

УДК 616.97:576.893.161.21]-08:618.3

ТЕРАПИЯ ТРИХОМОНИАЗА У БЕРЕМЕННЫХ

А.Н.Гришкевич

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

*Проблемой лечения трихомонадной инфекции в акушерстве и гинекологии является появление и широкое распространение метронидазол-устойчивых штаммов *Trichomonas vaginalis*. Оценена эффективность орнидазола при лечении трихомоноза у беременных второго и третьего триместров. Установлено, что препарат орнидазол является высокоэффективным при лечении беременных женщин, страдающих трихомонозом. Микробиологическая эффективность орнидазола – 92,5±4,2%. При отсутствии проведения антитропотозойной терапии, в 47,5% случаев у инфицированных *Trichomonas vaginalis* женщин наблюдались преждевременные роды. При лечении беременных женщин, страдающих трихомонозом, препаратором орнидазол, равно как и в группе неинфицированных женщин, все женщины родили в срок. Лечение беременных женщин, страдающих трихомонозом, при помощи препарата орнидазол способствует снижению осложнений процесса родов и послеродового периода.*

Ключевые слова: трихомонадная инфекция; препарат орнидазол; эффективность терапии.

Лечение трихомонадной инфекции в акушерстве и гинекологии – одна из актуальных проблем на современном этапе [1, 4]. Уже доказана роль трихомонадной инфекции в возникновении преждевременного разрыва плодных оболочек, преждевременных родов, а также рождении детей с низкой массой тела и поражением респираторного тракта новорожденных [4, 5, 8, 9].

Проблемой лечения является появление и широкое распространение метронидазол-устойчивых штаммов *Trichomonas vaginalis*. Первые случаи резистентности *T. vaginalis* к метронидазолу были зарегистрированы еще в 1962 г. По данным Центров по контролю за заболеваниями (CDC, США), в 1989 г. до 25% всех клинических изолятов *T. vaginalis* в той или иной степени обладали устойчивостью к данному препарату [2, 5]. Указанная тенденция сохранялась и в последующие годы [3]. В связи с ростом удельного веса метронидазол-резистентных штаммов *Trichomonas vaginalis* представляет интерес расширение спектра используемых в клинике противотрихомонадных препаратов. За последние годы создана целая серия препаратов 5-нитроимидаолов, характеризующихся более высокой эффективностью, липофильностью, лучшей всасываемостью и меньшей токсичностью – ниморазол, орнидазол, карнидазол, тинидазол, секнидазол и т.д. [3, 7].

Во время беременности выбор препарата для лечения должен осуществляться с учетом срока беременности и его клинической эффективности. Вследствие того, что беременные потенциально исключены из клинических исследований по этичес-

ским соображениям, для большинства препаратов отсутствуют доказательные данные об их эффективности и безопасности во время беременности [1, 6, 9]. Способность препаратов группы 5-нитроимидаолов проникать через плацентарный барьер с созданием высокой концентрации в амниотической жидкости и крови плода ограничивает возможность их применения в I триместре беременности. В то же время, повышенный риск развития дефектов плода и тератогенности не подтвержден, поэтому в ряде стран (США, Канада) терапию трихомоноза метронидазолом проводят в максимально ранние сроки, в том числе и в I триместре беременности [4, 8, 9]. Более безопасная альтернатива – возможное применение в I триместре беременности для местного воздействия противогрибковых средств из группы производных имидазола. Пероральный прием препаратов группы 5-нитроимидаолов назначают беременным женщинам, начиная с III триместра беременности [6, 7].

Анализ имеющихся публикаций свидетельствует о более высокой клинико-бактериологической эффективности препаратов группы 5-нитроимидаолов, но более нового поколения в сравнении с метронидазолом. Так, эффективность орнидазола составляет порядка 92,8–100% в сравнении с 73,4–95% у метронидазола [2, 5, 6].

Цель исследования – оценить эффективность орнидазола при лечении трихомоноза у беременных второго и третьего триместров.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели было отобрано 80 инфицированных *Trichomonas vaginalis* беременных женщин,

находящихся на госпитализации в родильном доме №2 г. Минска. Группу сравнения составили 40 беременных женщин, не инфицированных *Trichomonas vaginalis*.

С целью более достоверной оценки эффективности проведенной орнидазолом терапии, исследуемые пациентки были разделены на 3 группы:

- группа 1А – пациентки, антипротозойная терапия у которых проводилась при помощи орнидазола;

- группа 1С – пациентки, антипротозойная терапия у которых в силу целого ряда обстоятельств не была проведена (преждевременные роды, перевод пациентки в другой стационар, роды произошли раньше получения результата лабораторной диагностики, самовольный уход пациентки из стационара, отказ пациентки от участия в исследовании и др.);

- группа 1D – пациентки, не инфицированные *Trichomonas vaginalis*.

Терапия орнидазолом была проведена при достижении срока гестации 24 недели. Орнидазол назначался по 500 мг дважды в день на курс от 7–10 дней до 10–14 дней. Курс антипротозойной терапии длительностью от 7 до 10 дней назначался в случае острой формы заболевания, с выраженной клинической симптоматикой. Курс антипротозойной терапии длительностью от 10 до 14 дней назначался при хронической форме заболевания, латентном течении, наличии сопутствующих осложнений гестационного периода. Одновременно на весь курс лечения были назначены местная терапия при помощи вагинальных метронидазолсодержащих свечей (или таблеток), а также ферментативные препараты (протеолитические ферменты с иммуномодулирующим действием) и гепатопротекторы (зарегистрированные для применения в Республике Беларусь, согласно протоколам) для перорально-

го применения.

Описательная статистика для бинарных параметров приводится в виде: «количество случаев, среднее значение процента случаев ± ошибка среднего». Доверительные интервалы среднего приводятся для $p=0,05$. Анализ различий между подгруппами выполнялся по критерию хи-квадрат и для бинарных параметров по критерию Фишера.

Результаты. При наблюдении за беременными с трихомонадной инфекцией было установлено, что в группе пациенток, получавших орнидазол (группа 1А), беременность во всех случаях закончилась срочными родами. Из осложнений родов у 4 ($10\pm4,8\%$) женщин отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ), у 3 ($7,5\pm4,2\%$) – хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), у 10 ($25\pm6,9\%$) имелись разрывы мягких тканей.

В группе беременных 1С (без проводимой антипротозойной терапии) преждевременные роды отмечены у 19 ($47,5\pm8,0\%$) пациенток. ПИОВ отмечено у 18 ($45\pm8,0\%$), ХГП – у 14 ($35\pm7,6\%$), у 10 ($25\pm6,9\%$) имелись разрывы мягких тканей.

Среди беременных группы 1D беременность во всех случаях закончилась срочными родами, ПИОВ отмечено у 1 ($2,5\pm2,5\%$) пациентки, ХВГП – также у 1 ($2,5\pm2,5\%$) пациентки, у 2 ($5\pm3,5\%$) пациенток имелись разрывы мягких тканей.

Более детально осложнения родов и послеродового периода представлены в табл. 1.

По окончании курса проведенной противотрихомонадной терапии орнидазолом всем пациенткам из группы 1А ($n=40$) проведено контрольное ПЦР-исследование, результаты которого свидетельствуют о микробиологической эффективности проведенной терапии (табл. 2), составившей $92,5\pm4,2\%$.

Таблица 1

Осложнения родов и послеродового периода

Осложнения	Пролеченные препаратором Орнидазол (группа 1А) $n=40$	Не инфицированные (группа 1D) $n=40$	Не леченные (группа 1С) $n=40$
ПИОВ	4($10\pm4,8\%$)	1 ($2,5\pm2,5\%$)	18 ($45\pm8,0\%$)
Слабость родовой деятельности	2($5\pm3,5\%$)	2 ($5\pm3,5\%$)	10 ($25\pm6,9\%$)
Хроническая гипоксия плода	3 ($7,5\pm4,2\%$)	1 ($2,5\pm2,5\%$)	14 ($35\pm7,6\%$)
Бездводный период: >6 часов	7($17,5\pm6,1\%$)	5($12,5\pm5,3\%$)	10 ($25\pm6,9\%$)
Задержка частей последа	-	-	3 ($7,5\pm4,2\%$)
Разрывы мягких тканей	10 ($25\pm6,9\%$)	2 ($5\pm3,5\%$)	10 ($25\pm6,9\%$)
Гипотоническое кровотечение	-	-	1 ($2,5\pm2,5\%$)
Кесарево сечение	5 ($12,5\pm5,3\%$)	2 ($5\pm3,5\%$)	21 ($52,5\pm8,0\%$)
Преждевременные роды	-	-	19 ($47,5\pm8,0\%$)

Таблица 2

Частота элиминации *Trichomonas vaginalis* после курса антитропозойной терапии

Антитропозойный препарат	Частота элиминации возбудителей
Орnidазол (n=40)	37 (92,5±4,2%)

Выводы:

1. Препарат орnidазол является высокоэффективным при лечении беременных женщин, страдающих трихомонозом. Микробиологическая эффективность орnidазола – 92,5±4,2%.

2. При отсутствии проведения антитропозойной терапии, в 47,5% случаев у инфицированных *Trichomonas vaginalis* женщин наблюдались преждевременные роды. При лечении беременных женщин, страдающих трихомонозом, препаратором орnidазол, равно как и в группе неинфицированных женщин, все женщины родили в срок.

3. Лечение беременных женщин, страдающих трихомонозом, при помощи препарата орnidазол способствует снижению осложнений процесса родов и послеродового периода.

ЛИТЕРАТУРА

- Боуден, Ф.Дж. Эпидемиология трихомониаза: параметры и анализ модели лечебных вмешательств / Ф.Дж.Боуден, Дж.П.Гарнет // ИППП. – 2001. – №6. – С.5–13.
- Горпинченко, И.И. Тиберал в лечении больных с хроническим урогенитальным трихомонозом / И.И.Горпинченко, Ю.Н.Гурженко // Здоровье мужчины. – 2004. – №2. – С.165–168.
- Определение резистентности *Trichomonas vaginalis* к антитропозойным препаратам у больных мочеполовым хламидиозом / Ю.Ф.Захаркив [и др.] // Инфекционные болезни: проблемы здравоохранения и военной медицины. – СПб., 2006. – С.127–128.
- Кулага, О.К. Роль скрининговых обследований беременных в профилактике инфицирования плода и новорожденного / О.К.Кулага, С.И.Михалевич // Актуальные вопросы дерматологии, венерологии и дерматокосметологии: материалы V съезда дерматологов и венерологов Респ. Беларусь. – Минск, 2006. – С.215–219.
- Особенности гетероморфизма *Trichomonas vaginalis* у больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза при трихомониазе / Ж.Г.Морева [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – №6. – С.42–49.
- Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии: Руководство для практикующих врачей. 2-е изд., испр. и доп. – В 2 т. – Т.1. Акушерство, неонатология / под общ. ред. В.Н.Серова, Г.Т.Сухих. – М.: Литтерра, 2010. – 784 с.

7. Терапия урогенитальных инфекций в период беременности / В.Л.Тютюнник [и др.] // Медицинский совет. – 2017. – №2. – С.62–66.
8. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy / P.Brocklehurst [et al.] // Cochrane Database Syst Rev, 2013, 1: CD000262, pub 4.
9. Association of pregnancy and Candida vaginal colonization in women with or without symptoms of vulvovaginitis / C.Leli [et al.] // Minerva Ginecol, 2013, 65(3): 303–39.

TRICHOMONIASIS THERAPY IN PREGNANT WOMEN

A.N.Hryshkevich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Appearance and widespread of metronidazole-resistant strains of *Trichomonas vaginalis* is the problem of treatment of *Trichomonas* infection in obstetrics and gynecology. Effectiveness of ornidazole in the treatment of trichomoniasis in pregnant women in the second and third trimesters is evaluated. It was revealed that ornidazole is highly effective in treatment of pregnant women with trichomoniasis. Microbiological effectiveness of ornidazole is 92,5±4,2%. Preterm labor was observed in 47.5% of cases among women infected with *Trichomonas vaginalis* in the absence of antiprotozoal therapy. All women suffering from trichomoniasis gave birth on time in the treatment with ornidazole, as well as uninfected women. Treatment of pregnant women with trichomoniasis with ornidazole use helps to reduce complications of childbirth and puerperium.

Keywords: *Trichomonas* infection; ornidazole; effectiveness of therapy.

Сведения об авторе:

Гришкевич Алина Николаевна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», доцент кафедры общей врачебной практики; тел.: (+37529) 1924717; e-mail: alingris@yandex.ru.