



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66714 (13) U
(51) МПК (2011.01)
G01N 33/00ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЗМІШАНОЇ УРОГЕНІТАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ

1

2

(21) u201108961

(22) 18.07.2011

(24) 10.01.2012

(46) 10.01.2012, Бюл.№ 1, 2012 р.

(72) МАВРОВ ГЕННАДІЙ ІВАНОВИЧ, БОНДАРЕНКО ГЛІБ МИХАЙЛОВИЧ, НІКІТЕНКО ІННА МИКОЛАЇВНА, ГУБЕНКО ТЕТЯНА ВОЛОДИМИРІВНА, ЩЕРБАКОВА ЮЛІЯ ВАЛЕРІЇВНА, ЧИНОВ ГЕННАДІЙ ПЕТРОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ДЕРМАТОЛОГІЇ ТА ВЕНЕРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування урогенітальної інфекції у жінок з порушеннями гормонального статусу, що включає призначення антибіотиків та гормонокорегуючих засобів, який **відрізняється** тим, що

жінкам із змішаною урогенітальною інфекцією додатково призначають протипротозойний засіб орнідазол по 500 мг три рази на день внутрішньовенно протягом 10 днів; імуномодулятор циклоферон внутрішньом'язово за стандартною методикою; натаміцин по 1 таблетці чотири рази на добу, при наявності клінічних проявів генітального кандидозу - по 1 свічці на ніч та лактовіт-форте по 1 капсулі два рази на день курсом лікування 10 днів, починаючи з десятого дня лікування; додатково до етіотропної терапії призначають гепатопротектор глутаргін по 0,5-0,75 г у таблетках протягом 20 днів, прийом препарату починають з початком етіотропної терапії; виконують фонофорез протеолітичних ферментів і кортикостероїдів на зону яєчників.

Корисна модель належить до медицини, а саме до дерматовенерології, та може бути використаною для лікування змішаної урогенітальної інфекції у жінок з порушеннями гормонального статусу.

Близько 30 % жінок, що відвідують шкірно-венерологічні установи, мають цервіцит або уретрит, викликаний змішаною урогенітальною інфекцією. У жінок змішана урогенітальна інфекція перебігає з наступними симптомами: слизовий цервіцит, гнійні виділення з піхви, біль у нижній частині живота, посткоїтальна чи міжменструальна кровотеча, дизурія, ознаки запального захворювання органів малого таза, хронічний біль в органах малого таза, порушення репродуктивної функції (Мавров І.І. Половые болезни. - Харьков: ФАКТ, 2002. - 789 с.).

Лікування хворих на змішану хламідійно-трихомонадно-бактеріальну інфекцію засноване на загальних принципах комплексної й індивідуальної терапії при інфекційних хворобах. Основним способом лікування урогенітальної змішаної інфекції є застосування антибактеріальних та протипротозойних препаратів. Крім того, використовують засоби комплексного лікування, які необхідні конкретному хворому залежно від локалізації за-

пального процесу, характеру патологічних змін, що виникли протягом хвороби, і загального стану організму. Використання в комплексному лікуванні змішаної урогенітальної інфекції у жінок з порушеннями гормонального статусу засобів корекції ендокринного стану обумовлює ефективне лікування хворих та сприятливий прогноз відновлення репродуктивної функції (Мавров І.І. Половые болезни. - Харьков: ФАКТ, 2002. - 789 с.).

Так, наприклад, відомий спосіб лікування жінок з гормональними порушеннями, хворих на хламідіоз, що включає терапію з гормонокорегуючими засобами та антибіотиками. Гормонокорегуючі засоби призначають залежно від порушеного вмісту гормонів пролактину, прогестерону, естрадіолу, кортизолу в плазмі крові, причому, при підвищеному рівні пролактину призначають бромкрептин по 2,5-3,75 мг 2-3 рази на добу протягом декількох менструальних циклів (до настання овуляції), при зниженому рівні прогестерону, естрадіолу призначають етинілестрадіол по 1/4 таблетки (1 таблетка - 0,05 мг) 1 раз на добу протягом чотирьох днів, потім по 1/4 таблетки двічі на добу протягом чотирьох днів, потім норетистерон по 5 мг (1 таблетка) один раз на добу до початку наступної менструації, при зниженні рівня кортизолу призначають то-

(19) UA (11) 66714 (13) U

коферол по 1 капсулі двічі на добу протягом одного місяця, потім по 1 капсулі один раз на добу - два місяці, а також - аскорбінову кислоту по 0,5 г тричі на день протягом одного місяця, під постійним контролем рівня гормонів, курсом до їх нормалізації (Мавров І.І., Нехаєва І.В. Гормональные нарушения при осложненной хламидийной инфекции // Иммунология та алергологія. - 2001. - № 1. - С. 64).

Даний спосіб лікування урогенітальної інфекції у жінок з порушеннями гормонального статусу є найбільш близьким до того, що заявляється, за технічною суттю та результатом, який може бути досягнутим, тому його вибрано як найбільш близький аналог.

В основу корисної моделі поставлено задачу - розширити арсенал способів лікування урогенітальної інфекції у жінок із змішаної урогенітальною інфекцією, що супроводжується порушеннями гормонального статусу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування урогенітальної інфекції у жінок з порушеннями гормонального статусу, що включає призначення антибіотиків та гормонокорегуючих засобів, згідно з корисною моделлю, жінкам із змішаною урогенітальною інфекцією додатково призначають протипротозойний засіб орнідазол по 500 мг три рази на день внутрішньовенно протягом 10 днів; імуномодулятор циклоферон внутрішньом'язово за стандартною методикою; натаміцин по 1 таблетці чотири рази на добу, при наявності клінічних проявів генітального кандидозу - по 1 свічці на ніч та лактовіт-форте по 1 капсулі два рази на день курсом лікування 10 днів, починаючи з десятого дня лікування; додатково до етіотропної терапії призначають гепатопротектор глутаргін по 0,5-0,75 г у таблетках протягом 20 днів, прийом препарату починають з початком етіотропної терапії; виконують фонофорез протеолітичних ферментів і кортикостероїдів на зону яєчників.

Технічний результат корисної моделі полягає в тому, що підвищується ефективність лікування змішаної урогенітальної інфекції в порівнянні з традиційною терапією за рахунок синергізму заявленого комплексу та способу його використання.

Спосіб виконують наступним чином.

Жінкам із змішаною урогенітальною інфекцією на фоні порушення гормонального статусу додатково до антибіотиків та гормонокорегуючих засобів призначають протипротозойний засіб орнідазол по 500 мг три рази на день внутрішньовенно протягом 10 днів; імуномодулятор циклоферон внутрішньом'язово за стандартною методикою; натаміцин по 1 таблетці чотири рази на добу, при наявності клінічних проявів генітального кандидозу - по 1 свічці на ніч та лактовіт-форте по 1 капсулі два рази на день курсом лікування 10 днів, починаючи з десятого дня лікування; додатково до етіотропної терапії призначають гепатопротектор глутаргін по 0,5-0,75 г у таблетках протягом 20 днів, прийом препарату починають з початком етіотропної терапії; виконують фонофорез протеолітичних ферментів і кортикостероїдів на зону яєчників.

Ефективність способу ілюструють наступні приклади.

Приклад 1. Хвора К., 28 років, звернулася зі скаргами на наявність виділень із піхви слизистого характеру, свербіння і відчуття печіння у області піхви, періодично турбують болі внизу живота, порушення менструального циклу. Вважає себе хворою протягом 1 року, коли вперше з'явилися вище перераховані скарги. У зв'язку з цим хвора звернулася до гінеколога поліклініки за місцем проживання. За результатами лабораторного обстеження був встановлений діагноз: змішана урогенітальна трихомонадно-хламідійно-бактеріальна інфекція. Призначено лікування препаратом трихопол впродовж 7 днів. Після лікування поліпшення стану не відбулося, у зв'язку з чим хвора звернулася для консультації.

При клінічному дослідженні у хворой виявлений вульвовагініт і ендочервіцит. При бактеріоскопічному і бактеріологічному дослідженні виділень з піхви виявлені *Trichomonas vaginalis* та *Chlamydia trachomatis*. При проведенні бактеріологічного дослідження мікрофлори піхви виявлене зростання *S. aureus* 104 КОЕ/см³. При дослідженні рівня статевих гормонів виявлено збільшення рівня пролактину. Рівні протизапальних цитокінів ІЛ-1β, ІЛ-4 і ФНП-α значно підвищені.

При ультразвуковому скануванні органів малого таза хворой виявлено, що тіло матки (47×33×40мм), матка розташована в anteфлексіо, контур рівний, ехогенність міометрія середня, ехоструктура рівномірно гетерогенна. Ендометрій 8мм, секреторного типу, акустично без структурних змін. Порожнина матки не розширена. Правий яєчник (43×25 мм), лівий яєчник (36×29 мм). Правий яєчник збільшений, підтягнутий до матки, контур яєчників нечіткий, фіброзний, капсула нерівномірно підвищеної ехогенності. Не різко виражений періоваріальний фіброз. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається. Висновок: хронічний двосторонній періоофорит.

Хворій була призначена терапія з використанням запропонованого комплексного методу. Під час лікування в динаміці визначався рівень пролактину в плазмі крові. Бромкриптин призначали протягом 2 менструальних циклів. У хворой після лікування зникли скарги на порушення менструального циклу, зникли виділення зі статевих шляхів, зникло почуття печіння й сверблячки в області промежини. Хвора перестала скаржитися на болі внизу живота.

Після проведеного лікування наступило клінічне одужання. Скарги і ознаки запалення були відсутні. При бактеріоскопічному і бактеріологічному дослідженні через 1 місяць після лікування урогенітальна інфекція була відсутня. Рівень пролактину та протизапальних цитокінів досяг фізіологічної норми.

Приклад 2. Хвора С., 34 роки. Протягом 10 років тривало і безуспішно лікувалася в гінекологів з приводу хронічного сальпінгоофориту. Протягом 3 років перебуває у шлюбі. Вагітність не настає. При обстеженні був поставлений діагноз: хронічний сальпінгоофорит, безпліддя вторинне.

Була направлена на консультацію для виключення інфекцій, що передаються статевим шляхом. У зіскрібках з уретри і цервікального каналу

були виявлені *Trichomonas vaginalis* та *Chlamydia trachomatis*. Було проведено гормональне обстеження до початку лікування: визначено зниження рівня прогестерону в другу фазу менструального циклу. Рівень протизапальних цитокінів ІЛ- β , ІЛ-4 і ФНП- α значно підвищений. Був поставлений діагноз: змішана урогенітальна трихомонадно-хламідійно-бактеріальна інфекція, хронічний сальпінгоофорит, безпліддя вторинне.

Хвора отримала таке лікування: ефлоран по 500 мг внутрішньовенно крапельно двічі на добу і 400 мг внутрішньо 1 раз на добу - 5 діб; ципрінол внутрішньовенно крапельно 300 мг два рази на добу і 250 мг (1 таблетка) - внутрішньо протягом 14 діб; фромілід по 500 мг двічі на добу внутрішньо - протягом 14 діб; карсил по 1 капсулі тричі на день - протягом 30 діб; циклоферон по 2,0 мл внутрішньом'язово через день - усього 10 ін'єкцій. Місцеве лікування: вагінально свічки «Кліон-Д» по

свічки на ніч - протягом 10 діб. Фізіотерапія: електрофорез гідрокортизону на ділянку органів малого таза за черевно-крижовою методикою - 5 разів, потім іонофорез метил урацилу на ділянку органів малого таза за схемою - 5 сеансів. Хвора отримала гормонокорекцію: після закінчення менструації призначено етинілестрадіол по 1/4 таблетки 1 раз на добу - протягом 4 діб; потім по 1/4 таблетки двічі на добу - протягом 4 діб; після цього - норестистерон по 5 мг 1 раз на добу до настання наступного менструального циклу.

Після закінчення лікування проводилося два контрольних дослідження на урогенітальну інфекцію 1 раз на два місяці. Результат негативний. Було також проведено дослідження вмісту статевих гормонів у плазмі крові: показники в межах фізіологічної норми. В межах фізіологічної норми і протизапальні цитокіни.