

П.В. Федорич

Українська військово-медична академія, Київ

Випадок ефективного лікування хронічного рецидивного трихомонадно-бактеріального кольпоцервіциту

Наведено клінічний випадок: хронічне запалення сечостатевої системи з рецидивним перебігом, спричинене *Trichomonas vaginalis* та *Enterococcus faecalis*, у 38-річної пацієнтки. Встановлено діагноз: хронічний бактеріально-трихомонадний кольпоцервіцит. Мікробна ерозія шийки матки.

Для лікування пацієнтки було застосовано двохетапний підхід. Перший етап передбачав подолання резистентності до етіотропних препаратів, другий – проведення протистотичної терапії.

На першому етапі послідовно призначали препарати біорегуляційної терапії, а саме: «Лімфоміозот Н», «Ехінацею композитум С», «Убіхінон композитум», «Мукозу композитум», «Метро-Аднекс-Ін'єль». Перераховані препарати забезпечували тканинний дренаж і детоксикацію, посилювали загальну та місцеву опірність, а також виявляли протизапальний і протинабряковий ефект. Сумарна дія цих лікарських засобів сприяє зменшенню резистентності до антибактеріальних та протистотичних препаратів. На другому етапі проводили етіотропну терапію препаратами «Секнідокс» та «Орципол» разом із засобами для місцевого лікування. Завдяки лікуванню досягнуто клінічного та етіологічного одужання, незважаючи на резистентність до засобів специфічної терапії при попередніх спробах лікування.

Отриманий позитивний результат лікування дає підстави визнати доцільність проведення двохетапного лікування пацієнтів з хронічними трихомонадно-бактеріальними запаленнями сечостатевої системи із рецидивним перебігом. На першому з них слід здійснювати заходи з метою подолання резистентності збудників запалення до специфічних препаратів, на другому – безпосередньо проводити етіотропну терапію.

Ключові слова

Trichomonas vaginalis, *Enterococcus faecalis*, біорегуляційна терапія, резистентність, орнідазол, секнідазол.

По спеціалізовану дерматовенерологічну допомогу звернулася хвора Ш., 38 років, зі скаргами на помірні пінисті виділення з піхви, періодичне відчуття дискомфорту внизу живота і відчуття лоскотання у піхві напередодні місячних, а також на наступний день після статевих актів. На момент звертання скарги тривали протягом кількох років. Розлучена, має дитину 13 років. Статеві контакти впродовж останніх 3 років мала виключно з використанням презервативів. Соматичних захворювань на момент звертання не виявлено. Під час останнього відвідування гінеколога поліклініки за місцем проживання (приблизно за пів року до теперішнього звернення) пацієнтці було встановлено діагноз «хронічний трихомонадний кольпоцервіцит» і призначене лікування, що включало по-

слідовні прийоми метронідазолу та тинідазолу. Крім того, призначено внутрішньо флуконазол, а також щоденні спринцювання піхви «Ротоканом» та піхвові пігулки з метронідазолом. Рекомендовано дієту № 5 та утримання від статевих контактів. Після проведення зазначеного курсу терапії хвора відзначила поліпшення стану, а також значне зменшення вираженості скарг. Таке поліпшення тривало близько 1 міс. Через певний час вона змушена була звернутися для подальшого обстеження і консультації. З анамнезу відомо, що пацієнтка за час хвороби отримала кілька курсів лікування з приводу сечостатевого трихомоніазу. Лікарських призначень попереднього періоду не зберегла.

Проведено лабораторне обстеження, що склалося з визначення за допомогою методу полі-

меразної ланцюгової реакції (ПЛР) в біологічному матеріалі, взятому з уретри, піхви та цервікального каналу, таких збудників захворювань, що передаються переважно статевим шляхом: *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida spp.*, а також мікроскопічне та бактеріологічне дослідження. Результати останнього підтвердили наявність *Enterococcus faecalis* у помірній кількості. За допомогою методу ПЛР виявлено *Trichomonas vaginalis*. За даними клініко-лабораторного дослідження у хворі також було виявлено ерозію шийки матки, явища кольпіту та ендocerвіциту.

Встановлено діагноз: хронічний бактеріально-трихомонадний кольпоцервіцит. Мікробна ерозія шийки матки.

Лікування трихомонадних інвазій сечостатевої системи на сьогодні є важливою та складною проблемою дерматовенерології, а також суміжних спеціальностей, оскільки захворювання є багатоголищевим, має низку істотних ускладнень, а також характеризується високою імовірністю розвитку резистентності до проведеної терапії [6]. Останнє, імовірно, має натепер особливе значення з огляду на використання для елімінації *Trichomonas vaginalis* із сечостатевої системи людини лікарських засобів лише двох груп — нітроїмідазолів та нітрофуранів [4]. Розвиток резистентності до препаратів цих груп значно зменшує шанси таких пацієнтів на одужання. Таким чином, виникнення резистентності до засобів етіотропної терапії при трихомоніазі є актуальною проблемою сучасної дерматовенерології та суміжних медичних фахів.

Для подолання резистентності мікрофлори сечостатевої системи при хронічно-рецидивному перебігу інфекцій, які передаються статевим шляхом, традиційно використовують засоби різних груп лікарських препаратів, зокрема біологічні стимулятори, протеолітичні ферменти, пірогенні та імуномодулювальні препарати, а також засоби біорегуляційної (антигомотоксичної — за Рекевегом) терапії [2]. Їх призначають здебільшого перед початком застосування етіотропних препаратів.

Для лікування пацієнтки було використано двоетапний підхід. Перший етап передбачав подолання резистентності до етіотропних препаратів, другий — проведення протистоксидної терапії.

Для подолання резистентності до засобів специфічної терапії було обрано біорегуляційну терапію. Використано ампульовані офіційні препарати «Лімфоміозот Н», «Ехінацея композитум С», «Убіхінон композитум», «Мукоза ком-

позитум», «Метро-Аднекс-Ін'єль». Перераховані препарати забезпечували тканинний дренаж та детоксикацію, посилювали загальну та місцеву (слизових оболонок) опірність, а також справляли протизапальний і антинабряковий ефект [1, 3]. Препарати вводили за оригінальною схемою підшкірно та внутрішньом'язово у перерахованому порядку по 1 ампулі на добу. Таким чином, цикл уведень становив 5 днів, курс (25 діб) складався з 5 циклів. Разом з тим для уникнення введення одного й того самого препарату в одну анатомічну зону щоразу використовували таку послідовність: ліве передпліччя (підшкірно); праве передпліччя (підшкірно); ліве стегно (підшкірно); праве стегно (підшкірно); ліва сідниця (внутрішньом'язово); права сідниця (внутрішньом'язово). Далі послідовність введення повторювали. Додатковими перевагами біорегуляційної терапії, що проводили, були незначна болючість препаратів, а також відсутність здатності спричинити розвиток побічних ефектів.

Етіотропне лікування трихомонадної інвазії сечостатевої системи було розпочато одразу після завершення біорегуляційної терапії, що співпало із закінченням мenses. Застосовували послідовно секнідазол («Секнідокс») по 2 г 1 раз на добу ввечері протягом 5 днів, а також препарат, що містить 0,5 г орнідазолу та 0,5 г ципрофлоксацину («Орципол») по 1 пігулці тричі на день. Поєднання різних антипротозойних препаратів значно підвищує ефективність відповідного лікування завдяки зниженню вірогідності виникнення можливих явищ резистентності з боку збудника захворювання. Крім того, використання ципрофлоксацину надає додаткові переваги, пов'язані насамперед з елімінацією супутньої мікрофлори, в даному випадку — *Enterococcus faecalis* [7].

Пацієнтці щоденно робили вагінальні спринцювання та вводили піхвові пігулки з ніфуротелем та ністатином («Макмірор»), а також свічки з хлоргексидином («Гексикон») послідовно протягом 8 та 7 днів відповідно. Ніфуротель є похідним нітроїмідазолу, що надає додаткові переваги при місцевому лікуванні за рахунок вираженої протистоксидної дії цього препарату. Хлоргексидин має широкий спектр дії на піхвову мікрофлору, а також справляє протистоксидний та антибактеріальний ефект. Під час лікування пацієнтці суворо забороняли сексуальні контакти, а в контрольний період — статеві акти без застосування бар'єрних засобів контрацепції з метою запобігання реінфекції.

Значна тривалість протистоксидної терапії в цієї пацієнтки становила 15 діб, що було зу-

мовлено хронічним рецидивним перебігом трихомоніази. На шостий день від початку лікування за наведеною схемою почалась епітелізація ерозії шийки матки, яка тривала до припинення терапії.

Згідно з чинними рекомендаціями ефективність лікування для елімінації *Trichomonas vaginalis* із сечостатевої системи визначали через 7, 14 і 30 днів по закінченні відповідної терапії [5]. Для цього використовували методи оптичної мікроскопії мазків із фарбуванням за Романовським, а також одночасно проводили ПЛР. В жодному з контрольних досліджень *Trichomonas vaginalis* не було виявлено. Скарги на виділення й дискомфорт у пацієнтки були відсутні. Відзначено клінічну та етіологічну вилікованість.

Отже, завдяки проведенню комплексної терапії, яка на першому етапі передбачала заходи для подолання резистентності до засобів етіотропного лікування, а на другому — використання препаратів специфічної дії, у 38-річній пацієнтки вдалося досягти клінічної та етіологічної вилі-

ковності хронічного трихомонадно-бактеріального запалення сечостатевої системи з рецидивним (упродовж 7 років) перебігом.

Враховуючи це, можна зробити висновок, що у хворих з хронічними трихомонадно-бактеріальними запаленнями сечостатевої системи з рецидивним перебігом лікування доцільно проводити в два етапи. На першому з них слід здійснювати заходи з метою подолання резистентності збудників запалення до специфічних препаратів, а на другому — проводити безпосередньо етіотропну терапію. На першому етапі, як показав позитивний досвід цього спостереження, доцільно використовувати біорегуляційну терапію з включенням таких препаратів, як «Лімфоміозот Н», «Ехінацея композитум С», «Убіхінон композитум», «Мукоза композитум», «Метро-Аднекс-Ін'ель», за наведеною оригінальною схемою. Як протистотидний та протистотидно-антибактеріальний засоби можна використовувати відповідно «Секнідокс» та «Орципол».

Список літератури

1. Агасаров Л.Г., Киргизова О.Ю., Фролков В.К. и др. Проблема коррекции сочетанных кардиальных и метаболических нарушений в формате специальности «восстановительная медицина» // Лечащий врач.— 2019.— № 2.— С. 35—37.
2. Антигомотоксичні препарати [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/2819/antigomotoksichni-preparati>.
3. Линева О.И. Возможности биорегуляционной терапии в гинекологической практике (обзор литературы) // Гинекология.— 2016.— № 6.— С. 36—42.
4. Мавров И.И. Половые болезни.— М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2002.— 752 с.
5. Мавров И.И., Белозоров О.П., Тацька Л.С. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом.— Харків: Факт, 2000.— 120 с.
6. Федорич П.В., Мавров Г.І. Лікування генітальних інвазій, спричинених *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas tenax*, *Pentatrichomonas hominis*, *Giardia lamblia* // Дерматовенерол., косметол., сексопатол.— 2019.— № 1–2.— С. 5–10. doi: 10.37321/dermatology.2019.1-2-01.
7. Fedorych P.V., Mavrov G.I. The role of protozoal infestations in chronic inflammation exacerbations in patients with genitourinary pathology.— EURYKA: Health Science, 2018.— N 5.— P. 28–33. doi: 10.21303/2504-5679.2018.00727.

П.В. Федорич

Українська військово-медична академія, Київ

Случай эффективного лечения хронического рецидивирующего трихомонадно-бактериального кольпоцервицита

Представлен клинический случай: хроническое воспаление мочеполовых органов с рецидивирующим течением, обусловленное *Trichomonas vaginalis* и *Enterococcus faecalis*, у 38-летней пациентки. Установлен диагноз: хронический бактериально-трихомонадный кольпоцервицит. Микробная эрозия шейки матки.

Для лечения пациентки был использован двухэтапный подход. Первый этап предусматривал преодоление резистентности к этиотропным препаратам, второй — проведение протистотидной терапии.

На первом этапе последовательно назначали препараты биорегуляционной терапии, а именно: «Лимфоміозот Н», «Ехінацею композитум С», «Убіхінон композитум», «Мукозу композитум», «Метро-Аднекс-Ін'ель». Перечисленные препараты обеспечивали тканевый дренаж и детоксикацию, усиливали общую и местную сопротивляемость, а также проявляли противовоспалительный и противоотечный эффект. Суммарное действие этих лекарственных средств позволяет уменьшить резистентность к антибактериальным и протистотидным средствам. На втором этапе проводили этиотропную терапию препаратами «Секнідокс» и «Орципол» вместе со средствами для местного лечения. Благодаря лечению удалось достичь клинического и этиологического выздоровления, несмотря на устойчивость к средствам специфической терапии при предыдущих попытках лечения.

Полученный положительный результат лечения дает основания признать целесообразность проведения двух-этапного лечения пациентов с хроническими трихомонадно-бактериальными воспалениями мочеполовой системы с рецидивирующим течением. На первом из них следует осуществлять мероприятия по преодолению резистентности возбудителей воспаления к специфическим препаратам, на втором — непосредственно проводить этиотропную терапию.

Ключевые слова: *Trichomonas vaginalis*, *Enterococcus faecalis*, биорегуляционная терапия, резистентность, орнидазол, секнидазол.

P.V. Fedorych

Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv

A case of effective treatment of chronic recurrent trichomonade-bacterial colpocervicitis

A clinical case is presented of a 38 year old woman with chronic inflammation of the genitourinary organs with recurrent course caused by *Trichomonas vaginalis* and *Enterococcus faecalis*. The diagnosis was made: chronic bacterial-trichomonas colpocervicitis. Microbial erosion of the cervix.

For the treatment of the patient, a two-stage approach was used. The first stage involved overcoming the resistance to etiotropic drugs, the second — protistocidal therapy.

At the first stage, sequential treatment with bioregulatory drugs was carried out, namely: *Lymphomyosot N*, *Echinacea compositum C*, *Ubiquinone compositum*, *Mucosa compositum*, *Metro-Adnex-Injeel*. The listed preparations provided tissue drainage and detoxification, enhanced general and local resistance, as well as anti-inflammatory and anti-edema effects. The combined effect of these drugs can reduce resistance to antibacterial and protistocidal agents. At the second stage, etiotropic therapy with *Secnidox* and *Orcipole* was carried out together with local treatment. The treatment made it possible to achieve clinical and etiological recovery, despite the resistance to specific therapy in previous treatment attempts.

The obtained positive treatment result suggests the feasibility of a two-stage treatment of patients with chronic trichomonasbacterial inflammation of the genitourinary system with a relapsing course. At the first stage, measures should be taken to overcome the resistance of inflammatory pathogens to specific drugs, and at the second stage — to directly conduct etiotropic therapy.

Key words: *Trichomonas vaginalis*, *Enterococcus faecalis*, bioregulatory therapy, resistance, ornidazole, secnidazole.

Дані про автора:

Федорич Павло Володимирович, к. мед. н., доц., начальник курсу дерматології та венерології, проф. кафедри військової загальної практики-сімейної медицини Української військово-медичної академії Міністерства оборони України
01015, м. Київ, вул. Московська, 45/1, буд. 33
E-mail: pvf9@meta.ua