

УДК: 616.97:576.893.161.21]-08:618.6

АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ
ЛІКУВАННЯ ТРИХОМОНІАЗУ
У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

А.В.Семеняк

Буковинський державний медичний
університет МОЗ України
(Україна, м.Чернівці)

Ключові слова: післяпологові інфекційні ускладнення, післяпологовий період, трихомоніаз, урогенітальні інфекції.

Резюме. Проведено лікування 60 жінок з трихомоніазом у післяпологовому періоді за допомогою внутрішньовенного введення впродовж трьох днів метронідазолу 100 мл (0,5 г) тричі на добу, (орнігілу 100 мл (0,5 г) двічі на добу) та фторхінолонів 100 мл (0,2 г) двічі на добу. Породіль розділено на 2 підгрупи: I підгрупа – 40 жінок, яким проводили лікування за умови тимчасової відмови від грудного вигодовування всіма переліченими препаратами з чітким дотриманням інтервалу введення ліків, лікування було ефективним, II підгрупа – 20 жінок з частковим збереженням грудного вигодовування, у яких фторхінолони не застосовувалися, інтервал введення орнігілу коливався 12-14 годин, лікування було ефективним у 15 випадках (75 %), що вірогідно не відрізняється у двох підгрупах.

Вступ

Післяпологові інфекційні ускладнення становлять серйозну проблему акушерства, сприяють розвитку акушерських та неонатальних ускладнень, потребують своєчасної діагностики та раціонального лікування, що робить необхідним тимчасове припинення грудного вигодовування. Враховуючи, що останніми роками спостерігається зростання частоти урогенітальних інфекцій з формуванням хронічних форм захворювання та поширення цих захворювань серед населення, необхідним є диференційований підхід до лікування [1], особливо в післяпологовому періоді, коли виникає вибір між призначенням адекватної антибактеріальної терапії та грудним вигодовуванням.

Трихомонадна інфекція виявляється майже у 10% населення [2]. У певних соціально-економічних групах поширеність трихомоніазу може сягати 40-90%. У жіночих статевих органах трихомонади можуть співіснувати з гонококами, вірусами простого герпесу, хламідіями, коринібактеріями та іншими мікроорганізмами, які знаходяться у нижніх відділах статевих органів. Поглинаючи патогенні мікроорганізми, трихомонади є провідниками інфекційних збудників у верхні відділи внутрішніх статевих органів та черевну порожнину [1]. Важливість проблеми зумовлена не тільки широким розповсюдженням захворювання, але й тими наслідками, які виникають в результаті дії як трихомонад, так і патогенних мікроорганізмів, що паразитують одночасно з трихомонадами [3].

Мета і завдання дослідження

Метою теперішнього дослідження було визначити ефективність лікування трихомоніазу у породіль при застосуванні різних схем лікування з

частковим збереженням грудного лікування.

Матеріал і методи

Для досягнення поставленої мети нами проведено лікування 60 жінок з трихомоніазом у післяпологовому періоді (основна група). Контрольну групу становили 20 породіль, в яких не було підвищення температури тіла та запальних захворювань жіночих статевих органів в анамнезі.

Серед породіль основної групи 14 (23,3 %) були соматично здоровими, у 25 (41,6 %) діагностовано хронічні запальні захворювання сечовидільної системи, у 10 (16,7 %) – анемія різного ступеня, у 6 (10 %) прееклампсія легкого та середнього ступеня, у 5 (8,3 %) – захворювання серцево-судинної системи. В анамнезі – наявність запальних захворювань жіночих статевих органів відмітили у 43 (71,7 %) жінок, на наявність періодичних патологічних виділень скаржилися всі породіллі. Серед породіль контрольної групи анемія різного ступеня була у 5 (25 %), захворювання серцево-судинної системи у 4 (20 %), у 11 породіль (55 %) контрольної групи соматичної патології не було. Вік жінок в обох групах коливався від 20 до 39 років (в середньому $30,5 \pm 0,45$ року).

Матеріалом для дослідження були виділення із піхви та цервікального каналу, зішкріб циліндричного епітелію з цервікального каналу. Методи дослідження – бактеріоскопічний, бактеріологічний, статистичний. Величину р (достовірність різниці) визначали по таблиці Стюдента-Фішера. Різниці між середніми величинами, що порівнювалися, рахувалися достовірними при $P < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви та цервікального каналу

проводили 65 породіллям при одноразовому підвищенні температури тіла більше 38° С впродовж перших днів після пологів та появи патологічних виділень із піхви. У 5 породіль (7,7 %) трихомоніази не було діагностовано. У результаті дослідження встановлено наявність трихомонад у 60 породіль основної групи: у 8 породіль основної групи діагностовано тільки наявність трихомонад, у 52 породіль була наявність полімікробних асоціацій. При обстеженні встановлено, що трихомонади паразитували тільки з умовно-патогенними у 17 випадках (28,3 %), лише з патогенними мікроорганізмами у 16 випадках (26,7 %), з патогенними мікроорганізмами та з умовно-патогенними одночасно у 27 випадках (45 %) (наявність патогенних мікроорганізмів була у 43 випадках (71,7 %)).

У 20 жінок контрольної групи виявлено *Candida albicans* 3 випадки (15 %), лактобактерії, коринібактерії 17 випадків (85%).

Трихомонади створювали асоціації із такими умовно-патогенними мікроорганізмами: *Candida albicans* 10 випадків (16,7 %) ($p > 0,05$), *S.epidermidis* 18 випадків (30 %) ($p < 0,05$), *E. coli* 14 випадків (23,3 %) ($p < 0,05$), *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* – 27 випадків – 45 % ($p < 0,05$), *S.epidermidis* і *E. coli* – 10 випадків – 16,7 % ($p < 0,05$), *S.epidermidis*, *E. coli* та *Ureaplasma urealyticum* чи *Mycoplasma hominis* 15 випадків 25 % ($p < 0,05$), патогенними: *Chlamydia trachomatis* 10 випадків (16,7 %) ($p < 0,05$), грам-негативні коками морфологічно схожими на гонокок 24 випадки (40 %) ($p < 0,05$), *F. enterococcus* 15 випадків (25 %) ($p < 0,05$).

Породіль основної групи розділено на 2 підгрупи: I підгрупа – 40 жінок, яким проводили лікування за допомогою внутрішньовенного введення впродовж трьох днів метронідазолу 100 мл (0,5 грам) тричі на добу, (орнігілу 100 мл (0,5 грам) двічі на добу) та фторхінолонів 100 мл (0,2 грами) двічі на добу, внутрішньом'язевого введення цефалоспоринов 1,0 грам двічі на добу за умови тимчасової відмови від грудного вигодовування. II підгрупа – 20 жінок, яким проводили лікування за допомогою внутрішньовенного введення впродовж трьох днів орнігілу 100 мл (0,5 грам) двічі на добу та внутрішньом'язевого введення цефалоспоринов 1,0 грам двічі на добу. Особливістю лікування породіль II підгрупи було часткове збереження грудного вигодовування. При застосуванні орнігілу допускається грудне вигодовування

через 12 годин, після попереднього зцідження молока за 2-3 години до годування, оскільки період напіввиведення становить 10-13 годин. Породіллям II підгрупи проводили внутрішньовенне введення орнігілу 100 мл (0,5 грам) після грудного вигодовування та зцідження молока для годування дитини, наступне введення орнігілу було після чергового годування через 12 годин. Введення орнігілу проводилося в середньому через 13 годин. Цефтріаксон у малих концентраціях виділяється у грудне молоко. Однак застосування препарату у період лактації можливе тоді, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода. Лікування породіль I та II підгрупи відрізнялося інтервалом внутрішньовенного введення похідних імідазолу та відсутністю застосування фторхінолонів, які не показані при лактації. Після лікування проведено аналіз та визначено ефективність лікування за наявності клінічних проявів та середній тривалості перебування у стаціонарі. У всіх 40 породіль I підгрупи лікування було ефективним, у задовільному стані із позитивною динамікою породіллі були виписані із стаціонару. Середня тривалість перебування у стаціонарі при цьому становила 4-5 днів. Серед 20 породіль II підгрупи лікування було ефективним у 15 випадках (75 %), що вірогідно не відрізняється у двох підгрупах. У 5 породіль виникла потреба заміни антибактеріальних засобів з тимчасовим припиненням годування дитини, що зумовило подовження середньої тривалості перебування у стаціонарі при до 5-6 днів.

Висновки

1. При одноразовому підвищенні температури тіла більше 38° С та появі патологічних виділень діагностовано наявність трихомонад з одночасною персистенцією умовно-патогенних та патогенних мікроорганізмів, що потребує застосування препаратів імідазолу у поєднанні з іншими антибактеріальними засобами.

2. При застосування препаратів імідазолу можливе грудне вигодовування через 12 годин після внутрішньовенного введення та попереднього зцідження молока, що забезпечує можливість часткового грудного вигодовування та лікувальний ефект.

3. Антибактеріальними препаратами вибору можуть бути цефалоспоринові за умови чутливості мікроорганізмів, які не є протипоказаними при лактації.

Література

1. Мавров Г.И. Особенности микрофлоры урогенитального тракта при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов / Г.И.Мавров, И.Н.Никитенко, Г.П.Чинов // Укр. Ж. дерматології, венерології, косметології. – 2004. – №2(13). – С. 64-67.
2. Мавров Г.И. Проблема трихомониаза (современные подходы к диагностике, этиотропной и патогенетической терапии) / Г.И.Мавров, И.Н.Никитенко, А.Г.Клетной // Дерматология та венерология. – 2003. – Т. 20, №2. – С.7-11.
3. Семеняк А.В. Лікування трихомоніази у жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів / А.В.Семеняк, І.Р.Ніцович, С.Г.Приймак // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики. Збірник наукових праць. – 2012. – вип.23. – С.255-259.

**АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ТРИХОМОНИАЗА В ПОСЛЕРОДОВОМ
ПЕРИОДЕ***А.В.Семеняк***Буковинский государственный
медицинский университет
(Украина, г.Черновцы)**

Резюме. Проведено лечение 60 женщин с трихомониазом в послеродовом периоде с помощью внутривенного введения в течение трех дней метронидазола 100 мл (0,5 г) три раза в сутки, (орнигил 100 мл (0,5 г) дважды в сутки) и фторхинолонов 100 мл (0,2 г) дважды в сутки, внутримышечного введения цефалоспоринов 1,0 г два раза в сутки. Рожениц разделены на 2 подгруппы: I подгруппа - 40 женщин, которым проводить лечение при условии временного отказа от грудного вскармливания всеми перечисленными препаратами с четким соблюдением интервала введения лекарств, лечение было эффективным, II подгруппа - 20 женщин с частичным сохранением грудного вскармливания, у которых фторхинолоны не применялись, интервал введения орнигила колебался 12-14 часов, лечение было эффективным в 15 случаях (75%), что достоверно не отличается в двух подгруппах.

Ключевые слова: послеродовые инфекционные осложнения, послеродовой период, трихомониаз, урогенитальные инфекции.

**ALTERNATIVE METHODS OF TREATMENT
OF TRICHOMONIASIS IN POSTPARTUM
PERIOD***A. V. Semenyak***Bucovinian State
Medical University
(Ukraine, Chernivtsi)**

Summary. We treated 60 women with trichomoniasis in the postpartum period using intravenous introduced within three days of metronidazole 100 ml (0.5 g) three times a day (ornihil 100 ml (0.5 g) twice daily) and ftorhinolones (100 ml 0 2 g) twice a day, intramuscular administration of cephalosporin 1.0 g twice a day. Parturients were divided into 2 subgroups: subgroup I - 40 women who provided treatment using all drugs listed in strict compliance with drug administration interval with temporary abandonment of breastfeeding, the treatment was effective, subgroup II - 20 women with partial breastfeeding, ftorhinolones were not used, the interval input of ornihil ranged 12-14 hours, the treatment was effective in 15 cases (75%), which is not significantly different in the two subgroups.

Keywords: postpartum infectious complications, postpartum, trichomoniasis, urogenital infections.