

Использование препарата гинекил для профилактического, превентивного и курсового лечения заболеваний, передающихся половым путем

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко
г. Киев

В работе показаны принципы и методики использования препарата Гинекил производства фирмы «Synmedic Laboratoris» (Индия) для профилактического и курсового лечения заболеваний, передающихся половым путем.

Ключевые слова: *инфекции, передающиеся половым путем, профилактическое лечение, превентивное лечение, курсовое лечение, Гинекил.*

По данным ВОЗ инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), представляют собой одну из наиболее частых заболеваний в мире.

ИППП относятся к так называемым социопатиям, т.е. заболеваниям, имеющим не только медицинское, но и социальное значение ввиду широкого распространения среди сексуально активного населения. Более 25% молодых людей поражены инфекциями, передающимися половым путем. Ежегодно в мире регистрируется около 340 млн. новых случаев, из них в регионе Юго-Восточной Азии и Индии — более 190 млн. Распространенность ИППП среди городского и сельского населения составляет по данным статистики соответственно 10 и 7%, хотя истинные цифры — в 2-3 раза больше. Более половины случаев смешанной инфекции сопровождаются осложнениями, среди которых особое место занимает экскреторно-токсическое бесплодие у мужчин и нарушение репродуктивной функции у женщин.

Кроме классических венерических болезней в настоящее время описано более 20 видов возбудителей, передающихся половым путем. И более чем в 67% случаев наблюдается смешанная инфекция. Из наиболее часто выявляемых инфекций описан хламидиоз. Число известных случаев инфекции половых путей, вызываемых *Chlamydia trachomatis*, продолжает расти и достигает в среднем 3-4 млн. в год. Одновременное инфицирование *Chlamydia trachomatis* отмечается у 30-50% женщин с цервикальной гонореей и у 25% мужчин с гонококковым уретритом. Хламидиоз довольно часто сочетается с другими инфекциями. Ассоциация хламидийной инфекции с другими заболеваниями у мужчин выявлены: с *Trichomonas vaginalis*-53,3%; с двумя патогенными микроорганизмами — 39,3%; с тремя патогенными микроорганизмами — 21%.

Уреаплазма обуславливает около 10% всех и 30-40% негонококковых уретритов у мужчин. Уреаплазмы чаще обнаруживают у тех больных, у которых исключена хламидийная инфекция, хотя в 50% случаев эти инфекции протекают параллельно. В литературе описаны клинические исследования, где больным уретритом назначали антибиотики, эффективные в отношении уреаплазм, и получали клинический эффект. Существуют также серологические доказательства уреаплазменной инфекции при уретритах. Многие исследователи считают *Ureaplasma urealyticum* возбудителем 10—15% хронических простатитов. Полагают, что простата может быть инфицирована уретрогенным путем. *Ureaplasma urealyticum* может вызывать как изолированный этиологический агент, хотя чаще она играет роль

сопутствующей инфекции при хламидийных и гонококковых эпидидимитах.

Микроплазмы, как и уреоплазмы, часто «осваивают» слизистые оболочки органов мужчин, не вызывая реакции, но уже доказано, что эти микроорганизмы не являются условно-патогенными. Это возбудители воспалительных заболеваний половой сферы. В ассоциации с другими возбудителями, в частности с хламидиями, они играют значительную роль в этиологии восходящей мочеполовой инфекции у мужчин. Трихомоноз также относится к числу широко распространенных инвазий. В последние годы наблюдается рост числа заболеваний, вызванных трихомонадами, во многих странах. По данным ВОЗ трихомонозом ежегодно заболевают около 200 млн. человек. Трихомонадная инфекция является причиной возникновения воспалительных заболеваний мочеполовой системы у 23-40% мужчин. Трихомоноз у человека довольно часто протекает в составе микст-инфекции (вместе с гонореей, хламидиозом, уреоплазмозом, кандидозом). Как моноинфекцию заболевание диагностируют у 10,5% больных, в качестве различных комбинаций ассоциированных микроорганизмов — у 89,5%. 10% всех инфекционных заболеваний у мужчин приходится на трихомоноз.

Ввиду широкой распространенности и социальной важности заболеваний, передающихся половым путем, требования к антибактериальным препаратам, применяемым для лечения, достаточно высоки. Во-первых, неудачи в лечении распространенных социально опасных заболеваний неприемлемы, во-вторых лечение должно быть эффективным независимо от того, где оно проводится. ВОЗ разработаны специальные рекомендации, которым должны отвечать препараты, используемые для лечения ИППП:

- эффективность не менее 90%;
- предупреждение дальнейшего распространения ИППП;
- доступная цена;
- хорошая переносимость и малая токсичность;
- возможность однократного применения;
- пероральный прием;
- возможность назначения во время беременности;
- медленное развитие резистентности микроорганизмов к средствам терапии;

Эффективность является важнейшим критерием отбора схем лечения. Схемы с гарантией излечения меньшей, чем 90% должны использоваться с осторожностью, т.к. такое лечение способствует селекции устойчивых штампов, таким образом уменьшается эффективность лечения последующих пациентов. Применение схем лечения, эффективность которых ниже 80%, недопустимо. Вторым важнейшим вопросом при лечении ИППП является вопрос безопасности, т.е. степени токсичности применяемых лекарств. Контингент больных ИППП нередко заражено не одним, а несколькими возбудителями, что требует применения нескольких препаратов. Возможно заражение на фоне беременности, что заставляет особым вниманием относиться к безопасности плода. Применительно к ИППП различают основные и альтернативные схемы лечения.

Препараты выбора обеспечивают наилучшее соотношение между необходимой эффективностью лечения и доказанной безопасностью применения препаратов. Альтернативные препараты обеспечивают приемлемые результаты лечения, при отсутствии возможности использования рекомендуемых схем в связи с особыми обстоятельствами: беременностью, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов, лактацией, сопутствующими заболеваниями и т.д. К специфическим видам терапии при ИППП относятся превентивное и профилактическое лечение. Превентивное лечение подлежат люди, которые имели половой или тесный бытовой контакт с больными ранними формами ИППП, если с момента контакта с больным или малознакомым партнером прошло не более 10 дней. Профилактическому лечению подлежат люди, которые имели половой или тесный бытовой контакт с больным ранними формами ИППП, если с момента контакта с больным

или малознакомым партнером прошло не более двух часов. Данные виды лечения имеют важное значение для дальнейшего предотвращения распространения инфекции. Для выяснения и уточнения всего круга лиц, бывших в контакте с пациентом, необходимо иметь в виду все виды сексуальных отношений могут привести к заражению ИППП. Для достижения контроля за распространением ИППП, предложено несколько основных мероприятий:

1. Режим приема лекарств: использовать только высокоэффективные препараты.
2. Режим приема лекарств также может включать лечение против потенциальных (не выявленных) болезнетворных организмов.
3. Режим лечения, предусматривающий использование одной дозы.

Исходя из приобретенного опыта изучения эпидемиологии ИППП, ВОЗ рекомендует для устранения угрозы распространения ИППП проводить лечение на основе наличия клинических симптомов и признаков. Этот подход был назван «синдромным лечением ИППП». Его преимущества:

1. Диагноз синдрома основывается на симптомах или на простых лабораторных исследованиях (исследование секрета предстательной железы у мужчин, анализ мочи или влагалищных выделений у женщин). Такой подход дает возможность определить вероятные причины и назначить рациональную терапию.
2. Т.о., потребность в более дорогих диагностических тестах может и не возникать.
3. Важнейшим преимуществом синдромного подхода есть то, что он дает возможность начать лечение именно тогда, когда пациент первый раз приходит к врачу, поскольку больные могут и не возвратится для дальнейшего обследования. А невозможность проведения дальнейшего обследования из-за неявки пациента представляет собой проблему даже в случаях, если лабораторные и микробиологические анализы дают возможность определить диагноз.
4. Синдромный подход разрешает раньше начать лечение сексуальных партнеров и уменьшает вероятность того, что инфицированные лица будут выпущены с поля зрения через неточные или отрицательные результаты диагностических тестов.
5. При синдромном подходе руководствуются идеей «перелечения и применения антибактериальных средств, которые во многих случаях не являются нужными. Но это обеспечивает как риск, так и приемлемые выгоды для пациента, партнеров, и в общем контроля за распространением ИППП.
6. Синдромный подход на ранней стадии прервать цепь инфицирования.
7. Синдромный подход упрощает сложный процесс определения диагноза.

Цель синдромного лечения — контроль за распространением ИППП путем уменьшения числа случаев инфекции с помощью раннего лечения случаев ИППП, что разрешает лечить асимптомную инфекцию.

Успех синдромного лечения зависит от таких факторов:

1. Доступность эффективного лечения.
2. Выбранные лекарства должны быть эффективными в виде одной дозы.
3. Препарат должен обеспечивать выздоровление в более 90% случаях.

В настоящее время для профилактики и превентивного лечения применяется довольно большой арсенал препаратов и методов, среди которых особое место занимает новый комбинированный препарат фирмы «Synmedic» (Индия)- Гинекит, в состав которого входит сразу три препарата для лечения и профилактики различных видов ИППП:

1. Азитромицин USP — 1.0 г.
2. Секнидазол ВР — 2 таблетки по 1.0 г.
3. Флуконазол ВР — 150 мг.

Механизм действия препарата азитромицина дигидрата обусловлен связыванием 50S —

субъединицы рибосом, приводящим к нарушению синтеза белка микроорганизмов. Особенности азитромицина обуславливают его преимущество перед другими антибактериальными препаратами. Его фармакокинетика и фармакодинамика определяется тем, что он очень быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь. Как следствие — отсутствие у азитромицина обычных для антибиотиков побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Препарат хорошо распределяется во всех органах и тканях организма, транспортируется в очаг воспаления полиморфноядерными нейтрофилами. Препарат практически не оказывает побочных действий, обусловленных длительным поддержанием высоких концентраций антибиотика в плазме, (т.е. у него практически нет обычных для антибиотиков гепатотоксичности, нефротоксичности и т.д.). Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 2-3 часа после приема препарата. Фармакокинетические исследования показали высокую степень накопления в очагах воспаления и связывания азитромицина с тканями, концентрация препарата в которых в 50 и более раз превышает концентрацию в плазме крови. После однократного приема 500 мг/день азитромицина концентрация его в очагах воспаления и в тканях органов — мишеней (легкие, предстательная железа) в 90 и более раз превышает минимальную подавляющую концентрацию (МПК) для чувствительных штаммов микроорганизмов и сохраняется в течении 10 и более дней после прекращения приема препарата. Способность препарата преимущественно накапливаться в лизосомах играет важную роль в элиминации внутриклеточных микроорганизмов. Азитромицин имеет длительный период полувыведения 34-68 часов. Именно это свойство обеспечивает постантибиотическое действие препарата, т.е. эффект продолжается и после окончания антибиотикотерапии. Азитромицин оказывает преимущественно бактериостатическое действие на патогенную бактериальную микрофлору, включая *Streptococci*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Neisseria meningitidis* и др. В то же время, поскольку его внутриклеточные концентрации весьма высоки, на большинство внутриклеточных микроорганизмов он действует бактерицидно. Спектр применения препарата довольно широк.

Секнидазол представляет собой синтетическое производное нитроимидазола. Фармакологическое действие препарата антибактериальное и противопротозойное. Взаимодействуя с ДНК, препарат вызывает нарушение ее спиральной структуры, разрыв нитей, подавляет синтез нуклеиновых кислот и вызывает гибель бактериальных клеток и клеток простейших. Фармакокинетика: после приема внутрь всасывается около 80%. Максимальная концентрация в сыворотке крови создается через 4 часа. Биотрансформация происходит непосредственно в печени. Период полувыведения составляет около 20 ч. Экскретируется преимущественно с мочой (в течении 72 часов — 16% от принятой дозы).

Фармакодинамика: бактерициден для большинства облигатных анаэробных бактерий, останавливает жизнедеятельность простейших, нарушая внутриклеточные химические реакции восстановления, характерные только для анаэробного метаболизма. Показания: уретриты и вагиниты, обусловленные трихомонадами, амебиоз, лямблиоз.

Противопоказания: гиперчувствительность (в т.ч. к другим производным [имидазола](#)), патологические изменения формулы крови (в т.ч. анамнезе), органические заболевания ЦНС в активной форме; кормление грудью (на время лечения приостанавливают), беременность.

Побочные действия: нарушения пищеварения, тошнота, боли в области желудка, металлический привкус во рту, глоссит, стоматит, умеренная лейкопения, головокружение, нарушение координации и атаксия, парестезия, полинейропатия, крапивница. Преимущества препарата перед другими производными нитроимидазола: однократность приема, высокая

эффективность, короткий курс приема, сокращенный период наблюдения. Флуконазол является основным препаратом для лечения кандидоза у мужчин и женщин. Флеконазол — растворимый в воде антимикотик широкого спектра действия, 80% которого выводится с мочой в неизменном виде. При этом в моче создается концентрация препарата, достаточная для лечения инфекции, вызванной наиболее частыми возбудителями кандидоза (*Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis* и др.). Высокая биодоступность (> 90%) при приеме внутрь и длительный период полувыведения (около 30ч.) делают этот антимикотик для применения. Флуконазол можно использовать и у больных с нарушением функции почек, но в этих случаях необходима коррекция дозы препарата.

Для лечения кандидоза Флуконазол назначают в дозе 3 мг/кг/сут (для взрослых 150 мг/сут). Обычно используется пероральная форма Флуконазола. Критерии завершения лечения: исчезновение клинических признаков и эрадикация возбудителя. Обычная продолжительность лечения Флуконазолом составляет 7-14 дней. Доза 3 мг/кг/сут достаточна для лечения инфекции, вызванной частыми возбудителями кандидоза мочевыводящих путей (*Candida albicans*, *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis* и др.). При инфекции, обусловленной *Candida glabrata*, показано увеличение суточной дозы препарата в 2 раза.

Преимущество препарата Гинекит

1. Удобная единая доза.
2. Эффективно против почти всех патогенных организмов иппп.
3. Пациенты прекращают быть инфицированными.
4. Удастся предотвратить вторичные осложнения.
5. Пациент хорошо переносит лекарство.
6. Возможное лечение с наблюдением врача.
7. Возможное лечение сексуального партнера.
8. Показатель выздоровления приближается почти к 100%.
9. Удастся предотвратить появление устойчивости организмов к препаратам.
10. Набор имеет хорошее соотношение цены и эффективности.

Противопоказания к применению препарата Гинекит

Все 3 препарата из набора Гинекит не взаимодействуют при общем введении в один день. Нет публикаций, которые свидетельствовали бы об увеличении отрицательных реакций при одновременном введении этих лекарств. Тем не менее, подобно любому другому терапевтическому средству, Азитромицин, Секнидазол и флуконазол имеют известные противопоказания и особенности применения, которые должны знать как врачи, так и пациенты.

Флуконазол

Противопоказания: повышенная чувствительность к флуконазолу. Препарат не обладает канцерогенными свойствами, не оказывает отрицательного влияния на фертильность. Но нет адекватных и хорошо контролируемых исследований для беременных женщин. Применять при беременности лишь в тех случаях, если потенциальный положительный эффект оправдывает возможный риск для плода. Применение флуконазола для матерей, которые кормят молоком, не рекомендуется. Азитромицин. Противопоказания: препарат противопоказан лицам с гиперчувствительностью к азитромицину или другому макролидному антибиотику. Поскольку азитромицин в основном выводится через печень, его следует очень осторожно назначать лицам с ослабленной печеночной функцией. Нет данных о влиянии азитромицина на пациентов с почечными нарушениями, поэтому следует осторожно назначать лекарство таким пациентам. Пациентов следует предупредить, чтобы они принимали это лекарство за час до принятия пищи или, по крайней мере, через два часа

после принятия пищи. Эти лекарства не следует принимать вместе с пищей. Пациентов следует так же предупредить, чтобы они не принимали антациды, которые содержат алюминий и магний, одновременно с азитромицином.

Влияние на фертильность

Не выявлено ухудшение фертильности или отрицательных последствий для плода. Однако исследования проводились на лабораторных животных. Поскольку репродуктивные исследования на животных не всегда могут предусмотреть ответ у людей, азитромицин следует назначать беременным женщинам лишь в случае необходимости. Неизвестно, выводится ли азитромицин с молоком у кормящих женщин. Поскольку многие лекарства выводятся с молоком, следует быть очень осторожным, назначая препарат кормящим женщинам. Большинство побочных эффектов, которые приводили к прекращению лечения, были связаны с желудочно-кишечным трактом: тошнота, рвота диарея, боль животе.

Секнидазол

Обычная единая 2г. доза препарата хорошо переносится при пероральном введении. Отрицательные проявления, связанные с лечением, обычно были незначительными и не требовали прекращения терапии. Среди тех, которые касались желудочно-кишечного тракта, были тошнота, рвота, глоссит, анорексия, боль в эпигастральном участке и металлический привкус. Другие отрицательные проявления, о которых сообщалось в связи с лечением Секнидазолом, включали частые случаи уртикарных высыпаний, иногда — отек и кожную эритему вульвы, повышенное потоотделение, утомление, парестезию и атаксию.

Дозировка препаратов

Азитромицин: принимать, по крайней мере, за 1 час до приема пищи или 1 часа после еды. Секнидазол: одна 2 г. доза может приниматься вместе с пищей, во избежании желудочно-кишечных расстройств. Однако явных рекомендаций относительно введения одной пероральной дозы нет. Прием флуконазола не зависит от времени приема пищи.

Режим дозирования

После случайного полового контакта в период инкубации: принимать один комплект следующим образом: принять одну таблетку эзитромицина (1 г.), одну таблетку флуконазола (150 мг), одну таблетку секнидазола (1 г). Через 12 часов принимать еще одну таблетку секнидазола (1 г). Количество комплектов-блистеров при курсовом лечении зависит от болезни и ее течения, может составлять от одного до семи комплектов на курс. В среднем 4 комплекта. С приемом на 1,2,7 и 14 дни лечения.

Выводы

1. Препарат Гинекист содержит все необходимые современные и наиболее эффективные компоненты для превентивного лечения инфекций, передающихся половым путем, в одной упаковке.
2. Препарат Гинекист позволяет избежать резистентности микроорганизмов и своевременно обезвредить манифестирующую инфекцию, а так же потенциально возможную инфекцию.
3. Препарат позволяет не заниматься поиском не скольких отдельных компонентов лечения, кроме того, препарат доступен по цене.
4. Препарат Гинекист можно использовать при отсутствии специфических признаков или симптомов, которые бы дали возможность определить диагноз.
5. Препарат позволяет проводить первичную профилактику ИППП после случайной половой связи как женщинам, так и мужчинам. Лечение делает пациента неинфицированным, ведь уменьшается распространение инфекции.
6. Препарат Гинекист обеспечивает терапию соответственно принципу «синдромного лечения». Этот режим предлагает рационально направленную терапию и уменьшает потребность в дорогих диагностических тестах.
7. Лечение препаратом Гинекист может быть начато сразу, когда пациент обратится к врачу.

Это очень важно, поскольку некоторые пациенты не возвращаются для прохождения дальнейшего обследования.