

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МАКМИРОРА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ МОЧЕПОЛОВЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова  
Московский государственный медико-стоматологический университет

### EFFICACY OF USE OF MACMIROR IN PATIENTS WITH RECIDIVING UROGENITAL TRICHOMONIASIS

Yu.N. Perlamutrov, N.I. Chernova  
Moscow state medico-stomatologic university

#### Введение

Трихомониаз является одной из наиболее частых причин поражений мочевого тракта. Заболевание одинаково часто поражает как мужчин, так и женщин, однако официальная регистрация фиксирует соотношение 1:4 соответственно, что объясняется скудностью клинических проявлений и трудностями диагностики этой инфекции у мужчин. Широкое распространение трихомониаза среди сексуально активного населения репродуктивного возраста вызывает серьезную озабоченность специалистов в связи с социальной значимостью осложнений, которые могут быть обусловлены этой инфекцией [1,2]. В настоящее время значительно возросла роль трихомонад в формировании вялотекущих воспалительных процессов органов малого таза - сальпингоофоритов, цервицитов, эпидидимитов, простатитов, что в значительной степени повышает требования к проведению полноценного лечения [2]. Длительное время препаратом выбора для терапии трихомониаза являлся метронидазол и другие производные нитроимидазола [3].

В последние годы регистрируются рецидивы заболевания после лечения, проведенного в соответствии с действующими инструкциями и методическими рекомендациями. Неудачи могут быть обусловлены несколькими причинами: недостаточной всасываемостью лекарственного средства в желудочно-кишечном тракте и низкой его концентрацией в очагах поражения, способностью условно-патогенной микрофлоры органов малого таза частично инактивировать препарат, а так же вследствие формирования устойчивых к действию метронидазола штаммов трихомонад [4].

При наличии штаммов трихомонад, устойчи-

вых к нитроимидазолам, препаратом выбора может служить нифурател [5,6]. По многочисленным данным трихомонадоцидный эффект нифуратела не уступает метронидазолу и другим производным нитроимидазола [7-9]. При этом нифурател относится к производным нитрофуранового ряда, то есть может оказаться эффективным при истинной устойчивости трихомонад к нитроимидазолам. Поэтому разработка методов лечения больных мочевого тракта трихомониазом альтернативными препаратами является актуальной задачей.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности препарата макмирор (нифурател) у пациентов с рецидивами мочевого тракта трихомониаза после терапии метронидазолом.

#### Пациенты и методы

Под наблюдением находились 30 пациентов, у которых после стандартной терапии метронидазолом по поводу трихомониаза, наступил рецидив инфекции. Возраст больных был в пределах 27-34 года, из них 19 женщин и 11 мужчин. До начала лечения проводились следующие исследования: опрос больного (сбор анамнеза), пальпация предстательной железы и органов мошонки, осмотр в зеркалах, кольпоскопия, бактериоскопия и бактериологическое исследование отделяемого урогенитального тракта.

Жалобы на зуд и жжение, покраснение и налет в области наружных половых органов предъявляли 6 мужчин и 9 женщин, на выделения 2 мужчин и 15 женщин, дискомфорт в мочеиспускательном канале 2 мужчин и 3 женщины. Жалобы отсутствовали у 5 мужчин и 4 женщин (рис.1).

При осмотре в зеркалах регистрировалась

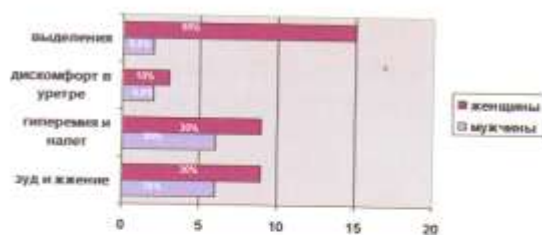


Рис. 1. Жалобы больных урогенитальным трихомониазом

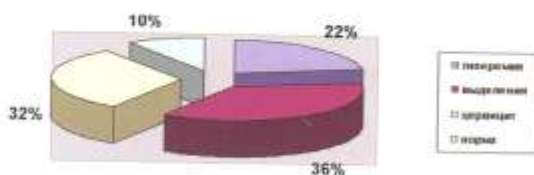


Рис. 2. Данные клинического осмотра женщины с урогенитальным трихомониазом

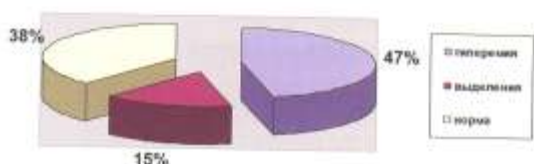


Рис. 3. Данные клинического осмотра мужчин с урогенитальным трихомониазом

отечная, гиперемизированная слизистая влагалища у 9 больных, цервицит у 13, обильные выделения слизисто-гнойного характера у 15 женщин, у 4 пациенток клиника отсутствовала (рис.2).

При осмотре мужчин гиперемия, отек крайней плоти, головки полового члена и губок уретры отмечали у 6 больных, свободные выделения слизисто-гнойного у 2 пациентов. Клинические проявления отсутствовали у 5 мужчин (рис.3).

Диагноз подтверждали с помощью бактериоскопического и бактериологического методов. У женщин исследовались свободные влагалищные выделения и соскобы эпителиальных клеток из цервикального канала, уретры, влагалища; у мужчин - соскобы из мочеиспускательного канала, а также секрет предстательной железы.

Для лечения трихомониаза применяли *макмирор* - препарат нитрофуранового ряда в форме таблеток, содержащих 200 мг нифуратела, обладающий широким антибактериальным, противогрибковым и противотрихомонадным дей-

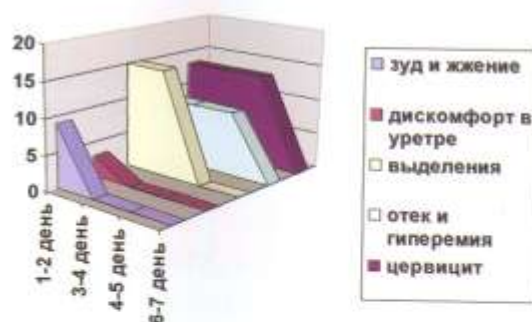


Рис. 4. Динамика клинических проявлений у женщин с урогенитальным трихомониазом при лечении макмирором

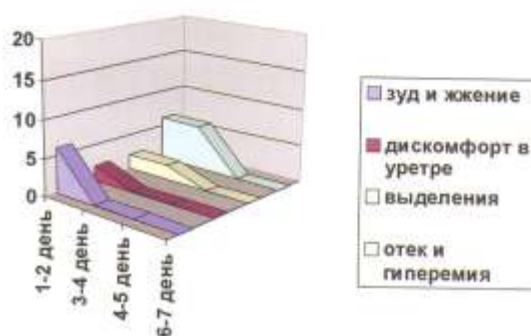


Рис. 5. Динамика клинических проявлений у мужчин с урогенитальным трихомониазом при лечении макмирором

ствием. *Макмирор* назначали по 400 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней, далее по 400 мг 2 раза в сутки - 5 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

Динамика клинических проявлений на фоне проводимого лечения отмечалась у всех женщин. На 2 день лечения у 9 исчезли субъективные ощущения (зуд, жжение, дискомфорт в мочеиспускательном канале), на 3-4 день - патологические выделения, на 4-5 - отек и гиперемия слизистой влагалища и вульвы, на 7-8 исчезали явления цервицита (рис.4).

У мужчин покраснение, отек крайней плоти и головки полового члена разрешались на 3-4 день приема *макмирора*, исчезновение выделений по утрам отмечалось на 2-3 день лечения, дискомфорта в уретре на второй день (рис.5).

Все пациенты отмечали улучшение самочувствия. Контроль излеченности проводился через 10 дней и 1 месяц после окончания лечения бактериологическим и бактериоскопическим метода-

ми. Клиническое и микробиологическое излечение наблюдалось у 29(96,7%) пациентов. Все больные хорошо перенесли лечение. Только 3 пациентов отмечали появление незначительных побочных эффектов: в одном случае - снижение аппетита, а у 2 больных - металлический привкус во рту. Перечисленные жалобы не были ярко выраженными, не нарушали работоспособность пациентов, не явились поводом для отмены препарата и проходили самостоятельно после окончания терапии.

#### Заключение

Современные научные данные свидетельствуют о возрастании резистентности трихомонад к терапии препаратами имидазольной группы, что является следствием широкого применения препаратов этой группы в гастроэнтерологической, стоматологической, хирургической практике и при самолечении. Исследования, проведенные на кафедре кожных и венерических болезней МГМСУ, показали, что *макмирор* обладает высокой эффективностью при терапии пациентов с устойчивыми штаммами трихомонад к препаратам имидазольной группы, хорошо переносится больными и не оказывает выраженных негативных побочных эффектов.

Таким образом, высокая эффективность (96,7%), хорошая переносимость, безопасность и удобство применения позволяют рекомендовать *макмирор* практическим врачам для широкого использования в терапии мочеполового трихомониаза.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Худайбердиев НА. Влияние хронического мочеполового трихомониаза на репродуктивную функцию у мужчин. Вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических заболеваний: Сб. науч. тр. Ташкент, 1989; 86-88.
2. Межевитинова ЕА. Трихомонадный вульвовагинит: клиническая, диагностика и лечение. Cons. Med. 2004; 6:7:288-294.
3. Кисина ВИ, Беднова ВН, Погорельская ЛВ. и др. Тактика обследования и терапии больных инфекционными урогенитальными заболеваниями, осложненными дисбактериозом: Пос. для вр. М.: 1996; 14-21.
4. Баткаев ЭА, Рюмин ДВ. Урогенитальный трихомониаз. Леч. врач. 2002; 4: 12-16.
5. Методические рекомендации по диагностике и лечению ИППП и ассоциированных с ними заболеваний./ Под ред. Серова В.Н., Кубановой А.А. М.: 2001.
6. Гомберг МА, Плахова КИ, Анискова ИН. Стандартная и нестандартная диагностика и терапия при выделениях из влагалища. Фарматека. 2006; 2: 45-50.
7. Block EA. Comparative study of the efficacy of nifuratel and metronidazole in the treatment of Trichomoniasis: Proc. Intern. Symp. Rome, 1975; 419.
8. Evans BA, Catterall RD. Nifuratel Compared with Metronidazole in the treatment of Trichomonal Vaginitis. Brit. Med. J. 1970; 23 :8: 231.
9. Heiss H. Double-blind trial with drugs active on Trichomonas vaginalis. Diagnosis and Chemotherapy of Urogenital Infections. 1970; 145.