

Исследование эффективности препарата Гинекит для лечения уретропростатитов бактериальной, трихомонадной и хламидийной этиологии

2007-08-20

И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко Институт урологии АМН Украины

В работе показан опыт использования комплексного антибактериального, антипротозойного и антимикотического препарата Гинекит производства «Synmedic L» (Индия) у 34 больных с уретритами и простатитами различной этиологии. Выявлена его высокая клиническая (78,288,5%) и бактериологическая (75-90%) эффективность. Препарат хорошо переносится и обладает незначительными побочными эффектами (11,8%).

Ключевые слова: Гинекит, азитромицин, секнидазол, флуконазол, уретрит, простатит, трихомоноз, хламидиоз, лечение.

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 описаны трихомоноз и хламидиоз.

Трихомоноз 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 [1, 2]. Трихомонадная инфекция является причиной возникновения воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы у 23-40% мужчин [3]. Трихомоноз у человека довольно часто протекает в составе микстинфекции (вместе с гонореей, хламидиозом, микоплазмозом, уреаплазмозом, 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 [4, 5].

Хламидиоз довольно часто сочетается с другими инфекциями. Ассоциации хламидийной инфекции с другими заболеваниями у мужчин выявлены: с *Trichomonas vaginalis* – 53,3%; с двумя патогенными микроорганизмами – 39,3%; с тремя патогенными микроорганизмами – 21%. Хламидиоз обуславливает около 10% всех и 30-40% негонококковых уретритов у мужчин [6, 7].

В настоящее время для лечения смешанной трихомонаднохламидийной инфекции 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 инфекций: азитромицин USP – 1,0 г; секнидазол ВР – две таблетки по 1,0 г; флуконазол ВР – 150 мг.

Азитромицина дигидрат относится к группе макролидов. При пероральном приеме он очень быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта в кровь (к тому же не имеет обычных для антибиотиков побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта), хорошо распределяется во всех органах и тканях организма, транспортируется в очаг воспаления полиморфноядерными нейтрофилами. Длительно поддерживается высокая концентрация антибиотика в плазме. Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 2-3 часа после приема препарата. После однократного приема 500 мг/день азитромицина концентрация его в очагах воспаления и в тканях органовмишеней (легкие, предстательная

железа) в 90 и более раз превышает минимальную подавляющую концентрацию для чувствительных штаммов микроорганизмов и сохраняется в течение 10 и более дней после прекращения приема препарата. Способность препарата преимущественно накапливаться в лизосомах играет важную роль в элиминации внутриклеточных микроорганизмов. Азитромицин имеет весьма длительный период полувыведения – 34-68 часов. Именно это свойство обеспечивает постантибиотическое действие препарата, т. е. эффект продолжается и после окончания антибиотикотерапии. Спектр применения препарата довольно широк.

Препарат секнидазол относится к синтетическим производным 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 клеток простейших. 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 течение 72 часов – 16% от принятой дозы). Преимущества препарата перед другими производными нитроимидазола: однократность приема, высокая эффективность, короткий курс приема, сокращенный период наблюдения.

Флуконазол – 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 30 ч) делают этот антимикотик удобным для применения. 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.

Преимущества препарата Гинекил: удобная единая доза; эффективность против почти всех патогенных организмов ИППП; удается предотвратить вторичные осложнения; хорошая переносимость лечения; возможное лечение сексуального партнера.

Дозировка препаратов: секнидазол – одна доза может вводиться вместе с пищей, во избежание желудочнокишечных расстройств. Прием флуконазола не зависит от времени приема пищи. Азитромицин – принимать за 1 час до приема пищи или через 2 часа после еды;

Режим дозирования: принять одну таблетку секнидазола (1 г). Через 12 часов принять еще одну таблетку секнидазола (1 г). одну таблетку флуконазола (150 мг), одну таблетку азитромицина (1 г). Количество комплектов блистеров при курсовом лечении зависит от болезни и ее хода, может составлять от одного до семи комплектов на курс. В среднем 5 комплектов с приемом на 1, 3, 5, 7 и 14-й дни лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Институте урологии АМН Украины изучалась клиническая эффективность комплексного препарата Гинекил у 34 больных смешанной трихомонаднохламидийной инфекцией мужских половых органов. Возраст больных – от 21 до 52 лет. Средний возраст пациентов составлял 35,2±2,1 г. Продолжительность заболевания – от 1 до 5 лет.

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы следующие заболевания: хронический уретрит – у 10 (29,4%) больных, хронический уретропростатит – у 17 (50%), хронический уретропростатовезикулит – у 7 (20,6%). Распределение больных представлено на схеме 1.

По наличию возбудителей распределение больных следующее: бактериальный уретрит – 14 (41,2%), хламидиоз – 7 (20,6%), трихомоноз – 6 (17,6%), смешанная инфекция с наличием трихомоноза и хламидиоза – 7 (20,6%) пациентов (схема 2).

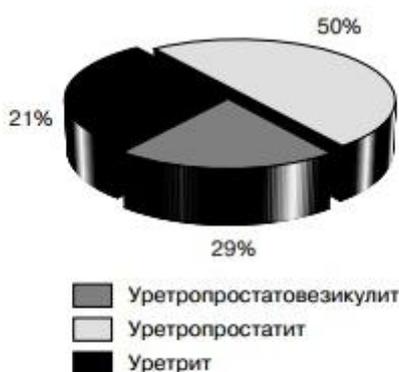


Схема 1. Распределение больных по нозологическим единицам

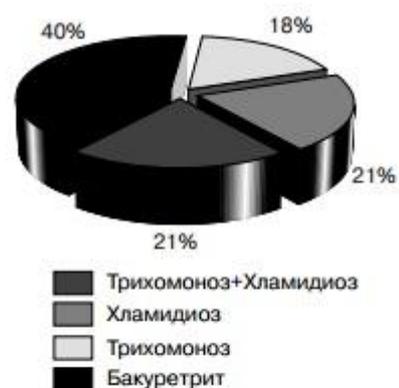


Схема 2. Распределение больных по возбудителям болезни

Жалобы больных были разнообразны (схема 3). Болевые ощущения различной локализации беспокоили 23 (67,6%) пациентов, дизурические явления – 14 (41,2%), слизистые выделения из уретры – 26 (76,4%), ощущение жжения или зуда – 20 (58,8%). При ректальной пальпации предстательной железы болезненность отмечалась у 24 (70,6%) пациентов.

Гинецит назначали по схеме: одна таблетка секнидазола (1 г). Через 12 часов еще одна таблетка секнидазола (1 г). одна таблетка флуконазола (150 мг), одна таблетка азитромицина (1 г). 5 комплектов с приемом на 1, 3, 5, 7 и 14-й дни лечения.

С целью коррекции иммунного статуса и улучшения проникновения антибиотика в зону воспаления назначали иммуномодулятор (тималин), индуктор интерферона (кагоцел), системную энзимотерапию (вобэнзим) в стандартных дозировках на курс лечения. Пациенты также получали симптоматическое и физиотерапевтическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном курсовом лечении больных клинической группы с использованием Гинекита болевые ощущения уменьшились у 18 (78,2%) из 23 обследованных, дизурические явления ликвидированы у 11 (78,6%) из 14 больных, уретральные выделения исчезли у 23 (88,5%) из 26 пациентов. Из 20 мужчин, у которых до лечения наблюдались жжение или зуд в уретре, симптомы исчезли у 17 (85,0%).

В результате световой микроскопии лейкоцитарная реакция секрета предстательной железы до и после лечения составила $88,3 \pm 10,5$ и $15,4 \pm 2,7$, соответственно, что является достоверным показателем (схема 5).

Исследование спектра возбудителей до и после лечения имеет следующий вид: *Staphylococcus aureus* до лечения был обнаружен у 8 (23,5%), а после курса терапии – у 2 (5,6%); *Staphylococcus saprophyticus* – соответственно у 7 (20,6%) и у 1 (2,8%); *Streptococcus faecalis* – у 7 (20,6%) и 1 (2,8%); *Escherichia Coli* – у 10 (29,4%) и 1 (2,8%); *Trichomonas vaginalis* – у 13 (38,2%) и у 2 (5,6%); *Clamydia trachomatis* – у 14 (41,2%) и 2 (5,6%) пациентов.

Из приведенных данных следует, что эффективность применения комплексного лечения с использованием Гинекита относительно различных патогенных микроорганизмов составляет: *Clamydia trachomatis* – 85,7%; *Trichomonas vaginalis* – 84,6%; *Escherichia Coli* 90,0%; *Streptococcus faecalis* – 85,7%; *Staphylococcus saprophyticus* 85,7%; *Staphylococcus aureus* – 75,0%.

Во время лечения побочные явления возникли у 4 (11,8%) больных в виде тошноты, головной боли и головокружения. Интенсивность симптомов была незначительна и не требовала их отмены.

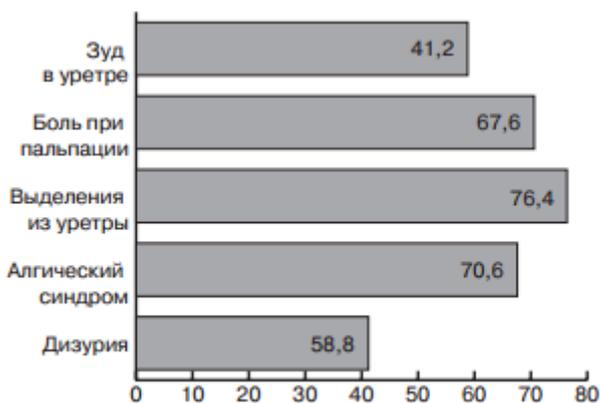


Схема 3. Клинические проявления

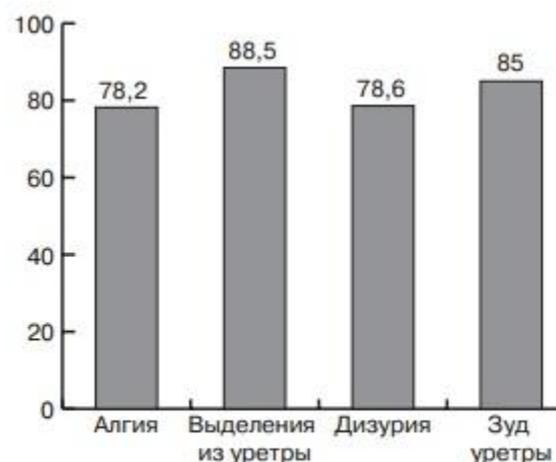


Схема 4. Клиническая эффективность использования Гинекита

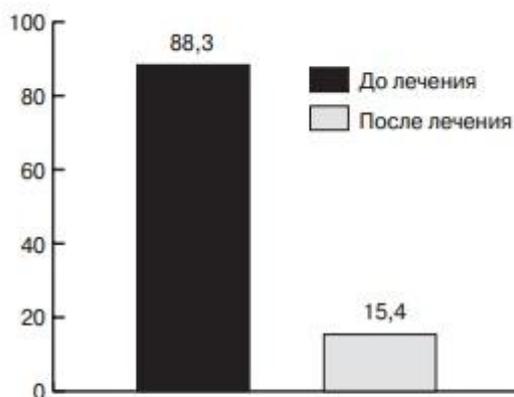


Схема 5. Лейкоцитарная реакция секрета предстательной железы в динамике

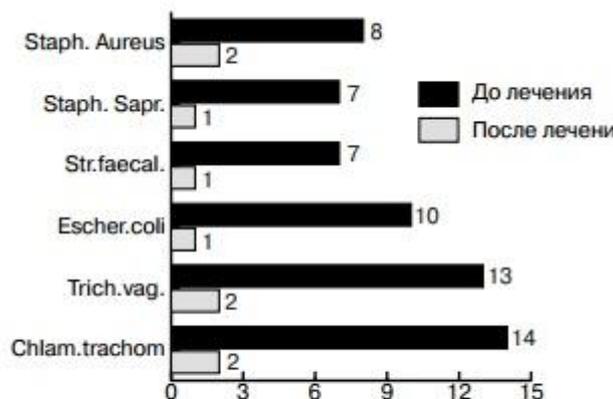


Схема 6. Динамика бактериологических показателей (абс. числа)

ВЫВОДЫ

1. Гинеки́т – эффективный препарат для лечения хронических уретритов и уретропростатитов различной этиологии. Клиническая эффективность составила 78,288,5% (соответственно различных симптомов), а бактериологическая – 75-90% (в зависимости от возбудителя).
2. Препарат отличается хорошей переносимостью и небольшим количеством побочных эффектов (11,8%).
3. Гинеки́т удобен в применении, что позволяет использовать этот препарат в амбулаторной практике и у больных на дневном стационаре.
4. Препарат Гинеки́т содержит все необходимые современные эффективные компоненты в одной упаковке для превентивного лечения инфекций, передающихся половым путем.

Дослідження ефективності препарату Гінеки́т для лікування уретропростатитів бактеріальної, трихомонадної та хламідійної етіології

І.І. Горпинченко, Ю.М. Гурженко

У роботі наведено досвід використання комплексного антибактеріального, антипротозойного та антимікотичного препарату Гінеки́т виробництва «Synmedic L» (Індія) у 34 хворих з уретритами і простатитами різної етіології. Виявлено його високу клінічну (78,288,5%) і бактериологічну (75-90%) ефективність. Препарат добре переноситься і має незначні побічні ефекти (11,8%).

Ключові слова: Гінеки́т, азитроміцин, секнідазол, флуконазол, уретрит, простатит, трихомоноз, хламідіоз, лікування.

Research of efficiency of medicine Gynekit for treatment urethroprostatitis of bacterial, trichomonadical and chlamydiosical ethiology

I.I. Gorpinchenko, Yu.M. Gurzhenk

Experience of using complex antibacterial, antiprotozoan and antimycotical medicine Gynekit produced by «Synmedic L» (India) at 34 patients with urethritis and prostatitis of various ethyology is shown in the work. Its high clinical (78,2-88,5%) and bacteriological (75-90%) efficiency is revealed. The medicine is well transferred and possesses insignificant byeffects (11,8%).

Key words: Gynekit, asythromycin, seknidasol, fluconasol, urethritis, prostatitis, trichomoniasis, chlamidiosis, treatment

ЛИТЕРАТУРА

1. Адаскевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем: Руководство для врачей. М.: Мед. книга; 1999.
2. Ильин И.И. Негонококковые уретриты у мужчин. М.: Медицина; 1991.
3. Клименко Б.В. Трихомониаз. М.: Медицина; 1987.
4. Кривошеев Б.Н., Ермаков М.Н., Криницына Ю.М. Тиберал в терапии урогенитального трихомоноза. Вестн. дерматологии и венерологии 1997; 1: 63–65.
5. Иванов О.Л., Ломоносов К.М., Алленов С.Н., Изюмова И.М. Опыт лечения острого трихомонадного уретрита. Российский журнал кожных и венерических болезней 1999; 3: 57.

6. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Болезни, передающиеся при половых контактах. М.: Медицина; 1985.
7. Kulda J., Vojtechovska M., Tachezy J., et al. Metronidazole resistance of *Trichomonas vaginalis* as a cause of treatment failure in trichomoniasis: A case report. Br. J. Vener. Dis. 1982; 58. 394–399.