

Опыт применения комбинированного препарата Гинекист для терапии уретропростатитов смешанной этиологии

Ю.Н. Гурженко, В.В. Спиридоненко

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

В статье представлен опыт использования комплексного антибактериального, антипротозойного и антимикотического препарата Гинекист производства «ORGANOSYN» у 47 больных с хроническими уретритами и простатитами различной этиологии. Выявлена его высокая клиническая и бактериологическая эффективность. Препарат хорошо переносится и обладает незначительными побочными эффектами.

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

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

Yu.N. Gurzhenko, V.V. Spirydonenko

Experience of using complex antibacterial, antiprotozoan and antimycotical medicine Gynekit produced by «ORGANOSYN» at 47 patients with urethritis and prostatitis of various ethiology is shown in the work. Its high clinical and bacteriological efficiency is revealed. The medicine is well transferred and possesses insignificant by-effects.

Key words: Gynekit, azithromycin, seknidasol, fluconazol, urethritis, prostatitis, trichomoniasis, mykoplasmosis, chlamidiosis, treatment.

Досвід використання комбінованого препарату Гінекіст для терапії уретропростатитів змішаної етіології

Ю.М. Гурженко, В.В. Спиридоненко

У статті наведено досвід використання комплексного антибактеріального, антипротозойного та антимікотичного препарату Гінекіст виробництва «ORGANOSYN» у 47 хворих з уретритами і простатитами різної етіології. Виявлена його висока клінічна і бактеріологічна ефективність. Препарат добре переноситься і має незначні побічні ефекти.

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

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), в настоящее время представляют собой очень важную проблему. Они относятся к зоонозам, то есть заболеваниям, которые имеют не только медицинское, но и социальное значение ввиду широкого распространения среди сексуально активного населения [1].

По данным ВОЗ, более 25% молодых людей в мире поражены ИППП в форме заболевания или в форме носительства. Ежегодно в мире регистрируют около 340 млн новых случаев, из них в Юго-Восточной Азии и Индии – более 190 млн. Распространенность ИППП среди городского и сельского населения по данным статистики составляет соответственно 10% и 7%, хотя истинные цифры могут быть в 2–3 раза больше ввиду несовершенства учета этих заболеваний, особенно в частных медицинских структурах [2, 4].

В последнее время эта патология чаще всего встречается в форме микст-инфекций с наличием двух, трех или более возбудителей, включая большой спектр неспецифических и условно-патогенных микроорганизмов. Кроме того, более половины случаев смешанной инфекции сопровождается осложнениями, среди которых особое место занимает экскреторно-токсическое бесплодие у мужчин и нарушение репродуктивной функции у женщин.

Кроме классических ИППП сегодня описано более 20 видов неспецифических возбудителей, передающихся половым путем. Нозологическая структура ИППП за последнее время незначительно изменилась, с преобладанием внеклеточных микроорганизмов и трихомонад. Современные исследования, посвященные эпидемиологии ИППП, указывают на то, что число выявленных зарегистрированных случаев

хламидиоза продолжает увеличиваться, достигая в среднем 3–4 млн случаев в год. Хламидиоз довольно часто сочетается с другими инфекциями. Одновременное инфицирование *Chlamidia trachomatis* отмечается у 30–50% женщин с гонореей и у 25% мужчин с гонококковым уретритом [5, 7, 9]. У лиц мужского пола были выявлены ассоциации хламидийной инфекции с другими заболеваниями:

- с *Trichomonas vaginalis* – 53,3%;
- с двумя патогенными микроорганизмами – 39,3%;
- с тремя и более патогенными микроорганизмами – 21% [8, 13].

Было установлено, что уреаплазма выступает этиологическим фактором в форме моноинфекции более чем в 10% случаев и в 30–40% всех случаев негонококковых уретритов у мужчин [5, 11]. Уреаплазмы чаще обнаруживают у тех больных, у которых исключена хламидийная инфекция, хотя не менее чем в 50% случаев эти инфекции выступают в форме микробных ассоциаций [15]. *Ureaplasma urealyticum* выступает этиологическим фактором примерно в 10–15% хронических простатитов. В настоящее время считается, что предстательная железа инфицируется преимущественно уретрогенным путем [2, 3]. *Ureaplasma urealyticum* может вызывать эпидидимиты как изолированный этиологический агент, но все же чаще является сопутствующей инфекцией при хламидийных и гонококковых эпидидимитах [15].

Еще один из наиболее часто встречаемых возбудителей – микоплазма, так же, как и уреаплазмы, персистируют на поверхности эпителия слизистых оболочек половых органов мужчин, не вызывая воспалительной реакции [7, 16]. В свете современной науки уже доказано, что эти микроорганизмы

не являются условно-патогенными, а в ассоциации с другими возбудителями играют значительную роль в этиологии восходящей мочеполовой инфекции мужчин [4].

Один из наиболее известных возбудителей инфекционного воспаления – трихомонада, по данным некоторых авторов, имеет эпидемический уровень распространенности. Рост числа заболеваний, вызванных трихомонадами, наблюдается во многих странах. По данным ВОЗ, трихомонозом ежегодно заболевают около 200 млн человек, у 23–40% мужчин трихомонадная инфекция является причиной возникновения воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы [1, 2]. Трихомоноз у человека очень часто протекает в составе микст-инфекции (вместе с гонореей, хламидиозом, микоплазмозом, уреаплазмозом, кандидозом и другими инфекциями). В качестве моноинфекции трихомониаз диагностируют у 10,5% больных, в микстах с ассоциированными микроорганизмами – у 89,5%. По статистике, около 10% всех инфекционных заболеваний у мужчин приходится на трихомоноз [8].

Проблема ИППП ввиду широкой распространенности и социальной значимости является очень важной. Требования ВОЗ к их лечению достаточно высоки, однако ежегодно обновляемые протоколы не являются совершенными и нередко модифицируются врачом. Критерии ВОЗ, используемые для лечения ИППП, должны соответствовать следующим требованиям:

- 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.

Важнейшим критерием отбора схем лечения является доказанная эффективность препаратов. Схемы с гарантией излечения меньшей чем 90% должны использоваться по строгим показаниям и с осторожностью, так как это приводит к селекции устойчивых штаммов и, таким образом, уменьшается эффективность лечения последующих пациентов [11]. Применение схем лечения, эффективность которых ниже 80% недопустимо.

Вопрос безопасности, то есть степени токсичности применяемых лекарств, является также важнейшим фактором лечения ИППП. Контингент больных ИППП нередко подвержен заражению не одним, а несколькими возбудителями, что требует применения нескольких препаратов. Возможно заражение на фоне беременности, что заставляет с особым вниманием относиться к безопасности плода.

Для лечения ИППП различают основные (препараты преимущественного выбора) и альтернативные схемы лечения.

1. *Препараты выбора* обеспечивают наилучшее соотношение между необходимой эффективностью лечения и доказанной безопасностью применения препаратов.

2. *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.

3. К *специфическим видам лечения* при ИППП относятся превентивное и профилактическое лечение:

- *Превентивному* лечению подлежат пациенты, которые имели половой или тесный бытовой (что крайне редко)

контакт с больными ранними формами ИППП, если с момента контакта с больным или малознакомым партнером прошло не более 10 дней.

- *Профилактическое* лечение рекомендовано людям, которые имели половой или тесный бытовой контакт с больными ранними формами ИППП, если с момента контакта с больным или малознакомым партнером прошло не более 2 ч. Это имеет важное значение для дальнейшего предотвращения распространения инфекции. Для выяснения и уточнения всего круга лиц, бывших в контакте с пациентом, необходимо иметь в виду, что все виды сексуальных отношений могут привести к заражению ИППП.

Для контроля за распространением ИППП используется ряд основных мероприятий:

1. Режим применения лекарственного средства, позволяющий использовать только высокоэффективные препараты.
2. Режим применения лекарственного средства, включающий меры, направленные против потенциальных (в том числе не выявленных) безвредных организмов.

Для устранения угрозы распространения ИППП на основании опыта изучения эпидемиологии этих заболеваний ВОЗ рекомендует проводить лечение при наличии клинических симптомов и признаков – так называемое синдромное лечение ИППП. Целью такого лечения является контроль за распространением ИППП путем уменьшения числа случаев инфекции методом раннего лечения случаев ИППП, что подразумевает лечение асимптомных форм инфекции.

Преимущества синдромного лечения ИППП:

1. Диагностика синдрома основывается на симптомах или на результатах простых лабораторных исследований (исследование секрета предстательной железы у мужчин, анализ мочи или влагалищных выделений у женщин), что дает возможность определить вероятные причины и назначить рациональную терапию. Таким образом, потребности в дорогостоящих диагностических тестах может и не возникнуть, что на сегодня имеет важное значение.
2. Указанный подход дает возможность начать терапию в момент первого визита пациента к врачу, ускорив этим процесс лечения. А невозможность проведения дальнейшего обследования в связи с неяской пациента представляет собой проблему даже в случаях, когда лабораторные анализы способствуют верификации диагноза.
3. Синдромный подход дает возможность начать лечение сексуальных партнеров и уменьшает вероятность того, что инфицированные лица будут выпущены из поля зрения вследствие неточных или отрицательных результатов диагностических тестов.
4. Синдромный подход руководствуется идеей «перелечения» и применения антибактериальных средств, назначение которых не обосновано. В этом заключается как риск, так и приемлемые выгоды для пациента, партнеров, обеспечивается контроль за распространением ИППП.
5. Синдромный подход дает возможность на ранней стадии прервать цепочку инфицирования.
7. Синдромный подход упрощает сложный процесс установления диагноза.

Факторы, от которых зависит успех синдромного лечения:

- доступность эффективного лечения;
- выбранные препараты должны быть высокоэффективными в форме одной дозы;
- препарат должен обеспечивать выздоровление в более чем 90% случаев.

Для профилактики и превентивного лечения ИППП на сегодня применяют довольно большой арсенал препаратов и методов, среди которых особое место занимает новый комбинированный препарат фирмы «ORGANOSYN» (Индия) – Гинекиит, в состав которого входит три субстанции для лечения и профилактики различных видов ИППП:

1. Азитромицин USP – 1,0 г;
2. Секнидазол ВР – две таблетки по 1,0 г;
3. Флуконазол ВР – 150 мг.

Эффективность препарата обеспечивается составляющими его компонентами.

Азитромицина дигидрат. Механизм действия обусловлен связыванием 50S-субъединицы рибосом, приводящим к нарушению синтеза белка микроорганизмов. Его фармакокинетика и фармакодинамика определяются тем, что он очень быстро всасывается из пищеварительного тракта в кровь. Как следствие – отсутствие у азитромицина обычных для антибиотиков побочных явлений со стороны пищеварительного тракта. Препарат хорошо распределяется во всех органах и тканях организма, транспортируется в очаг воспаления полиморфноядерными нейтрофилами. Практически не оказывает побочных действий, обусловленных длительным поддержанием высоких концентраций антибиотика в плазме (то есть у него минимальный риск развития обычных для антибиотиков эффектов гепатотоксичности, нефротоксичности, спироматоксичности и т.д.).

Максимальная концентрация в плазме крови достигается через 2–3 ч после применения препарата. Фармакокинетические исследования показали высокую степень накопления в очагах воспаления и связывания азитромицина с тканями, концентрация препарата в которых превышает концентрацию в плазме крови. После однократного приема 500 мг/день азитромицина его концентрация 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 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 ч. Именно это свойство обеспечивает постантибиотическое действие препарата, то есть эффект сохраняется и после окончания антибиотикотерапии.

Спектр активности препарата довольно широкий. Азитромицин оказывает преимущественно бактериостатическое действие на патогенную бактериальную микрофлору, включая *Streptococcus*, *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 [10, 12].

Секнидазол представляет собой синтетическое производное нитроимидазола. Фармакологическое действие препарата антибактериальное и антипротозойное: взаимодействуя с ДНК чужеродной клетки, он вызывает нарушение ее спиральной структуры, разрыв нитей, подавляет синтез нуклеиновых кислот и вызывает гибель бактериальных клеток и клеток простейших.

Фармакокинетика: после применения внутрь всасывается около 80% препарата. Максимальная концентрация в сыворотке крови наблюдается в среднем через 4 ч. Биотрансформация происходит непосредственно в печени. Период полувыведения составляет около 20 ч. Экскретируется преимущественно с мочой (в течение 72 ч – 16% от принятой дозы).

Фармакодинамика: оказывает бактерицидное действие на большинство облигатных анаэробных бактерий, останавли-

вает жизнедеятельность многих простейших, нарушая внутриклеточные химические реакции восстановления, характерные только для анаэробного метаболизма.

Показания: уретриты и вагиниты, фарингиты, обусловленные трихомонадами; амебиаз, лямблиоз.

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

Побочные действия: нарушение пищеварения, тошнота, боль в желудке, металлический привкус во рту, глоссит, стоматит, умеренная нейтропения, головокружение, крапивница; в очень редких случаях – нарушение координации, атаксия, парестезия, полинейропатия.

Преимущества препарата перед другими производными нитроимидазола: однократность приема, высокая эффективность, короткий курс применения, сокращенный период наблюдения.

Флуконазол является основным препаратом для лечения кандидоза у мужчин и женщин. Это 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) делает этот антимикотик удобным для применения.

Флуконазол можно использовать у больных с нарушением функции почек, но в этих случаях необходима коррекция дозы препарата. Для лечения кандидоза флуконазол назначают в дозе 3 мг/кг в сутки (для взрослых – 150 мг/сут). Обычно используют пероральную форму.

Критерии завершения лечения: исчезновение клинических признаков и эрадикация возбудителя. Обычная продолжительность лечения флуконазолом составляет от 3–5 до 7–14 дней. Доза 3 мг/кг в сутки достаточна для лечения инфекции, вызванной наиболее 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.

Преимущества применения препарата Гинекиит:

1. Удобная единая доза.
2. Эффективность против большинства ИППП.
3. Быстрая эрадикация возбудителя как метод профилактики заражения.
4. Возможность предотвращения вторичных осложнений.
5. Хорошая переносимость препарата.
6. Возможное лечение сексуального партнера.
7. Показатель выздоровления при правильном использовании приближается к 100%.
8. Удастся предотвратить появление устойчивости организмов к препаратам.
9. Хорошее соотношение цены и эффективности.

Противопоказания к применению препарата Гинекиит

Все три составляющих препарата Гинекиит не взаимодействуют при общем введении в один день. Нет публикаций, которые свидетельствовали бы об увеличении отрицательных реакций при одновременном введении этих лекарственных средств. Тем не менее, подобно к любому другому терапевтическому средству, азитромицин, секнидазол и флуконазол имеют известные противопоказания и особенности применения, с которыми должны быть ознакомлены как врач, так и пациент.

Флуконазол. Противопоказания: повышенная чувствительность к флуконазолу. Препарат не обладает канцерогенными свойствами, не оказывает отрицательное влияние на фертильность. На сегодня не существует полных плацебоконтролируемых исследований его применения у беременных. Применять при беременности лишь в случае, если потенциальный положительный эффект оправдывает возможный риск фетотоксичности. Применение флуконазола для кормящих женщин, не рекомендуется.

Азитромицин. Противопоказания: противопоказан лицам с гиперчувствительностью к азитромицину, эритромицину или другому макролидному антибиотику. Поскольку азитромицин в основном выводится через печень, его следует очень осторожно назначать лицам с нарушенными печеночными функциями. Нет данных о влиянии азитромицина на пациентов с почечными нарушениями, поэтому следует осторожно его назначать таким пациентам. Обязательным условием является применения азитромицина за 1 ч до принятия пищи или, по крайней мере, через 2 ч после принятия пищи. Эти лекарство не следует принимать вместе с едой. Пациентов следует также предупредить, чтобы они не принимали антациды, которые содержат алюминий и магний, одновременно с азитромицином.

Влияние на фертильность. Не выявлено ухудшения фертильности или отрицательных последствий для плода при исследованиях на лабораторных животных. Поскольку репродуктивные исследования на животных не всегда могут предусмотреть ответ у людей, азитромицин следует назначать беременным женщинам лишь в случае крайней необходимости. Поскольку многие лекарства выводятся с молоком, следует быть очень осторожным, назначая препарат кормящим женщинам. Относительно азитромицина таких данных нет.

Большинство побочных эффектов, которые приводили к прекращению лечения, были связаны с пищеварительным трактом: тошнота, рвота, диарея, боль в животе.

Секнидазол. Обычная единая доза 2,0 г препарата хорошо переносится при пероральном введении. Отрицательные проявления, связанные с лечением, обычно были незначительными и не требовали прекращения терапии. Среди тех, которые касались пищеварительного тракта, были тошнота, рвота, глоссит, анорексия, боль в эпигастральном участке и металлический привкус во рту. Другие отрицательные проявления, о которых сообщалось в связи с лечением секнидазолом, включали частные случаи уртикарных высыпаний, иногда – отека век и кожной уртикарной эритемы вульвы, повышенное потоотделение, парестезия и атаксия.

Способ применения препаратов:

Азитромицин: 1,0 г за 1 ч до еды или через 2 ч после еды.

Секнидазол: одна 2 г доза может вводиться вместе с пищей (во избежание пищеварительных расстройств). Строгих рекомендаций относительно введения одной пероральной дозы нет.

Флуконазол: принимать независимо от приема пищи.

Режим дозирования Гинекита

После случайного полового контакта в период инкубации следует применить один (1) комплект следующим образом: принять одну таблетку азитромицина (1,0 г), одну таблетку флуконазола (150 мг), одну таблетку секнидазола (1,0 г). Через 12 ч принять еще одну таблетку секнидазола (1,0 г).

При курсовом лечении количество комплектов-блистеров зависит от болезни и ее течения, может составлять от

одного до семи комплектов на курс. В среднем 5 комплектов с приемом на 1, 2, 7, 14, 21 дни от начала лечения.

Таким образом, вышеуказанный препарат имеет бесспорные преимущества, а именно;

1. В одной упаковке Гинекита содержатся все необходимые эффективные компоненты для превентивного лечения ИППП.

2. Препарат Гинекит позволяет избежать развития резистентности микроорганизмов и своевременно элиминировать манифестирующую инфекцию, а также потенциально возможную условно-патогенную инфекцию.

3. Препарат позволяет не заниматься поиском нескольких отдельных компонентов лечения.

4. Препарат Гинекит можно использовать при отсутствии специфических признаков или симптомов, которые бы дали возможность определить диагноз, опираясь только на факт высокого риска инфицирования ИППП.

5. Препарат позволяет проводить первичную профилактику ИППП после случайной половой связи как женщинам, так и мужчинам. Лечение делает пациента неинфицированным и уменьшается риск распространения инфекции.

6. Препарат Гинекит обеспечивает терапию соответственно принципу так называемого синдромного лечения. Этот режим предлагает рационально направленную терапию и уменьшает потребность в диагностических тестах.

7. Лечение препаратом Гинекит может быть начато сразу, когда пациент обратится к врачу. Это очень важно, поскольку некоторые пациенты не обращаются для проведения дальнейшего обследования.

Цель исследования: изучение клинической эффективности комплексного препарата Гинекит при смешанной инфекции половых органов у мужчин.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 47 больных. Возраст пациентов составил от 23 до 47 лет (средний возраст – 34,1±2,3 года). Продолжительность заболевания – от 6 мес до 3 лет.

По результатам проведенного комплексного обследования были диагностированы следующие заболевания:

- хронический уретрит – у 12 (25,5%) больных,
- хронический уретропростатит – у 26 (55,3%),
- хронический уретропростатовезикулит – у 9 (19,2%).

Структура нозологий представлена на рис. 1.

По наличию возбудителей распределение больных следующее: неспецифический бактериальный уретрит – 17 (36,2%) больных, урогенитальный хламидиоз – 9 (19,2%) пациентов, урогенитальный микоплазмоз – 3 (6,4%), урогенитальный трихомоноз – 3 (6,4%), смешанная половая инфекция с наличием трихомоноза и хламидиоза – 15 (31,9%).



Рис. 1. Распределение больных по нозологическим единицам

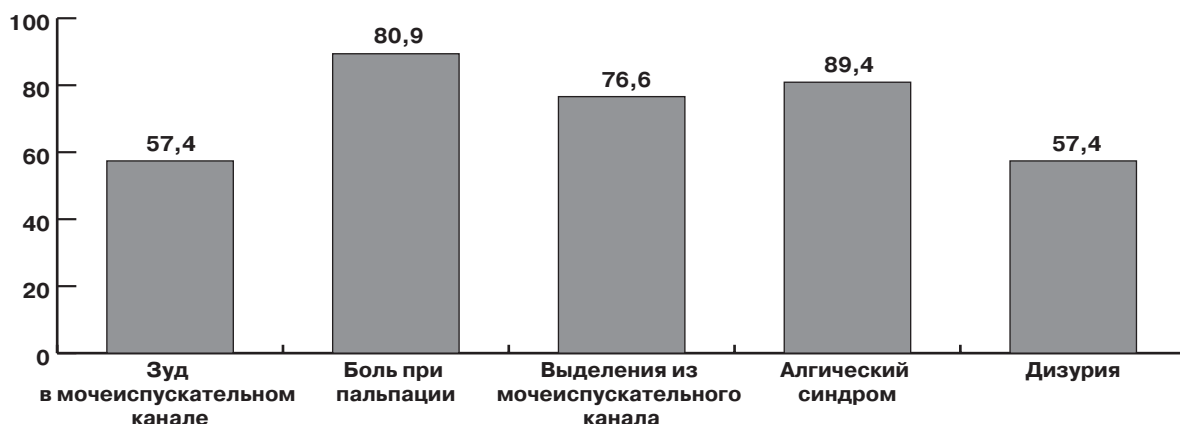


Рис. 2. Клинические проявления

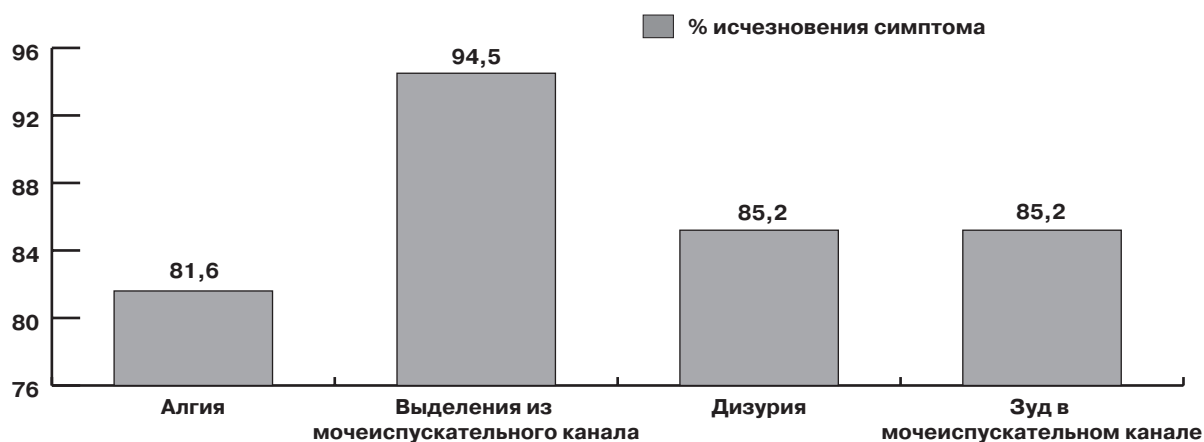


Рис. 3. Клиническая эффективность использования Гинекита

Жалобы больных были разнообразны (рис. 2). Болевые ощущения различной локализации беспокоили 38 (80,9%) пациентов, дизурические явления – 27 (57,4%), слизистые выделения из мочеиспускательного канала – 36 (76,6%), ощущение жжения или зуда в мочеиспускательном канале – 27 (57,4%). При ректальной пальпации предстательной железы болезненность отмечали у 42 (89,4%) пациентов.

Препарат Гинекит назначали по схеме: применение 1 таблетки азитромицина (1 г), одной таблетки флуконазола (150 мг), одной таблетки секнидазола (1 г). Через 12 час – одной таблетки секнидазола (1 г). На курс – 5 комплектов с приемом на 1, 2, 7, 14 и 21-й дни лечения.

С целью коррекции иммунного статуса и улучшения проникновения антибиотика в зону воспаления назначали иммуномодуляторы (индукторы интерферона) и фитотерапию согласно протоколам оказания медицинской помощи в стандартных дозах на курс лечения. Пациенты также получали симптоматическое и физиотерапевтическое лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При комплексном курсовом лечении клинической группы больных с применением Гинекита болевые ощущения уменьшились у 31 (81,6%) из 38 обследованных, дизурические явления ликвидированы у 23 (85,2%) из 27 больных, уретральные выделения исчезли у 34 (94,5%) из 36 пациентов. Из 27 мужчин, у которых до лечения на-

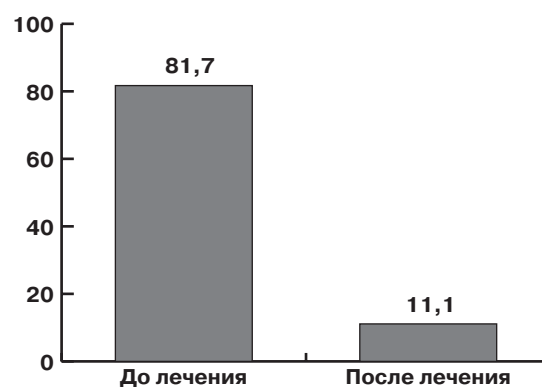


Рис. 4. Лейкоцитарная реакция в секрете предстательной железы в динамике.

блюдались жжение или зуд в мочеиспускательном канале, симптомы исчезли у 23 (85,2%) из 27 пациентов (рис. 3).

Результаты световой микроскопии секрета предстательной железы до и после лечения: лейкоцитарная реакция в секрете предстательной железы до лечения составляла в среднем $81,7 \pm 10,5$ в поле зрения; после – $11,1 \pm 2,2$ в поле зрения, что является достоверным показателем (рис. 4).

Исследование спектра возбудителей до и после лечения выглядит следующим образом: *Staphylococcus aureus*

до лечения был обнаружен у 11 (23,4%), а после курса терапии лишь у 1 (2,1%); *Staphylococcus saprophyticus* соответственно у 9 (19,1%) и у 1 (2,1%) пациента; *Streptococcus faecalis* – у 9 (19,1%) и 1 (2,1%); *Escherichia coli* – у 15 (31,9%) и у 2 (4,2%); *Trichomonas vaginalis* – у 12 (25,5%) и у 1 (2,1%) пациента; *Clamidia trachomatis* – у 17 (36,1%) и у 2 (4,2%) пациентов.

Было установлено, что эффективность применения комплексного лечения с использованием Гинекиста относительно различных патогенных микроорганизмов составляет у:

1. *Clamidia trachomatis* – 88,2%;
2. *Trichomonas vaginalis* – 91,7%;
3. *Escherichia coli* – 86,7%;
4. *Streptococcus faecalis* – 88,9%;
5. *Staphylococcus saprophyticus* – 88,9%;
6. *Staphylococcus aureus* – 90,1%.

Во время лечения побочные явления (тошнота, головная боль и головокружение) возникли у 5 (10,6%) больных

в виде. Интенсивность симптомов была незначительна, проходила после применения препаратов и не требовала их отмены.

ВЫВОДЫ

1. Гинекист – высокоэффективный препарат для лечения хронических уретритов и уретропростатитов различной этиологии. Клиническая эффективность составила 81,6–94,5% (соответственно различных симптомов), а бактериологическая – 86,7–91,7% (в зависимости от возбудителя).

2. Препарат отличается хорошей переносимостью и небольшим количеством побочных эффектов (10,6%).

3. Гинекист удобен в применении, что позволяет широко использовать его в амбулаторной практике.

4. Препарат Гинекист содержит все необходимые эффективные компоненты в одной упаковке для превентивного лечения инфекций, которые передаются половым путем.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: 7espoir@rambler.ru

Спирidonенко Владимир Владимирович – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а. E-mail: vspiridonenko@gmail.com

(Список литературы находится в редакции)

Статья поступила в редакцию 23.12.2019

GINEKIT®

Эффективный препарат для лікування хронічних уретритів і уретропростатитів різної етіології*

Азитроміцин, Секнідазол, Флуконазол в наборі

Organosyn

Витяг з інструкції до медичного застосування препарату Гінекіст: Спосіб застосування та дози. Таблетки з набору приймаються за такою схемою: ранок – таблетка С (секнідазол 1 г), полудень – таблетка С (секнідазол 1 г), день – таблетка Ф (флуконазол 150 мг), вечір – таблетка А (азитроміцин 1 г). Можлива побічна дія: можливі алергічні реакції, порушення травлення (повна інформація в інструкції). Показання: Лікування заворованих, спричинених чутливою до препарату змішаною мікрофлорою, що передається статевим шляхом (гострий неспецифічний уретрит, цервіцит, кольпіт, вігініт).

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СИМПОЗИУМАХ З МЕДИЧНОЇ ТЕМАТИКИ ТА ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАВАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ. НЕ ДЛЯ НЕВИЗНАЧЕНОГО КОЛА ОСІБ ТОВ "ОРГАНОСІН ЛТД" | м. Київ, 04112, Україна, вул. Сікорського, 8/ тел/факс +38(044) 456 99 33

Organosyn