

УДК 616.64/.69-002.12-022-08-059:615.33

ПАСЕЧНИКОВ С.П.<sup>1,2</sup>, НАШЕДА С.В.<sup>2</sup><sup>1</sup>Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев<sup>2</sup>ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МУЖСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ТРИХОМОНАДНО-БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ ПРЕПАРАТОМ ГРАНДАЗОЛ

**Резюме.** В статье представлены результаты исследований клинической и микробиологической эффективности препарата Грандазол в комплексной терапии воспалительных заболеваний мужских половых органов трихомонадно-бактериальной этиологии.

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания мужских половых органов, урогенитальный трихомониаз, инфекции, передающиеся половым путем, Грандазол.

Инфекционно-воспалительные заболевания урологии и вопросы их лечения и профилактики представляют собой одну из наиболее актуальных проблем современной медицины. Это связано с их распространенностью, частым рецидивированием, социально-экономической и репродуктивной значимостью, а также с прогрессирующим ростом резистентности микроорганизмов к антибиотикам [1].

Несмотря на достигнутые успехи в изучении этиологии и патогенеза, во внедрении новых методов диагностики и лечения, в когорте урологических заболеваний одно из основных мест занимают воспалительные заболевания мужских половых органов (ВЗМПО).

С каждым годом наблюдается все большая распространенность ВЗМПО, поэтому лечение этой патологии в настоящее время приобретает особую актуальность [2].

Этиологическим фактором ВЗМПО является как неспецифическая микрофлора, так и возбудители инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

На сегодняшний день ИППП приобрели в Украине эпидемический характер. Этому способствует ряд причин: низкий уровень половой культуры населения; широкая либерализация сексуальных отношений; раннее начало половой жизни при недостаточной информированности о средствах контрацепции; низкий уровень финансовой обеспеченности; недостаточное и несбалансированное питание; экологически неблагоприятные условия; наследственные и ятрогенные нарушения местного и системного имму-

нитета; интенсивные миграционные процессы; снижение качества и эффективности профилактической и лечебной работы медицинских учреждений вследствие недостаточного финансирования; сложность диагностики; изменение спектра микрофлоры и увеличение количества штаммов микроорганизмов, сохранивших свои патогенные свойства после неполноценного, неадекватного лечения; бессимптомное или малосимптомное течение данного заболевания; отсутствие иммунитета после выздоровления [3, 8, 16, 17].

Урогенитальный трихомониаз (УТ) — широко распространенная ИППП, возбудителем которой является *Trichomonas vaginalis* — простейший одноклеточный микроорганизм, приспособившийся в процессе эволюции к паразитированию в органах мочеполовой системы человека [20]. Трихомониаз является распространенным заболеванием и занимает первое место среди заболеваний, передающихся половым путем [4]. В мировую базу данных поступают сообщения о 170–200 миллионах случаев трихомониаза ежегодно [5–8]. Частота инфицирования в развитых странах составляет 2–10 %, а в развивающихся странах — 15–40 %. Среди больных со смешанной урогенитальной инфекцией носители трихомонад составляют 40–50 %, при этом в 50 % случаев за-

Адрес для переписки с авторами:

Нашеда Сергей Васильевич

E-mail: inflam@ukr.net

© Пасечников С.П., Нашеда С.В., 2015

© «Почки», 2015

© Заславский А.Ю., 2015

болевание протекает бессимптомно. Необходимо учитывать, что трихомонадоносительство приводит к эпидемиологическому распространению возбудителей среди половых партнеров [3, 9, 10].

В Украине официальный показатель заболеваемости УТ составляет 1263,7 случая на 100 000 населения, реальный же показатель в 5 раз выше и составляет порядка 6 % всего населения или 12 % сексуально активного населения репродуктивного возраста [11].

Трихомонадная инфекция является причиной возникновения ВЗМПО у 23–40 % пациентов, соответственно, будучи распространенным заболеванием, влияет на состояние репродуктивной функции населения и на демографическую ситуацию [12, 18]. Одна из особенностей *Trichomonas vaginalis* — их исключительная способность к ассоциации с другими возбудителями ИППП, поэтому УТ довольно часто протекает в составе микст-инфекции (вместе с хламидийной, уреоплазменной, микоплазменной инфекциями и гонореей), что затрудняет его лечение и способствует возникновению посттрихомонадных осложнений. Часто трихомонады выполняют функцию резервуаров, сохраняя этих возбудителей в неизменном виде (эндоцитобиоз), а некоторые из них внутри *Trichomonas vaginalis* даже активно размножаются [13–15].

*Trichomonas vaginalis* поражает мочеиспускательный канал, семенные пузырьки, предстательную железу. УТ влечет за собой следующие осложнения у мужчин: баланит, баланопостит, уретрит, парауретрит, куперит, эпидидимит, простатит, везикулит, цистит [19].

Сложность клинико-лабораторной диагностики бактериальной инфекции заключается в наличии одновременно 2–3 и более патогенных возбудителей. Также определенная трудность выявления заболевания у мужчин связана с особенностями строения половой системы. При трихомонадном поражении простатического отдела уретры и предстательной железы за счет барьерной функции мембранозного сфинктера не всегда получается выявить возбудителя в экскретах [24].

Что касается морфологии трихомонад, то увеличилось количество их атипичных форм. Эти формы обладают малой подвижностью и имеют амeboидную или шаровидную форму, что затрудняет бактериоскопическую диагностику.

Частое отсутствие патогномичных клинических проявлений урогенитального трихомониаза, его течение с минимальными клиническими проявлениями ставят лабораторные методы в основу диагностики заболевания. В литературе содержатся самые разные суждения в отношении методов диагностики, что в известной степени дезориентирует практического врача. Выбор методов исследования при определении инфекций, передающихся половым путем, зависит от большого

количества факторов: анамнестических данных, результатов осмотра, предварительных исследований (нативный мазок), перечня лабораторных исследований, проводимых в клинике, их стоимости, материальных возможностей пациента. Таким образом, выбор методов, алгоритм обследований должны не только соответствовать действующей нормативной базе (протоколы, стандарты), но и быть индивидуальными для каждого пациента. На качество диагностического процесса, безусловно, влияет подготовка пациента и техника забора материала.

Для того чтобы получить более надежные данные, необходимо придерживаться следующих правил:

- отрицательный результат любого исследования не исключает наличия трихомонад;

- исследование полученного материала следует проводить одновременно всеми доступными методами;

- для оценки нужно использовать не только уретральное отделяемое и секрет предстательной железы, но и осадок свежесобранной мочи, секрет бульбоуретральных желез, сперму [18, 21].

Сложность лечения ВЗМПО связана с высокой вирулентностью и устойчивостью возбудителей заболеваний к применяемым в урологической практике антибактериальным препаратам, с упорным течением болезни, ослаблением защитных сил макроорганизма.

При назначении базовой терапии для лечения возбудителей ИППП необходимо учитывать рекомендации ВОЗ по критериям выбора антибактериального препарата [22, 23]. Требования предусматривают:

- высокую эффективность;
- низкую токсичность и хорошую переносимость;
- медленное развитие устойчивости возбудителя к применяемым лекарственным средствам;
- возможность снижения кратности приема;
- возможность перорального приема.

Качество эффективной и своевременной терапии при трихомониазе во многом влияет на распространение, течение и прогноз заболевания. Успех лечения зависит от правильного индивидуального подбора лекарственного средства, его фармакокинетики и фармакодинамики. Неэффективность терапии часто связана с несоблюдением рекомендованного режима лечения или реинфекцией.

При комплексном лечении ВЗМПО рационально использование антибактериальных препаратов с широким спектром действия. С учетом широкого спектра возможных возбудителей, в структуру которых, как правило, входят анаэробные микробы, склонности *Trichomonas vaginalis* к эндоцитобиозу схемы лечения с включением антибиотиков и имидазолов являются наиболее

рациональными и апробированными, особенно в острый и подострый период болезни. В эти схемы включаются два, иногда больше отдельных препарата. Появившиеся в последние годы комбинированные антибактериальные средства позволяют проводить лечение одним препаратом, что улучшает комплаентность пациентов, значительно повышает эффективность лечения, снижает лекарственную нагрузку на организм [13].

Указанными свойствами обладает комбинированный антибактериальный препарат Грандазол, который содержит активные вещества: левофлоксацин (2,5 мг/мл) + орнидазол (5 мг/мл). Выпускается во флаконах по 100 мл (250 мг левофлоксацина + 500 мг орнидазола) и 200 мл (500 мг левофлоксацина + 1000 мг орнидазола); в таблетках (250 мг левофлоксацина + 500 мг орнидазола).

Наличие разных форм выпуска препарата Грандазол позволяет использовать в остром периоде заболевания инфузионный (внутривенный) путь введения, что обеспечивает 100% биодоступность и высокую концентрацию действующего вещества в плазме крови в кратчайшие сроки, с дальнейшим переводом пациента на пероральный прием без коррекции дозы [27].

Левофлоксацин — антибиотик, принадлежащий к группе фторхинолонов. Фторхинолоны принципиально отличаются от других антимикробных препаратов по механизму действия. Их бактерицидный эффект обусловлен ингибированием двух жизненно важных ферментов микробной клетки — ДНК-гиразы и топоизомеразы IV, что приводит к нарушению синтеза бактериальной ДНК. Левофлоксацин активен в отношении грамположительных и грамотрицательных патогенов, включая штаммы, резистентные к пенициллинам, цефалоспорином и аминогликозидам. Преимущества левофлоксацина: прием один раз в сутки; благоприятная фармакокинетика; высокий уровень проникновения в ткани предстательной железы; хорошая биодоступность; сходные фармакокинетические параметры при пероральном и парентеральном приеме; хороший профиль безопасности; высокая активность в отношении возбудителей ИППП (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) [25, 26].

Орнидазол — синтетический препарат группы нитроимидазола с антибактериальным (антианаэробным) и противопротозойным действием. Противотрихомонадная активность его обусловлена наличием в молекуле нитрогруппы. Нитро-радикал способен расщеплять нити ДНК трихомонадной клетки. Эффект возникает быстро. Клеточное деление и подвижность клетки прекращаются в течение 1 часа, а сама клетка погибает в течение 8 часов [22].

Спектр действия Грандазола соответствует входящим в его состав орнидазолу и левофлок-

сацину: *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterococcus* spp., *Enterobacter* spp., *H.influenzae*, *Legionella* spp., *E.coli*, *Klebsiella* spp., *Salmonella* spp., *Proteus* spp., *Shigella* spp., *N.gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Bacteroides fragilis*, *Clostridium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Peptococcus* spp., *Gardnerella vaginalis*, а также *Trichomonas vaginalis* и др.

**Цель работы:** изучить эффективность, безопасность и переносимость препарата Грандазол (производства Юрия-Фарм), а также его влияние на клиническое течение и лабораторные показатели при лечении ВЗМПО трихомонадно-бактериальной этиологии.

## Материалы и методы

В исследовании участвовали 37 мужчин в возрасте от 19 до 54 лет (средний возраст —  $34,1 \pm 2,5$  года) с ВЗМПО, обусловленными УТ. В исследование были включены мужчины, ранее не принимавшие противопротозойные препараты и не принимавшие препараты из группы фторхинолонов в течение предшествующих 30 суток. Также учитывалась чувствительность условно-патогенной микрофлоры к левофлоксацину. Клинические проявления заболевания и лабораторные показатели регистрировали до лечения, а также через 3–5, 7–10 дней от начала лечения и через 1 месяц после лечения.

Диагноз УТ устанавливался на основании анамнеза, клинической картины заболевания, а также лабораторных данных. Лабораторную диагностику трихомониаза и бактериальной обремененности проводили с помощью:

- бактериоскопии соскоба с уретры;
- бактериоскопии секрета предстательной железы;
- молекулярно-биологического метода (полимеразная цепная реакция — ПЦР) исследования уретрального отделяемого и секрета предстательной железы на *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*;
- культурального исследования уретрального отделяемого и секрета предстательной железы на *Trichomonas vaginalis*;
- бактериологического исследования уретрального отделяемого и секрета предстательной железы на условно-патогенную микрофлору.

Также проводили общеклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ).

Всем пациентам выполнялось УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, органов мошонки (при необходимости).

Мужчины с установленным диагнозом ВЗМПО трихомонадно-бактериальной этиологии, их по-

ловые партнеры (при согласии пациента) были информированы о характере и особенностях течения заболевания. Всем половым партнерам также было рекомендовано обследование и лечение. Были даны следующие рекомендации: во время лечения исключить половые контакты, использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах вплоть до констатации выздоровления обоих партнеров. К полному излечению мы относили клиническое и этиологическое выздоровление.

## Результаты исследования

По данным наших исследований, трихомоназ как моноинфекция встречался только у 8,1 % больных, а его смешанные формы в ассоциации с другими инфекциями — у 91,9 % пациентов.

Спектр возбудителей инфекций, передающихся половым путем, был следующим: *T.vaginalis* — 19 (51,3 %), *T.vaginalis* + *Mycoplasma* spp. — 3 (8,1 %), *T.vaginalis* + *Neiseria* spp. — 2 (5,4 %), *T.vaginalis* + *C.trachomatis* — 6 (16,3 %), *T.vaginalis* + *U.urealyticum* — 3 (8,1 %), *T.vaginalis* + *U.urealyticum* + *C.trachomatis* — 2 (5,4 %), *T.vaginalis* + *C.trachomatis* + *Mycoplasma* spp. — 1 (2,7 %), *T.vaginalis* + *U.urealyticum* + *Mycoplasma* spp. — 1 (2,7 %).

Следует отметить высокую частоту выделения *T.vaginalis* в ассоциации с *C.trachomatis* по сравнению с ассоциацией с другими возбудителями. Эту особенность можно рассматривать как возможный признак симбиоза указанных микроорганизмов. Полученные результаты указывают на эффективность и необходимость проведения комплексных лабораторных исследований при скрининге ИППП.

При культуральном обследовании на условно-патогенную микрофлору были выявлены следующие возбудители: *Staphylococcus* spp. — 11 (28,2 %), *Esherichia coli* — 9 (23,1 %), *Enterococcus* spp. — 9 (23,1 %), *Streptococcus* spp. — 3 (7,7 %), *Proteus* spp. — 2 (5,1 %), *Klebsiella* spp. — 2 (5,1 %), *Enterobacter* spp. — 2 (5,1 %), *Pseudomonas aeruginosa* — 1 (2,6 %).

У 5 (13,5 %) пациентов выявлено культуральным методом два возбудителя, у 3 (8,1 %) мужчин условно-патогенная микрофлора в клинически значимой концентрации не определялась.

Анализ результатов применения комбинированного антибактериального препарата Грандазол в комплексном лечении ВЗМПО через месяц после завершения курса показал следующие результаты (табл. 1, 2).

Под хорошим клиническим эффектом подразумевалось полное устранение симптомов и признаков заболевания. Уменьшение симптомов заболевания и интенсивности жалоб интерпретировалось нами как частичная клиническая эффективность. Под отсутствием эффекта под-

**Таблица 1. Клиническая эффективность лечения препаратом Грандазол больных ВЗМПО**

Эффективность	Количество больных, абс.	Количество больных, %
Хорошая	34	91,9
Частичная	2	5,4
Отсутствует	1	2,7
Всего	37	100,0

**Таблица 2. Бактериологическая эффективность лечения препаратом Грандазол больных ВЗМПО трихомонадно-бактериальной этиологии**

Вид возбудителя	Количество штаммов	Бактериологический результат, абс. количество (%)		
		Эрадикация возбудителя	Замена возбудителя	Сохранение возбудителя
<i>Staphylococcus</i> spp.	11	10 (90,9)	1 (2,6)	—
<i>Esherichia coli</i>	9	8 (88,9)	—	1 (2,6)
<i>Enterococcus</i> spp.	9	8 (88,9)	—	1 (2,6)
<i>Streptococcus</i> spp.	3	3 (100)	—	—
<i>Proteus</i> spp.	2	2 (100)	—	—
<i>Klebsiella</i> spp.	2	2 (100)	—	—
<i>Enterobacter</i> spp.	2	2 (100)	—	—
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1	1 (100)	—	—
Всего	39	36 (92,3)	1 (2,6)	2 (5,1)

разумевалось полное сохранение клинических проявлений. Отсутствие клинического результата отметил один пациент, у которого при контрольном лабораторном исследовании были обнаружены атипичные формы трихомонад и повторно высеялась *Esherichia coli*.

При динамике стихания клинических симптомов отмечено, что на фоне лечения достаточно быстро купируются основные проявления инфекции. Этот факт позволил нам уже на 4–5-е сутки лечения перевести пациента на пероральный прием препарата, снизить сроки пребывания больного в стационаре и продолжать лечение в амбулаторных условиях без коррекции дозы.

Препарат Грандазол имел выраженный положительный эффект относительно условно-патогенных возбудителей у 92,3 % больных. Нечувствительными оказались по одному штамму *Esherichia coli* и *Enterococcus*. Также в одном случае произошла замена возбудителя: *Staphylococcus*

на *Escherichia coli*. При контрольных обследованиях через 1 месяц после проведенного лечения *Trichomonas vaginalis* обнаружена у 3 (8,1 %) пациентов.

Кроме результатов клинико-лабораторных исследований, учитывали любые неблагоприятные явления, которые возникли с момента начала лечения.

Побочные эффекты лечения со стороны пищеварительного тракта наблюдались в виде тошноты у 4 (10,8 %) больных, металлического привкуса во рту — у 1 (2,7 %) мужчины, послабления стула — у 2 (5,4 %) пациентов. У двух пациентов после курса лечения отмечалось транзиторное умеренное повышение печеночных трансаминаз. Незначительные побочные эффекты, возникшие у некоторых пациентов во время лечения, не требовали отмены препарата.

## Выводы

Применение препарата Грандазол для лечения больных ВЗМПО трихомонадно-бактериальной этиологии показало клиническую эффективность 91,9 %.

Бактериологическая эффективность Грандазола в отношении условно-патогенных возбудителей составила 92,3 %, в отношении *Trichomonas vaginalis* — 91,9 %.

Грандазол хорошо переносят больные, он не вызывает серьезных побочных реакций и изменений лабораторных показателей, удобен в приеме (один раз в сутки), подходит для использования в виде ступенчатой терапии.

Высокая эффективность, хорошая переносимость и безопасность Грандазола в комплексном лечении ВЗМПО трихомонадно-бактериальной этиологии позволяют рекомендовать указанный препарат к использованию в клинической практике.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Рецензент:** информация скрыта.

## Список литературы

1. Перепанова Т.С., Палагин И.С. Актуальные вопросы терапии и профилактики урологических инфекций, стандарты и рекомендации по ведению пациентов с урологическими инфекциями // *Вестник практического врача*. — 2014. — № 3. — С. 14-17.
2. Гурженко Ю.Н., Бойко А.И., Когут Ю.Я., Красовский В.М. Исследование эффективности препарата Ломадей в комплексном лечении воспалительных заболеваний мужских половых органов // *Здоровье мужчины*. — 2012. — № 1. — С. 77-82.
3. Мельников С.Н. Лечение хронических воспалительных заболеваний половых органов трихомонадно-бактериальной этиологии // *Здоровье мужчины*. — 2013. — № 1. — С. 162-163.
4. Дюдин А.Д. Эффективность, переносимость и комплаентность применения секнидазола в комплексном лечении больных урогенитальным трихомониазом / А.Д. Дюдин, Н.Н. Полион, И.А. Бюбюк, В.В. Горбун-

цов, Д.Г. Башмаков // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. — 2013. — № 3 (50). — С. 144-148.

5. Горпинченко И.И. Терапия метронидазол-резистентного трихомониаза комбинацией ципрофлоксацина и тинидазола / И.И. Горпинченко, М.Г. Романюк, А.М. Корниенко [и др.] // *Здоровье мужчины*. — 2014. — № 1. — С. 95-98.

6. Гоцуляк О.Л. Урогенитальный хламидиоз, ассоциированный с трихомониазом // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — № 1 (205) — С. 15-17.

7. Коган Б.Г. Урогенитальный трихомониаз: новое решение старой проблемы // *Здоров'я України*. — 2008. — № 11 (192) — С. 68.

8. Горпинченко И.И. Исследование эффективности применения препарата Орнизол у больных с хроническим урогенитальным трихомониазом / И.И. Горпинченко, Ю.Н. Гурженко // *Здоровье мужчины*. — 2010. — № 3. — С. 198-200.

9. United Kingdom national guideline on the management of *Trichomonas vaginalis* (2007). Available from: <http://www.bashh.org/documents/87/87.pdf>

10. Workowski K.A., Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // *MMWR Recomm Rep*. 2010; 59 (RR-12): 1-10.

11. Корнацька А.Г., Вовк І.Б., Чубей Г.В. Запальні захворювання органів малого таза, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом // *Здоров'я України*. — 2012. — № 4 (8). — С. 38-39.

12. Клименко Б.В. Трихомониаз. — М.: Медицина, 1987. — 158 с.

13. Леонтьев И.Г. Современные комбинированные препараты при лечении урогенитального трихомониаза и ассоциированных уретрогенных инфекций у мужчин / И.Г. Леонтьев, Д.И. Леонтьев // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2013. — № 3. — С. 63-68.

14. Молочков В.А. Урогенитальный трихомониаз, ассоциированные уретрогенные инфекции (эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика) // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. — 2000. — № 3. — С. 48-56.

15. Кубанова А.А. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами / А.А. Кубанова, М.Р. Рахматулина // *Вестник дерматолога и венеролога*. — 2009. — № 3. — С. 78-82.

16. Герасимова Т.В. Комбинированная терапия трихомонадной урогенитальной инфекции / Т.В. Герасимова, Е.Н. Гопчук // *Здоровье женщины*. — 2012. — № 10 (76). — С. 136-138.

17. Пасечников С.П. Оценка эффективности препарата Орципол в лечении хронических воспалительных заболеваний мужских половых органов трихомонадно-бактериальной этиологии / С.П. Пасечников, С.В. Нашеда // *Здоровье мужчины*. — 2014. — № 4. — С. 116-119.

18. Каденко О.А., Болотюк М.В. Сравнительная характеристика эффективности методов лабораторной диагностики урогенитального трихомониаза (собственные исследования) // *Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва*. — 2012. — № 1-2. — С. 86-94.

19. Кубанова А.А. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальные инфекции. Клинические рекомендации / А.А. Кубанова, А.Л. Балувев, М.И. Глузмин, Н.П. Евстигнеева, Д.В. Заславский [и др.]. — М.: Деловой экспресс, 2012. — 111 с.

20. Рыжих П.Г. К вопросу о лабораторной диагностике урогенитального трихомониаза с учетом концентрации *Trichomonas vaginalis* в биологическом материале / П.Г. Рыжих, А.Е. Гуцин // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2013. — № 5. — С. 44-48.

21. Дерматовенерология: Учебное пособие / Под ред. В.П. Федотова, А.Д. Дюдина, В.И. Степаненко. — Изд. 2-е, рус. — Днепрпетровск; Киев: Изд. Свидлер А.Л., 2011. — 652 с.

22. Коган Б.Г., Гордеева Г.Д. Роль комбинированных антибактериальных средств в комплексном лечении вос-

палительных заболеваний женских половых органов смешанной этиологии // *Здоровье женщины*. — 2014. — № 5. — С. 86-90.

23. Миронюк І.С. Урогенітальний мікоплазмоз, викликаний *Mycoplasma genitalium*: погляд на питання в лікуванні в практиці лікаря // *Здоров'я України*. — 2015. — № 2 (3). — С. 14-15.

24. Беднова В.Н., Погорельский Л.В., Васильев М.М. и др. Тактика обследования и терапии больных инфекционными урогенитальными заболеваниями, осложненными дисбактериозом (пособие для врачей). — М.: Медицина, 1996. — С. 14-32.

25. Малей М. Лечение инфекций мочевых путей: фокус на фторхинолоны // *Медицинские аспекты здоровья мужчины*. — 2015. — № 2 (17). — С. 27-31.

26. Рахматулина М.Р. Урогенитальные инфекции в урологии / М.Р. Рахматулина, Т.С. Перепанова, В.А. Божедомов // *Эффективная фармакотерапия (урология и нефрология)*. — 2013. — № 2 (16). — С. 2-10.

27. Нетяженко В.З. Неінтенсивна інфузійна терапія в практиці лікаря внутрішньої медицини / В.З. Нетяженко, О.А. Галушко // *Український хіміотерапевтичний журнал*. — 2012. — № 3 (26). — С. 164-167.

Получено 08.06.15 ■

Пасечніков С.П.<sup>1,2</sup>, Нашеда С.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національний медичний університет

імені О.О. Богомольця, м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ

Pasechnikov S.P.<sup>1,2</sup>, Nasheda S.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>National Medical University named after O.O. Bohomolets,

Kyiv

<sup>2</sup>State Institution «Institute of Urology of National Academy of Medical Sciences», Kyiv, Ukraine

### ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ТРИХОМОНАДНО-БАКТЕРІАЛЬНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ПРЕПАРАТОМ ГРАНДАЗОЛ

**Резюме.** У статті наведено результати досліджень клінічної та мікробіологічної ефективності препарату Грандазол у комплексній терапії запальних захворювань чоловічих статевих органів трихомонадно-бактеріальної етіології.

**Ключові слова:** запальні захворювання чоловічих статевих органів, урогенітальний трихомоніаз, інфекції, що передаються статевим шляхом, Грандазол.

### EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT FOR INFLAMMATORY DISORDERS OF MALE GENITAL ORGANS OF TRICHOMONAL BACTERIAL ORIGIN USING GRANDAZOL

**Summary.** The article presents the results of studying clinical and microbiological efficacy of Grandazol in the comprehensive treatment for inflammatory disorders of male genital organs of trichomonal bacterial origin.

**Key words:** inflammatory disorders of male genital organs, urogenital trichomoniasis, sexually-transmitted infections, Grandazol.