дослідженні мазків жінок контрольної групи виявлено лактобактерії. У двох жінок контрольної групи (10 %) виявлялися дріжджоподібні гриби роду *Candida*, КУО 10<sup>2</sup>.

Характерною особливістю трихомонадного інфікування слизової оболонки піхви та цервікального каналу була наявність полімікробних асоціацій з умовно-патогенними мікроорганізмами у 42 %, з умовно-патогенними та патогенними мікроорганізмами – у 48 %, з патогенними мікроорганізмами – у 10 %. Отже, *Trichomonas vaginalis* сприяє різнонаправлено розвитку стійкого патологічного процесу в жіночих статевих органах.

Трихомонади створювали асоціації з такими умовно-патогенними мікроорганізмами: *Candida albicans* – 34 % ( $p < 0,05$ ), *S.aureus* – 22 % ( $p < 0,05$ ), *S.epidermidis* – 36 % ( $p < 0,05$ ), *E. coli* – 28 % ( $p < 0,05$ ), при цьому створювалися асоціації кількох мікроорганізмів.

Серед внутрішньоклітинних паразитів виявлялися *Chlamydia trachomatis* – 26 % ( $p < 0,05$ ), *Mycoplasma hominis* – 16 % ( $p < 0,05$ ), *Ureaplasma urealyticum* – 12 % ( $p < 0,05$ ), грамнегативні диплококи, морфологічно схожі на гонокок у 38 %. Патогенні мікроорганізми, як і умовно-патогенні мікроорганізми, створювали асоціації: *Chlamydia trachomatis* із грамнегативними диплококами, морфологічно схожими на гонокок у 16 %.

При проведенні обстеження виявлено наявність вірусів, зокрема, папілома вірус у 6 %, герпес вірус у 8 % випадків.

При аналізуванні результатів бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження встановлено ряд особливостей при паразитуванні *Trichomonas vaginalis*, у зв'язку з чим жінок основної групи розподілили на три підгрупи.

До першої підгрупи належали 28 жінок, у піхвових виділеннях яких, крім *Trichomonas vagi-*

*nalis*, виявлено, поряд з умовно-патогенними чи патогенними мікроорганізмами, лактобактерії, кількість лейкоцитів при цьому переважала допустиму норму та становила, в середньому, 25-50. У даній підгрупі переважали скарги на рясні піністі виділення із неприємним запахом, біль внизу живота.

Другу підгрупу становили 32 жінки, у піхвових виділеннях яких виявлялися поодинокі лактобактерії, кількість лейкоцитів була в межах норми, до 15. Жінок другої підгрупи також турбували періодичні виділення із неприємним запахом, ниючий біль внизу живота.

До третьої підгрупи віднесено 40 жінок. Характерною особливістю для даної підгрупи була наявність *Trichomonas vaginalis*, умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів, відсутність у піхвових виділеннях лактобактерій, кількість лейкоцитів у більшості (85 %) не переважала допустиму норму та становила до 10-15. Скарги на періодичні виділення із неприємним запахом, ниючий біль внизу живота, порушення менструального циклу.

Всім жінкам призначено лікування УТ відповідно до загальних рекомендацій [2]. Це короткі схеми лікування великими дозами метронідазолу (2,0 на добу per os та 1,0 місцево у вигляді вагінальних свічок) та довгі схеми лікування середніми дозами (1,0 на добу per os та 0,5 місцево у вигляді вагінальних свічок) упродовж 10-14 днів. За наявності патогенної мікрофлори призначалася антибактеріальна терапія відповідно до виділених збудників.

Лікування проводилося таким чином, що в кожній підгрупі одній половині жінок призначено короткі схеми лікування великими дозами метронідазолу, другій – довгі схеми лікування середніми дозами. Антибактеріальна терапія призначалася за показами.

Після першого курсу лікування 28 жінок першої підгрупи позитивний ефект спостерігався як при застосуванні коротких схем лікування (у 71 %), так і при застосуванні довгих схем лікування (у 86 %). Решта жінок потребувала повторних курсів лікування впродовж трьох місяців. Лікування було ефективним у 86 %.

При лікуванні 32 жінок другої підгрупи встановлено наявність позитивного результату в 62,5 % після першого курсу лікування. При застосуванні коротких схем лікування позитивний результат був у 50 %, при довгій схемі лікування позитивний результат спостерігався у 75 %. Отже, у випадку наявності *Trichomonas vaginalis* при зниженій імунній відповіді організму та незначній кількості лактобактерій, більш ефективними є довгі схеми лікування УТ. Через три місяці лікування виявилось ефективним у 72 % незалежно від схеми тривалості лікування.

У третій підгрупі лікування виявилось найменш ефективним. Призначення короткої схеми лікування 20 жінкам було неефективним. Через три місяці лише у трьох жінок – 15 % не виявля-

лися *Trichomonas vaginalis*. Призначення довгої схеми лікування впродовж 14 днів першого курсу теж було неефективним, однак, через три місяці позитивний результат лікування був у восьми жінок – 40 %.

Лікування УТ повинно проводитися відповідно до отриманих результатів бактеріоскопічного та бактеріологічного методів дослідження, наявності лактобактерій, що свідчить про незначні порушення мікробної екології піхви, патогенних мікроорганізмів, з урахуванням стану організму та його імунореактивності. Такий диференційований підхід забезпечить раціональне використання лікарських засобів, зменшить кількість побічних ускладнень, сприятиме згоді жінок для проведення лікування.

### Висновки

1. Трихомонади, паразитуючи в жіночих статевих органах, сприяють розвитку змішаного протозойно-бактеріального процесу, з різним ступенем порушення мікробної екології піхви та лейкоцитарної реакції на запальний процес.

2. Лікування уrogenітального трихомоніаза слід проводити відповідно до отриманих результатів бактеріоскопічного та бактеріологічного методів дослідження з урахуванням наявності лактобактерій та кількості лейкоцитів.

3. За наявності лактобактерій та вираженого запального процесу достатньо призначення короткої схеми лікування, оскільки ефективними є як короткі, так і довгі схеми лікування.

4. При незначній лейкоцитарній відповіді перевагу слід надавати довгим схемам лікування уrogenітального трихомоніаза, за відсутності лактобактерій та лейкоцитів лікування повинно бути тривалим з використанням довгих схем лікування.

**Перспектива подальших досліджень.** Визначення ефективності нових схем лікування резистентного трихомоніаза.

### Література

1. Дудчик М.В. Принципи лікування хронічного запального процесу придатків матки // М.В. Дудчик / Жін. лікар. – 2007. – № 1. – С. 8.
2. Клінічний протокол з акушерської та гінекологічної практики «Інфекції, що передаються статевим шляхом», згідно з наказом МОЗ № 582 від 15.12.03. – К., 2007. – 200 с.
3. Мавров Г.И. Особенности микрофлоры урогенитального тракта при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов / Г.И. Мавров, И.Н. Никитенко, Г.П. Чинов // Укр. ж. дерматол., венерол., косметол. – 2004. – № 2 (13). – С. 64-67.
4. Семеняк А.В. Лікування трихомоніаза у жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів / А.В. Семеняк, І.Р. Ніцович, С.Г. Приймак // Актуал. пробл. акуш. і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики. Зб. наук. праць. Випуск 23. – 2012. – С. 255-259.
5. Татарчук Т.Ф. Воспалительные заболевания органов малого таза: когда лечение должно быть незамедлительно / Т.Ф. Татарчук // Педиатрия, акушерство и гинекол., Здоров'я України. – 2010. – № 2 (13). – С. 52-53

## ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА

*А.В. Семеняк, О.А. Андриец, К.С. Сябрук, Л.А. Кучук\**

**Резюме.** Проведено клініко-лабораторне обстеження і лікування 100 жінок з трихомоніазом. Характерною особливістю трихомонадного інфікування є наявність полімікробних асоціацій з умовно-патогенними мікроорганізмами в 42 %, з умовно-патогенними і патогенними мікроорганізмами – в 48 %, з патогенними мікроорганізмами – в 10 %, наявність в 28 % випадках лактобактерій і різну ступінь лейкоцитарної реакції, від чого залежить ефективність лікування. Диференційований підхід до лікування, з урахуванням наявності лактобактерій і кількості лейкоцитів, забезпечує раціональне використання лікарських засобів, визначає використання різних схем лікування, зменшує кількість побічних ускладнень.

**Ключові слова:** трихомоніаз, запальні захворювання жіночих статевих органів.

## TREATMENT OF UROGENITAL TRICHOMONIASIS

*A.V. Semenyak, O.A. Andriyets, K.S. Siabruk, L.A. Kuchuk\**

**Abstract.** A clinical and laboratory examination and treatment of 100 women have been conducted. A characteristic of *Trichomonas* infection are polymicrobial associations with opportunistic microorganisms in 42 % of opportunistic and pathogenic microorganisms – 48 % of pathogenic microorganisms – 10 % presence in 28 % of cases, lactobacilli and varying degrees of leukocyte reaction the effectiveness of treatment depends on. Differentiated approach to treatment, taking into account the presence of lactic acid bacteria and white blood cell count, ensures the rational use of medicines, determines the use of different treatment regimens, reduces side effects.

**Key words:** trichomoniasis, pelvic inflammatory disease.

Higher State Educational Institution of Ukraine “Bukovinian State Medical University” (Chernivtsi)  
\*Regional Clinical Hospital (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.М. Юзько

Buk. Med. Herald. – 2016. – Vol. 20, № 2 (78). – P. 148-150

Надійшла до редакції 16.02.2016 року