

levels of contaminants have been determined. Based on the experimental study, contamination of portal blood within 24-48 hours of opportunistic enterobacteria and staphylococci in high and low systemic blood at the population level has been established.

Key words: microflora, acute destructive pancreatitis, hematogenous route.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. І.Й. Сидорчук

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 3 (71). – P. 132-137

Надійшла до редакції 12.05.2014 року

© Д.В. Ротар, 2014

УДК 616.97:576.893.161.21]-08:618.6

А.В. Семеняк

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ТРИХОМОНІАЗУ У ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Проведено клінічно-лабораторне обстеження породіль із одноразовим підвищенням температури тіла більше 38° та лікування при діагностуванні трихомоніазу. Породіллі основної групи були розподілені на три групи: I група – 10 жінок, які взагалі відмовилися від лікування, II група – 10 жінок, які проводили місцеве лікування метронідазолом, III група – 40 жінок, які погодилися одразу, при встановленні діагнозу, на запропоноване лікування (метронідазол 100 мл (0,5 г)

тричі на добу, (або орнігіл 100 мл (0,5г) двічі на добу), фторхінолони 0,2 г, цефалоспорины 1,0 г двічі на добу). Тільки в породіль третьої підгрупи відмічено позитивну динаміку, лікування було ефективним, середня тривалість перебування в стаціонарі становила 4-5 дб.

Ключові слова: післяпологові інфекційні ускладнення, післяпологовий період, трихомоніаз, урогенітальні інфекції.

Вступ. Післяпологові інфекційні ускладнення становлять серйозну проблему акушерства, сприяють розвитку акушерських, гінекологічних та неонатальних ускладнень, потребують своєчасної діагностики та раціонального лікування. Враховуючи, що останніми роками спостерігається зростання частоти урогенітальних інфекцій з формуванням хронічних форм захворювання та поширення цих захворювань серед населення, необхідним є диференційований підхід до лікування [1], особливо в післяпологовому періоді, коли виникає вибір між призначенням адекватної антибактеріальної терапії та грудним вигодовуванням. Спектр збудників урогенітальних інфекцій, що можуть викликати післяпологові інфекційні ускладнення, надзвичайно великий – від специфічних патогенних мікроорганізмів TORCH-комплексу до умовно-патогенної флори [3].

Згідно з даними ВООЗ, трихомонадна інфекція виявляється майже в 10 % населення [2]. У певних соціально-економічних групах поширеність трихомоніазу може сягати 40-90 %. У жіночих статевих органах трихомонади можуть співіснувати з гонококами, вірусами простого герпесу, хламідіями, коринібактеріями та іншими мікроорганізмами, які знаходяться в нижніх відділах статевих органів. Поглинаючи патогенні мікроорганізми, трихомонади є провідниками інфекційних збудників у верхні відділи внутрішніх стате-

вих органів та черевну порожнину [1]. Важливість проблеми зумовлена не тільки широким розповсюдженням захворювання, але й тими наслідками, які виникають у результаті дії як трихомонад, так і патогенних мікроорганізмів, що паразитують одночасно з трихомонадами. [3].

Мета дослідження. Визначити ефективність лікування трихомоніазу в породіль при застосуванні різних схем лікування.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети нами проведено клінічно-лабораторне обстеження 70 породіль із одноразовим підвищенням температури тіла більше 38° С та лікування 60 жінок із трихомоніазом у післяпологовому періоді (основна група). Контрольну групу становили 20 породіль, в яких не було підвищення температури тіла та запальних захворювань жіночих статевих органів в анамнезі.

Серед породіль лише 15 (21,4 %) були соматично здоровими, у 27 (38,6 %) – хронічні запальні захворювання сечовидільної системи, у 12 (17,1 %) – анемія різного ступеня, у 8 (11,4 %) – прееклампсія легкого та середнього ступеня, у 10 (14,3 %) – захворювання серцево-судинної системи. В анамнезі – наявність запальних захворювань жіночих статевих органів відмітили 43 (61,4 %) жінки, однак на наявність періодичних патологічних виділень скаржилися всі породіллі. Серед породіль контрольної групи анемія різного

ступеня була в 5 (25 %) жінок, захворювання серцево-судинної системи – у 4 (20 %), у 11 породіль контрольної групи соматичної патології не було. Вік жінок в обох групах коливався від 20 до 39 років (у середньому $30,5 \pm 0,45$ року).

Матеріалом для дослідження були виділення із піхви та цервікального каналу, зскрібок циліндричного епітелію з цервікального каналу. Методи дослідження – бактеріоскопічний, бактеріологічний, статистичний.

Результати дослідження та їх обговорення.

Бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження виділень із піхви та цервікального каналу проводили 70 породіллям при одноразовому підвищенні температури тіла більше 38°C . У восьми породіль при цьому не виявлено патогенної флори (11,4 %), у двох породіль діагностовано тільки наявність хламідіозу (2,9 %). У подальше дослідження включено породіль із трихомоніазом. У результаті дослідження встановлено наявність трихомонад у 60 породіль основної групи: у восьми породіль основної групи діагностовано тільки наявність трихомонад, у 52 породіль була наявність полімікробних асоціацій. Тому можна вважати, що характерною особливістю трихомонадного інфікування слизової оболонки піхви і цервікального каналу є наявність асоціацій з умовно-патогенними чи патогенними мікроорганізмами. При обстеженні встановлено, що трихомонади паразитували тільки з умовно-патогенними в 17 випадках – 28,3 %, лише з патогенними мікроорганізмами в 16 випадках – (26,7 %), з патогенними мікроорганізмами та з умовно-патогенними одночасно в 27 випадках – (45 %) (наявність патогенних мікроорганізмів була в 43 випадках (71,7 %)). У 20 жінок контрольної групи виявлено *Candida albicans* – два випадки – 10%, фекальний ентерокок – один випадок – 5%, лактобактерії, коринебактерії – 17 випадків – 85 %.

Трихомонади створювали асоціації із такими умовно-патогенними мікроорганізмами: *Candida albicans* – 10 випадків – 16,7 % ($p > 0,05$), *S.epidermidis* – 18 випадків – 30 % ($p < 0,05$), *E. coli* – 14 випадків – 23,3 % ($p < 0,05$), *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* – 27 випадків – 45 % ($p < 0,05$), *S.epidermidis* і *E. coli* – 10 випадків – 16,7 % ($p < 0,05$), *S.epidermidis*, *E. coli* та *Ureaplasma urealyticum* чи *Mycoplasma hominis* 15 випадків – 25 % ($p < 0,05$), патогенними: *Chlamydia* – 10 випадків – 16,7 % ($p < 0,05$), грамнегативні коки морфологічно схожі на гонокок – 24 випадки – 40 % ($p < 0,05$), *F. enterococcus* – 15 випадків – 25 % ($p < 0,05$), у двох випадках було поєднання наявності трихомонад із хламідіями та грамнегативними коками морфологічно схожими на гонокок (3,3 %), у чотирьох – із грамнегативними коками морфологічно схожими на гонокок та фекальними ентерококами (6,7 %).

Усім породіллям було запропоновано лікування метронідазолом чи орнідазолом у поєднанні з цефалоспоринами або фторхінолонами. Жінки з діагностованим трихомоніазом були розподі-

лені на три групи: I група – 10 жінок, які відмовилися від лікування, II група – 10 жінок, які відмовилися від лікування, однак проводили місцеве лікування метронідазолом, III група – 40 жінок, які погодилися одразу, при встановленні діагнозу, проводити запропоноване лікування. У подальшому встановлено, що при відмові від лікування у 8 (80 %) породіль першої групи та 7 (70 %) породіль другої групи загальний стан погіршився через кілька днів (стійке підвищення температури тіла та наявність патологічних виділень із піхви). Середня тривалість перебування в стаціонарі при цьому становила 7-8 днів. У всіх 40 породіль III групи лікування було ефективним і після внутрішньовенного уведення впродовж трьох днів метронідазолу 100 мл (0,5 г) тричі на добу, (орнігілу 100 мл (0,5 г) двічі на добу) та фторхінолонів 100 мл двічі на добу, внутрішньом'язового уведення цефалоспоринів 1,0 г двічі на добу в задовільному стані з позитивною динамікою породіллям були виписані зі стаціонару. Середня тривалість перебування в стаціонарі при цьому становила 4-5 днів.

Висновки

1. У 88,6 % породіль при одноразовому підвищенні температури тіла більше 38°C діагностовано наявність трихомонад з іншими умовно-патогенними та патогенними мікроорганізмами.

2. При одноразовому підвищенні температури тіла більше 38°C породіллям потребують бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження виділень із піхви та цервікального каналу для профілактики післяпологових інфекційних ускладнень та скорочення тривалості перебування жінок у стаціонарі.

3. Враховуючи значну наявність полімікробних асоціацій із патогенними мікроорганізмами (71,7 %) та неефективність лікування тільки препаратами метронідазолу чи орнідазолу, породіллям потребують одночасного лікування з цефалоспоринами та (або) фторхінолонами.

Перспектива подальших досліджень. Пошук нових методів лікування післяпологових інфекційних ускладнень з можливістю збереження грудного вигодовування.

Література

1. Мавров Г.И. Особенности микрофлоры урогенитального тракта при воспалительных заболеваниях мочеполовых органов / Г.И.Мавров, И.Н. Никитенко, Г.П.Чинов // Укр. ж. дерматол., венерол., косметол. – 2004. – № 2 (13). – С. 64-67.
2. Мавров Г.И. Проблема трихомониаза (современные подходы к диагностике, этиотропной и патогенетической терапии) / Г.И. Мавров, И.Н. Никитенко, А.Г. Клетной // Дерматол. та венерол. – 2003. – Т. 20, № 2. – С. 7-11.
3. Семеняк А.В. Лікування трихомоніазу у жінок із хронічними запальними захворюваннями жіночих статевих органів / А.В. Семеняк, І.Р. Ніцович, С.Г. Приймак // Актуал. пробл. акушерства і гінекол., клін. імунол. та мед. генетики: 36. наук. праць. Вип. 23. – 2012. – С. 255-259.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОМОНИАЗА У ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ*А.В. Семеняк*

Резюме. Проведено клинично-лабораторное обследование женщин в послеродовом периоде с однократным повышением температуры тела более 38°C и лечение при диагностировании трихомониаза. Женщины основной группы были распределены на три группы: I группа – 10 женщин, которые вообще отказались от лечения, II группа – 10 женщин, которые проводили местное лечение метронидазолом, III группа – 40 женщин, которые согласились сразу, при установлении диагноза на предложенное лечение (метронидазол 100 мл (0,5 г) три раза в сутки, (или орнигил 100 мл (0,5 г) дважды в сутки), фторхинолоны 0,2 г, цефалоспорины 1,0 г два раза в сутки). Только у рожениц третьей подгруппы отмечено положительную динамику, лечение было эффективным, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 4-5 суток.

Ключевые слова: послеродовые инфекционные осложнения, послеродовой период, трихомониаз, урогенитальные инфекции.

FEATURES OF TRICHOMONIASIS TREATMENT IN POSTPARTUM PERIOD*A.V. Semenyak*

Abstract. A clinical and laboratory examination of women with single fever over 38° and treatment of trichomoniasis has been performed. Parturients of the main group were divided into 3 groups: I group – 10 women who refused to be treated, II group – 10 women who used topical treatment with metronidazole, III group – 40 women who agreed to the proposed treatment (100 ml metronidazole (0,5 g) three times a day (or ornihil 100 ml (0,5 g) twice a day), 0,2 grams of fluoroquinolones, cephalosporins 1,0 g twice a day) right after being diagnosed. The dynamics was only positive in the parturients of the third subgroup, the treatment was effective too; the average length of stay in hospital was 4-5 days.

Key words: postpartum infectious complications, postpartum, trichomoniasis, urogenital infections

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – д. мед. н. І.В. Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2014. – Vol. 18, № 3 (71). – P. 137-139

Надійшла до редакції 08.04.2014 року