

Секнідазол у комплексному лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз

Дюдюк А. Д., Поліон Н. М., Горбунцов В. В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Мета клінічного дослідження – вивчення ефективності та переносимості Секнідоксу в комплексному лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз (УГТ). Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилися 87 хворих з УГТ у віці від 18 до 57 років (жінок – 38, чоловіків – 49). Свіжий УГТ діагностовано у 36 (41,4 %), хронічний – у 51 (58,6 %) хворих. Комплексне лікування хворих на УГТ включало застосування Секнідоксу як етіотропного препарату та призначення гепатопротекторів, адаптогенів і місцевої терапії, що була адекватною топічній діагностиці. Секнідокс призначали хворим зі свіжим УГТ по 2,0 г одноразово, а хворим з хронічним УГТ – по 2,0 г у перший, третій і п'ятий день лікування. Результати та їх обговорення. Найближчі і віддалені результати ефективності комплексного лікування хворих на УГТ із застосуванням етіотропного препарату Секнідокс показали повне клініко-мікробіологічне зцілення у 85 (97,7 %) хворих. Усі хворі на УГТ, які були під нашим спостереженням, вказали на високу комплаєнтність препарату Секнідокс (одноразовий прийом), що дозволяє з цілковитою певністю виконувати лікарські рекомендації щодо режиму прийому лікарського засобу. Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність і адекватність використання Секнідоксу в комплексному лікуванні хворих на УГТ. Висока ефективність і добра переносимість дають підставу рекомендувати Секнідокс для широкого застосування у комплексному лікуванні хворих на УГТ.

Ключові слова: секнідазол, протозойна інвазія, урогенітальний трихомоніаз, клініка, ускладнення, лікування.

Захворювання, спричинені інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом, становлять реальну загрозу суспільному здоров'ю. На цей час інфекції сечостатевої системи відносяться до числа найпоширеніших захворювань, які зустрічаються у медичній практиці [3, 4, 6, 10-12].

До найпоширеніших і соціально значущих інфекцій сечостатевих органів відносяться вірусна, гонококова, хламідійна, міко- та уреоплазмозна, а також трихомонадна інвазія. Світова сумарна кількість пацієнтів, що щорічно захворюють на урогенітальні інфекції, складає сотні мільйонів людей. Більшість урогенітальних інфекцій переважно передаються статевим шляхом. Нестатевому шляху передачі урогенітальних інфекцій сприяє забруднення інфекційними виділеннями рук, предметів туалету, рушників, постільної білизни, ванн (біде), сидіння унітазу та ін. [3, 4, 6, 11, 12].

Складність клініко-лабораторної діагностики та лікування хворих на урогенітальні інфекції полягає, зазвичай, у наявності у хворих асоціації одночасно двох-трьох або більшої кількості патогенних збудників, а також мало- та безсимптомний перебіг захворювання. Перебіг захворювання з незначними клінічними проявами або без них сприяє хронізації патологічного процесу та формуванню великої кількості вогнищевих уражень із різними видами ускладнень [3, 4, 6, 11, 12].

Запальний процес при урогенітальних інфекціях є складною судинно-мезенхімальною реак-

цією тканини на пошкоджуючу дію патологічних агентів. Ця реакція спрямована на знищення збудника, що спричинив це пошкодження, і на відновлення пошкодженої тканини. Запальний процес відноситься до захисно-приспосувальної реакції, результат якої дуже часто може призводити до несприятливих станів.

Урогенітальні інфекції можуть сприяти розвитку:

- позаматкової вагітності;
 - безплідності;
 - невиношування вагітності;
 - аномалій пологової діяльності;
 - патології плаценти;
 - антифосфоліпідного синдрому;
 - аутоімунної патології;
 - анти-ХГЧ-синдрому;
 - тазового болю;
 - диспареунії;
 - порушень менструального циклу;
 - спайкового процесу;
 - післяопераційних запальних ускладнень;
 - ектопії епітелію шийки матки;
 - ендометріозу;
 - поліпів слизової цервікального каналу і ендометрію;
 - міоми матки,
- а також сприяти інфікуванню новонародженого, мертвонародженню, збільшенню ризику зараження ВІЛ-інфекцією.

Найчастішими і самими грізними наслідками генітальної інфекції є безплідність і позаматкова вагітність. Так, безплідність зустріча-

ється [11, 12]:

- за наявності хламідій – у 50 % інфікованих хворих;
- за наявності гонокока – у 30-40 %;
- за наявності уреоплазм – у 30 % і більш;
- при трихомонадній інвазії – у 45-50 % інфікованих хворих.

Трихомоніаз – протозойна інвазія, що має патогенетичні, клінічні і мікроекологічні особливості. Етіологічним агентом трихомоніазу є *T. vaginalis* – протозойний паразит, який має досить складну будову і своєрідний метаболізм. *T. vaginalis* вражає:

- у чоловіків:

- 1) уретру;
- 2) сім'яні міхурці;
- 3) передміхурову залозу;
- 4) сечовий міхур;
- 5) ниркові миски;

- у жінок:

- 1) передвір'я піхви і саму піхву;
- 2) придатки яєчників;
- 3) маткові труби;
- 4) матку.

При трихомоніазі часто розвивається висхідна інфекція сечовивідних шляхів.

У даний час встановлено, що уrogenітальний трихомоніаз топічно призводить до багатоголищового ураження. *T. vaginalis* може вражати як органи сечостатевої системи, так і інші органи і системи. Наявність у трихомонад специфічних рецепторів до естрадіолу і дегідротестостерону при хронізації інфекції може служити чинниками, що сприяють розвитку гіперпластичних процесів у гормонально-залежних тканинах.

У значної частини хворих (від 25 до 50 %) спостерігаються латентні або стерті форми перебігу захворювання з відсутністю скарг. Тому частіше трихомонади виявляються при профілактичних оглядах або при активному залученні до обстеження статевих партнерів, хворих на трихомоніаз [2-4, 11, 12].

Трихомонадне носійство зустрічається у 40-50 % хворих із змішаною уrogenітальною інфекцією. Вік жінок, хворих на трихомоніаз і змішану інфекцію, коливається у межах 18-59 років.

В останній час збільшилася кількість атипичних форм *T. vaginalis*. Ці форми трихомонад відрізняються малою рухливістю і мають амебоїдну або кулясту форму, що ускладнює бактеріоскопічну діагностику і є частою причиною гіподіагностики трихомоніазу [1, 3, 4, 11, 12].

T. vaginalis має загальнобіологічний феномен до захоплення (фагоцитозу) і резервування різних патогенних і умовно-патогенних мікро-

організмів. Це може обумовлювати персистенцію різних патогенів і призводити до розвитку рецидивів ПСШ, що також пов'язано з незавершеним фагоцитозом мікроорганізмів і недостатністю антибіотиків усередину *T. vaginalis*.

Відсутність патогномонічних клінічних проявів сечостатевого трихомоніазу та частий перебіг захворювання з мінімальними клінічними проявами ставлять лабораторні методи дослідження в основу діагностики цього інфекційного захворювання. Для підвищення виявлення трихомонадної інвазії необхідно одночасно використовувати декілька методів лабораторної діагностики, спрямованих на виявлення патогенного агента і вироблених макроорганізмом антитіл до патогену. Для діагностики уrogenітального трихомоніазу зазвичай використовують мікроскопічні, культуральні, молекулярно-біологічні і серологічні методи дослідження, що показали досить високу інформативність, чутливість та специфічність.

Ефективна і своєчасна терапія хворих на трихомоніаз багато у чому впливає на розповсюдження інфекції, перебіг патологічного процесу та прогноз захворювання. Успіх лікування залежить від правильного індивідуального підбору лікарських засобів, їх фармакокінетики і фармакодинаміки [1, 3, 4, 6, 9, 11].

Лікування хворих на трихомоніаз має проводитися індивідуально з урахуванням топічної діагностики. Сьогодні методи терапії хворих на уrogenітальний трихомоніаз чітко розроблені на підставі принципів доказової медицини. Відповідно до сучасних уявлень, доказова медицина, як то визначив *David Sackett*, – це «свідоме, чітке і неупереджене використання кращих із наявних доказових відомостей для прийняття рішень про допомогу конкретним хворим».

Наукова група ВООЗ рекомендує застосування метронідазолу і аналогічних протитрихомонадних препаратів як основних етіологічних засобів у лікуванні хворих на трихомонадну інфекцію.

Сучасні методи терапії хворих на уrogenітальний трихомоніаз ізомерами 5-нітроїмідазолу достатньо ефективні, і їх ефективність досягає 76-90 %. Але нерідко, навіть тривале застосування трихомонацидних засобів не дозволяє досягти клінічного і мікробіологічного вилікування хворих. Встановлено, що штами уrogenітальних трихомонад, що виділяються від різних хворих, можуть мати різну чутливість до протитрихомонадних препаратів. Рядом авторів встановлено підвищення резистентності трихомонад до препаратів метронідазолу ряду у тих осіб, які неодноразово застосовували їх у санації інфекційно-

го агента. Вважається, що виникнення відносно резистентності до препаратів метронідазолового ряду пов'язане з лікуванням хворих низькими дозами та недотриманням режиму прийому препаратів. Стійкість вагінальних трихомонад до звичайних засобів етіотропної терапії також може бути наслідком трансформації аеробного метаболізму на анаеробний [1, 3, 4, 6, 8, 10].

Ефективність терапії хворих на трихомоніаз залежить від призначення адекватних етіотропних препаратів та виконання хворими рекомендованого режиму лікування, а також відсутності реінфекції. Деякі випадки невдалої терапії хворих на урогенітальний трихомоніаз пояснюються виробленням *T. vaginalis* ферментів, як інгібують антипротозойні препарати. Також серед причин невдалої санації інфекції не виключена й інактивація етіотропних препаратів супутньою бактерійною мікробіотою.

Gillette H. et al. вивчили 195 випадків трихомоніазу у жінок, які були інфіковані принаймні за 17 місяців до початку тестування. Результати проведеного дослідження показали, що *T. vaginalis*:

- були чутливі до метонідазолу *in vitro* – у 17 (8,7 %) ізолятів;
- мали межу стійкості – у 13 (6,7%);
- мали помірну стійкість – у 46 (23,6 %);
- були високостійкі – у 119 (61 %).

Ці дослідження дають можливість зробити висновок, що стійкість трихомонад до метронідазолу доволі висока.

Трихомонади з високим рівнем резистентності до метронідазолу дуже часто не піддаються ерадикації. При деяких клінічних випадках, коли стандартні методи лікування хворих на урогенітальний трихомоніаз неефективні, можна отримати позитивний результат підвищеними дозами метронідазолу. У подібних обставинах для ефективного лікування потрібен дуже високий токсичний рівень концентрації препарату, який може призвести до токсичного враження печінки та інших паренхіматозних органів.

Тому очевидно, що для ерадикації стійких штамів трихомонад необхідні застосування нових протистостатичних засобів, які мають:

- широкий антимікробний спектр дії;
- підвищену активність відносно певних мікроорганізмів;
- активність відносно проблемних збудників;
- покращені фармакокінетичні властивості;
- мінімальну токсичність та ін.

Альтернативою застосуванню в етіотропній терапії метронідазолу виступають інші представники нітроїмідазольних засобів, зокрема секнідазол.

Секнідазол є перспективним, сучасним препаратом для лікування хворих на урогенітальний трихомоніаз. На фармацевтичному ринку України секнідазол зареєстрований під назвою Секнідокс.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності та переносимості Секнідоксу в комплексному лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 87 хворих з урогенітальним трихомоніазом (38 жінок та 49 чоловіків) у віці від 18 до 57 років. Діагностовано:

- свіжий урогенітальний трихомоніаз – у 36 (41,4 %);
- хронічний – у 51 (58,6 %) хворих.

Діагноз урогенітального трихомоніазу встановлювали на підставі:

- скарг хворих;
- анамнестичних даних;
- клінічних проявів захворювання;
- виявлення *T. vaginalis* у досліджуваних біологічних матеріалах.

Для виявлення *T. vaginalis* використовували бактеріоскопічні, бактеріологічні, імунологічні і молекулярно-біологічні методи дослідження. Усім хворі, які були під нашим спостереженням, до і після лікування проводилися загальноклінічні дослідження.

Комплексне лікування хворих на урогенітальний трихомоніаз включало застосування секнідазолу (Секнідоксу) як етіотропного препарату та призначення гепатопротекторів, адаптогенів і місцевої терапії, що була адекватною топічній діагностиці. Секнідазол призначали:

- хворим зі свіжим урогенітальним трихомоніазом – по 2,0 г одноразово;
- хворим з хронічним процесом – по 2,0 г у перший, третій і п'ятий день лікування.

Секнідазол є протимікробним засобом для системного застосування, за хімічним складом – похідним імідазолу (5-нітроїмідазолу). Препарати цієї групи – високоактивні антимікробні засоби широкого спектру дії для системного лікування пацієнтів з інфекціями, які спричинені облигатними анаеробними бактеріями і простішими. Крім того, ці лікарські засоби також активні по відношенню до окремих представників факультативних анаеробів.

За механізмом антимікробної дії похідні 5-нітроїмідазолу представляють собою препарати з швидким бактерицидним і протистостатичним типом дії і відносяться до ДНК-тропних сполук із вибірковою активністю щодо мікроорганізмів, які мають ферментні системи нітроредуктази.

Препарати цієї групи можуть застосовуватися як у дорослих, так і у педіатричній практиці з відповідною корекцією доз залежно від виду захворювання, віку хворого і функціонального стану нирок.

Сучасний препарат класу 5-нітроїмідазолу – Секнідокс є гідним представником цієї групи лікарських засобів, який характеризується такими фармакокінетичними показниками:

- незначно зв'язується з білками плазми крові (на 15 %);
- має тривалий період напіввиведення (20-25 годин);
- повільно виводиться з організму (16 % від прийнятої дози протягом 72 годин).

Секнідазол на 80 % абсорбується після перорального прийому; максимальний рівень його концентрації у сироватці крові досягається вже через 3-4 години. Секнідазол має високий ступінь абсорбції і високий ступінь біодоступності; біодоступність секнідазолу складає 80 %. Метаболізується секнідазол у печінці. Виділяється секнідазол також з грудним молоком і проникає через плацентарний бар'єр, що необхідно враховувати при призначенні препарату вагітним та матерям-годувальницям.

Такі фармакокінетичні властивості препарату забезпечують його клінічну ефективність і можливість одноразового прийому. Крім того, секнідазол добре переноситься пацієнтами.

Спектр показань для застосування препарату Секнідокс досить широкий. Показаннями до призначення є:

- трихомонадні уретрити і вагініти;
- бактеріальний вагіноз;
- амебіаз кишечника;
- амебіаз печінки;
- лямбліоз.

Секнідокс призначається для прийому всередину:

- для дорослих доза складає 2 г;
- для дітей – 30 мг/кг в один або декілька прийомів.

Курс лікування – від одного до 5 днів. Слід зазначити, що секнідазол є препаратом із одноразовим прийомом, що рекомендовано ВООЗ для лікування даної категорії хворих.

Ефективність проведеного лікування нами оцінювалась на підставі:

- позитивної динаміки перебігу патологічного процесу;
- подальшої відсутності клінічних проявів урогенітального трихомоніазу;
- результатів аналізу комплексу лабораторних методів дослідження на *T. vaginalis*.

Про переносимість препарату судили на підставі суб'єктивних відчуттів хворих і об'єктивних даних, під час лікарського огляду. Частоту і ступінь небажаних явищ оцінювали впродовж усього періоду клінічного спостереження. Статистичну обробку одержаних даних проводили загальноприйнятими методами статистичного аналізу.

Результати та їх обговорення. Клінічні прояви трихомонадної інфекції у чоловіків, які були під нашим спостереженням, носили малосимптомний характер, з помірною гіперемією губок уретри, мізерними уретральними виділеннями та почуттями дискомфорту. У 18 хворих було констатовано появу відчуття печії шкіри головки статевого члена після статевого контакту. На прискорене сечовипускання скаржилося 20 хворих чоловіків серед тих, що були під нашим спостереженням.

У 16 обстежених нами жінок з трихомонадною інфекцією запальний процес носив гострий характер і мав клінічні прояви трихомонадної інфекції, що характеризувалися рясними жовто-зеленими виділеннями із статевих шляхів, які мали неприємний запах та забруднювали натільну білизну. Серед суб'єктивних симптомів превалювали свербіння, дизурія, диспареунія, а п'ять жінок, хворих на урогенітальний трихомоніаз, додатково вказували на біль у нижній частині живота. При фізикальному обстеженні констатовано гіперемію, набряк слизової оболонки; у 14 жінок виявлено невелику кількість ерозійних елементів в області промежини. У 22 жінок, які були під нашим спостереженням, специфічний запальний процес носив хронічний характер і характеризувався помірною гіперемією слизової оболонки, свербінням в області зовнішніх статевих органів, диспареунією, а вагінальні виділення були мізерними і мали слизистий характер.

При кольпоскопічному дослідженні у 9 жінок, що були під нашим спостереженням, на слизовій оболонці піхви і вагінальної частини шийки матки мали місце точкові геморагії. При забарвленні вогнища ураження 3-відсотковим розчином Люголю була встановлена йоднегативна реакція.

Про ефективність комплексного лікування хворих на урогенітальний трихомоніаз, які були під нашим спостереженням, указувало:

- зменшення кількості виділень і зміна їх характеру;
- зникнення суб'єктивних скарг, на які вказували хворі до проведення специфічної терапії.

Серед хворих на урогенітальний трихомоні-

аз, що були під нашим спостереженням і приймали Секнідокс, були констатовані такі небажанні явища:

- диспептичні розлади – у 4 хворих;
- поява металевого присмаку в порожнині роту – у трьох.

Проте ці явища були незначними і не вимагали відміни препаратів або призначенні додаткового лікування. По закінченню курсу етіотропного лікування всі ці побічні ефекти безслідно проходили без додаткової корекції комплексної терапії.

Таким чином, перенесення комплексного лікування з призначенням Секнідоксу у хворих на урогенітальний трихомоніаз, які були під нашим спостереженням, було добрим.

Додатковою особливістю препарату Секнідокс є висока біодоступність, яка досягає більш ніж 80 %, що дозволяє забезпечити концентрацію діючої речовини у тканинах організму, які є нішею життєдіяльності *T. vaginalis*. Тривалий період напіввиведення Секнідоксу (більше 25 годин) дає можливість максимально спростити схему прийому препарату.

За показниками «Ефективність / Зручність застосування», секнідазол перевершує інші препарати 5-нітроїмідазольної групи, які зазвичай застосовуються при лікуванні хворих на трихомоніаз сечостатевої системи.

Найближчі і віддалені результати ефективності комплексного лікування хворих на урогенітальний трихомоніаз із застосуванням етіотропного препарату Секнідокс показав

ЛІТЕРАТУРА

1. Белькова Ю. Л., Козлов С. Н. Общие подходы к терапии инфекции, вызванной резистентными к метронидазолу штаммами *Trichomonas vaginalis* // ФАРМАТЕКА. – 2007. – № 10. – С.
2. Дерматовенерология. Учебное пособие / Под ред. В. П. Федотова, А. Д. Дюдюна, В. И. Степаненко. Изд-е 2. рус. – Днепропетровск – Киев: изд-во «Свидлер А. Л.», 2011. – 652 с.
3. Дюдюн А. Д., Полион Н. М., Горбунцов В. В., Башмаков Д. Г., Почка Є. О. Комплексне лікування хворих на урогенітальний трихомоніаз із застосуванням сучасного антипротозойного препарату секнідазолу // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. – № 1-4. – С. 284-288.
4. Дюдюн А. Д., Полион Н. Н., Бабюк И. А., Горбунцов В. В., Башмаков Д. Г. Эффективность, переносимость и комплаентность применения секнидазола в комплексном лечении

ли клініко-мікробіологічну ефективність у 85 (97,7 %) хворих.

Усі хворі на урогенітальний трихомоніаз, які були під нашим спостереженням, вказали на високу комплаентність Секнідоксу (одноразовий прийом), що дозволяє чітко виконувати рекомендації лікаря по режиму прийому препарату.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про доцільність і адекватність призначення Секнідоксу в комплексному лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз. Висока ефективність, безпека і комплаентність використання Секнідоксу є підставою для рекомендації його до широкого застосування в якості етіотропного препарату в комплексному лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз.

Висновки

1. Препарат Секнідокс – дві таблетки по 1,0 г, покриті оболонкою, у блістері, виробництва *World Medicine*, Франція, показав високу ефективність при лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз.
2. Препарат Секнідокс добре переносився хворими, не спричиняв будь-яких серйозних побічних реакцій і змін лабораторних показників крові і сечі.
3. Враховуючи високу ефективність і хорошу переносимість препарату Секнідокс виробництва *World Medicine*, Франція, можна рекомендувати його для широкого застосування у комплексному лікуванні хворих на урогенітальний трихомоніаз.

больных урогенитальным трихомониазом // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – № 3 (50). – С. 144-149.

5. Дюдюн А. Д., Полион Н. Н., Горбунцов В. В., Захаров С. В. Эффективность применения секнидазола в комплексном лечении больных с акнеподобными поражениями кожи лица // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2014. – № 2 (53). – С. 96 – 101.
6. Кисина В. И. Урогенитальный трихомониаз: проблемы и пути их решения // ИППП. – 2001. – № 6. – С. 14-17.
7. Компендиум 2016 – Секнидокс. <http://compendium.com.ua/info/173350/seknidoks>
8. Gillis J. C., Wiseman L. R. Secnidazole. A review of its antimicrobial activity, pharmacokinetic properties and therapeutic use in the management of protozoal infections and bacterial vaginosis // *Drugs*. – 1996. – Vol. 51, No 4. – P. 621-638.
9. Guaschino S., De Santo D., De Seta F. New

- perspective in antibiotic prophylaxis for obstetric and gynecological surgery // *J. Hosp. Inf.* – 2002. – No 50. - Suppl. A. – S13-S16.
10. *Horner P. J., Blee K., Falk L., van der Meijden W., Moi H.* 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis // *Int. J. STD AIDS.* – 2016. – Vol. 27, No 11. – P. 928-937.
11. *Mielczarek E., Blaszkowska J.* Trichomonas vaginalis: pathogenicity and potential role in human reproductive failure // *Infection.* – 2016. – Vol. 44, No 4. – P. 447-458.
12. *Rajalakshmi R., Kalaivani S.* Prevalence of asymptomatic infections in sexually transmitted diseases attendees diagnosed with bacterial vaginosis, vaginal candidiasis, and trichomoniasis // *Indian J. Sex. Transm. Dis.* – 2016. – Vol. 37, No 2. – P. 139-142.

СЕКНИДАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Дюдюн А. Д., Полион Н. Н., Горбунцов В. В.
ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»

Цель клинического исследования – изучение эффективности и переносимости Секнидокса в комплексном лечении больных урогенитальный трихомониаз (УГТ). Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 87 больных с УГТ в возрасте от 18 до 57 лет (женщин – 38, мужчин – 49). Свежий УГТ был диагностирован у 36 (41,4%), хронический – у 51 (58,6%) пациентов. Комплексное лечение больных УГТ включало применение Секнидокса как этиотропного препарата и назначения гепатопротекторов, адаптогенов и местной терапии, которая была адекватной топической диагностике. Секнидокс назначался больным со свежим УГТ по 2,0 г однократно, а больным с хроническим УГТ – по 2,0 г в первый, третий и пятый день лечения. Результаты и их обсуждение. Ближайшие и отдаленные результаты эффективности комплексного лечения больных УГТ с применением этиотропного препарата Секнидокс показали полное клинико-микробиологическое излечение у 85 (97,7%) больных. Все больные УГТ, которые были под нашим наблюдением, отметили высокую комплаентность препарата Секнидокс (однократный прием), что позволяет с полной уверенностью выполнять врачебные рекомендации по режиму приема лекарственного средства. Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности и адекватности использования Секнидокса в комплексном лечении больных УГТ. Высокая эффективность и хорошая переносимость дают основание рекомендовать Секнидокс для широкого применения в комплексном лечении больных УГТ.

Ключевые слова: секнидазол, протозойная инвазия, урогенитальный трихомониаз, клиника, осложнения, лечение.

SECNIDAZOL IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH UROGENITAL TRICHOMONIASIS

Dyudyun A. D., Polyon N. M., Gorbuntsov V. V.
“Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine” SE

The aim of our analysis was to study the clinical efficacy and tolerability of Secnidox in the treatment of patients with urogenital trichomoniasis (UGT). Materials and Methods. We observed 87 patients with UGT in age from 18 to 57 years (38 women and 49 men). Fresh UGT was diagnosed in 36 (41.4 %), chronic one – in 51 (58.6 %) patients. Complex treatment of UGT patients included the use of Secnidox as etiotrop medicine and prescription of adaptogens, hepatic and local therapy, which was adequate to topical diagnosis. Secnidox administered to patients with fresh UGT at 2.0 gr. once, and patients with chronic UGT – at 2.0 gr. in the first, third and fifth day of the treatment. Results and its Discussion. Early and late results of the efficiency of complex treatment of patients with UGT with the use of etiotropic Secnidox drug showed complete clinical and microbiological cure in 85 (97.7%) patients. All UGT patients having been under our observation indicated a high compliance of Secnidox drug that allowed to carry out medical advices on the treatment dosage with high reliability. Conclusions. The results of the study suggested the appropriateness and adequacy of using Secnidox in complex treatment of patients with UGT. The high efficiency and good tolerance gave reason to recommend Secnidox for wide application in complex treatment of patients with UGT.

Keywords: secnidazol, protozoal invasion, urogenital trichomoniasis, clinic, complications, treatment.

Дюдюн Анатолий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Полион Наталья Николаевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

Горбунцов Вячеслав Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины».

andd@ua.fm