

Ю.Н. Перламутров, Н.И. Чернова

Московский государственный медико-стоматологический университет, Россия

# Эффективность применения «Макмирора» у больных с рецидивирующим мочеполовым трихомониазом\*

## Введение

Трихомониаз является одной из наиболее частых причин поражений мочеполового тракта. Одинаково часто поражает как мужчин, так и женщин, но регистрируется в соотношении 1 : 4. Широкое распространение трихомонад среди сексуально активного населения репродуктивного возраста вызывает серьезную озабоченность специалистов в связи с социальной значимостью осложнений инфекции [1, 2]. В настоящее время значительно возросла роль трихомонад в формировании вялотекущих воспалительных процессов органов малого таза — эпидидимитов, простатитов, сальпингоофоритов, цервицитов, что обуславливает чрезвычайную актуальность вопроса полноценного лечения [2]. Длительное время препаратом выбора для терапии трихомониаза являлся метронидазол и его производные нитромедазолы [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 в желудочно-кишечном тракте, низкой концентрацией в очагах поражения, способностью условно-патогенной микрофлоры органов малого таза частично инактивировать препарат, а также вследствие формирования устойчивых к действию метронидазола штаммов трихомонад [4].

При наличии штаммов трихомонад, устойчивых к нитромидазолам, препаратом выбора может служить нифурател [5, 6]. По многочисленным данным трихомонадоцидный эффект нифуратела не уступает метронидазолу и другим его производным [7–9].

При этом нифурател относится к производным нитрофуранового ряда, то есть может ока-

заться эффективным при истинной устойчивости трихомонад к нитромидазолам. В связи с вышеизложенным, разработка методов лечения больных мочеполовым трихомониазом альтернативными препаратами является актуальным. Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности «Макмирора» (нифурател) у пациентов с рецидивами мочеполового трихомониаза после терапии метронидазолом.

## Пациенты и методы

Под наблюдением находились 30 пациентов, получавших стандартную терапию метронидазолом по поводу трихомониаза, в возрасте от 27 до 34 лет, из них 19 женщин и 11 мужчин. Всем больным до лечения проводили следующие исследования: опрос больного (сбор анамнеза), пальпация предстательной железы и органов мошонки, осмотр в зеркалах, кольпоскопия, бактериоскопия и бактериология 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).

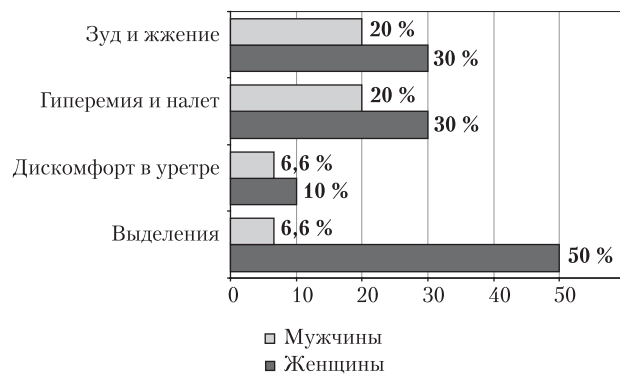


Рис. 1. Жалобы пациентов

\*Клиническая дерматология и венерология.— 2007.— № 6.— С. 44—47.

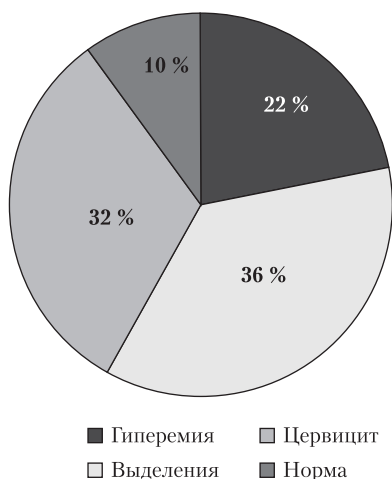


Рис. 2. **Данные осмотра женщин**

При осмотре в зеркалах регистрировалась отечная, гиперемированная слизистая влагалища в 9 случаях, цервицит у 13 больных, 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 характера — у 2 пациентов. Клинические проявления отсутствовали у 5 мужчин (рис. 3).

Диагноз подтверждали с помощью бактериоскопического и бактериологического методов. У женщин исследовались свободные выделения и соскоб эпителиальных клеток из цервикального канала, уретры, вагины, у мужчин — соскобов из мочеиспускательного канала и секрета предстательной железы.

Для терапии применяли «Макмирор» — препарат нитрофуранового ряда, содержащий 200 мг нифуратела, в форме таблеток, обладающий широким антибактериальным, противогрибковым и противотрихомонадным действием. Назначали препарат в дозе 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, при этом: на 2-й день лечения у 9 исчезли субъективные ощущения (зуд, жжение, дискомфорт в мочеиспускательном канале), на 3–4-й день — патологические выделения, на 4–5-й — отек и гиперемия слизистой оболочки влагалища и вульвы, на 7–8-й исчезали явления цервицита (рис. 4).

У мужчин покраснение, отек крайней плоти и головки полового члена купировались на

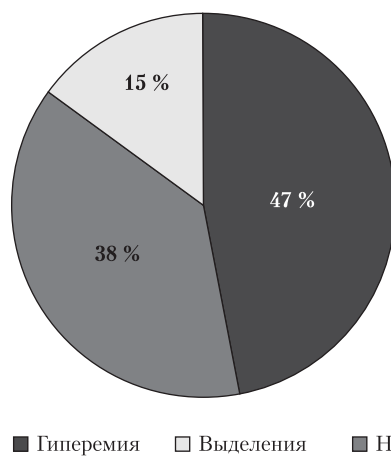


Рис. 3. **Данные осмотра мужчин**

3–4-й день приема «Макмирора», исчезновение выделений по утрам отмечалось на 2–3-й 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 методом. Проведенная терапия была эффективна у 29 (96,7 %) пациентов. Все больные хорошо перенесли лечение. Только 3 человека отметили появление незначительных по-

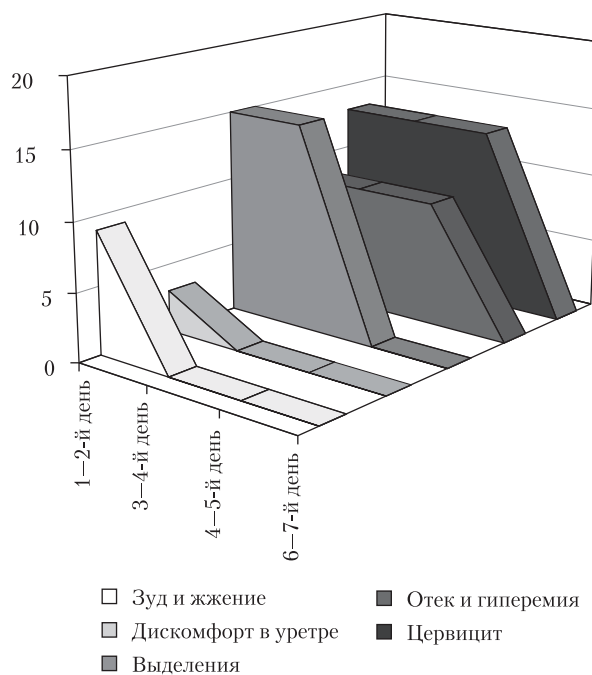


Рис. 4. **Динамика клинических проявлений у женщин в результате лечения «Макмирором»**

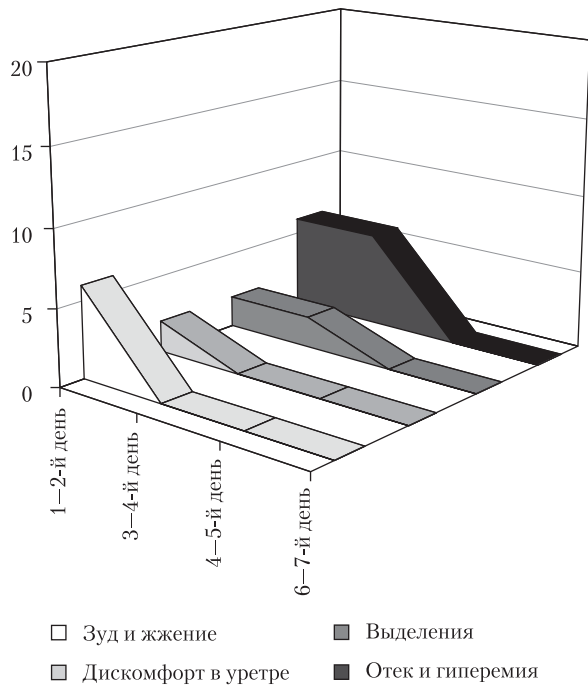


Рис. 5. Динамика клинических проявлений у мужчин в результате лечения «Макмирором»

бочных эффектов: в одном случае отмечалось снижение аппетита, а у 2 больных — металлический привкус во рту.

### Список литературы

1. Худайбердиев Н.А. Влияние хронического мочепополового трихомониаза на репродуктивную функцию у мужчин. Вопросы патогенеза и терапии кожных и венерических заболеваний // Сб. науч. тр.— Ташкент, 1989.— С. 86—88.
2. Межевитинова Е.А. Трихомонадный вульвовагинит: клиническая диагностика и лечение // Consilium medicum.— 2004.— Т. 6, № 7.— С. 288—294.
3. Кисина В.И., Беднова В.Н., Погорельская Л.В. и др. Тактика обследования и терапии больных инфекционными урогенитальными заболеваниями, осложненными дисбактериозом: Пособие для врачей.— М., 1996.— С. 14—21.
4. Баткаев Э.А., Рюмин Д.В. Урогенитальный трихомониаз // Лечащий врач.— 2002, № 4.— С. 12—16.

Перечисленные жалобы не являлись ярко выраженными, не нарушали работоспособность и не явились поводом для отмены препарата, проходили самостоятельно после окончания терапии.

### Заключение

Современные научные данные свидетельствуют о резком возрастании резистентности трихомонадной инфекции 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 мочепополового трихомониаза.

5. Методические рекомендации по диагностике и лечению ИППП и ассоциированных с ними заболеваний / Под ред. В.Н. Серова, А.А. Кубановой.— М., 2001.— 55 с.
6. Гомберг М.А., Плахова К.И., Анискова И.Н. Стандартная и нестандартная диагностика и терапия при выделениях из влагалища // Фарматека.— 2006.— № 2.— С. 45—50.
7. Block E.A. Comparative study of the efficacy of nifuratel and metronidazole in the treatment of trichomoniasis // Proc. Intern. Symp. Rome.— 1975, October 2—4.— 419 p.
8. Evans B.A., Catterall R.D. Nifuratel Compared with Metronidazole in the treatment of Trichomonal Vaginitis // Brit. Med. J.— 1970.— Vol. 23, N 8.— P. 231.
9. Heiss H. Double-blind trial with drugs active on Trichomonas vaginalis // Diagnosis and Chemotherapy of Urogenital Infections.— 1970.— P. 145. □

Статтю надано «DILEO Pharma Ukraine»

### Дані про авторів:

**Перламутров Юрій Миколайович**, д. мед. н., проф., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб МДМСУ 103006, м. Москва, вул. Селезневська, 20. Тел. +7 (499) 978-05-36, +7 (499) 978-30-01  
**Чернова Надія Іванівна**, к. мед. н., доцент кафедри шкірних та венеричних хвороб МДМСУ