

Протефлазид в комплексном лечении смешанной мочеполовой инфекции у мужчин

Р. Ф. Айзятупов

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Согласно наблюдениям ряда авторов и данным литературы в последние годы наблюдается рост заболеваемости смешанной инфекцией уrogenитального тракта [4, 6, 7]. Причем следует отметить, что у одного пациента могут наблюдаться ассоциации микроорганизмов: вирусы, хламидии, гарднереллы, трихомонады, микоплазмы, грибы рода *Candida* и др. [1, 4, 6, 8, 11], что необходимо принимать во внимание для правильной диагностики и назначения адекватной комплексной терапии таким пациентам [2, 3, 5, 9]. Типичными и характерными особенностями для *mixt*-инфекции являются хроническое рецидивирующее течение, незначительно выраженные симптомы, серьезные осложнения со стороны органов малого таза (хронический простатит, импотенция, бесплодие и другие патологические состояния) и значительные трудности проводимого лечения [5, 7, 9, 10]. В эпидемиологическом отношении увеличиваются скрытые латентные формы смешанной инфекции (отсутствуют или в малой степени выражена клиника, но в то же время больные являются источником заражения) [4, 5, 7, 8].

Цель исследования – предложить врачу практического здравоохранения новые современные препараты для лечения смешанной инфекции мочеполовой сферы с указанием оптимальных суточных доз и продолжительности лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением в клинике кожных и венерических болезней Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького находилось 30 мужчин в возрасте от 19 до 45 лет с давностью заболевания от 2 месяцев до 5 лет. Большинство пациентов до обращения в клинику безуспешно лечились без ощутимых клинических результатов. Больные предъявляли жалобы на незначительные слизистые, слизисто-гнойные выделения из уретры; зуд, жжение в уретре; неприятные ощущения при мочеиспускании.

При клиническом обследовании мужчин хронический уретрит был диагностирован у 30 пациентов, аденит – у 10, мягкий инфильтрат – у 9, хронический эпидидимит – у 7 и хронический простатит – у 18.

При лабораторном исследовании вирус простого герпеса типа 1 обнаружен у 8 пациентов, вирус простого герпеса типа 2 – у 9, хламидии – у 16, микоплазмы – у 15, дрожжевые клетки – у 17, гарднереллы – у 9 и трихомонады – у 10.

Окончательный диагноз устанавливался на основании результатов комплексного обследования пациентов: жалобы, анамнез заболевания, результаты микроскопического, бактериологического и серологического исследований, объективные данные с применением урологического инструментария.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентам назначалась этиопатогенетически обоснованная терапия с применением препарата Протефлазид. Принимая во внимание наличие у большинства пациентов осложнений, составлялось индивидуальное лечение, которое включало

специфическую и неспецифическую терапию, физиотерапевтические процедуры, местное лечение (промывания и инстилляции дезинфицирующими растворами, противовоспалительные свечи). Указывалось на необходимость исключения половых связей, физических нагрузок, употребления алкогольных напитков, влияния повышенной инсоляции. Рекомендовалась диета с ограничением острой раздражающей пищи, углеводов, аллергизирующих пищевых продуктов и приема жидкости до 1,5-2 л, богатая белками и витаминами.

При всех клинических формах уrogenитальной инфекции назначался препарат Протефлазид (спиртовой экстракт темно-зеленого цвета, 1 капля содержит 2-5 мкг флавоноидных гликозидов, выделенных из диких злаков *deschampsia caespitosa* L. и *calamagrostis epigeios* L.), разработанный отечественной НПК «ЭКОФАРМ» – по 10 капель 3 раза в сутки в течение 20-40 дней.

Протефлазид оказывает:

- противовирусное действие (подавляет ДНК-полимеразу в инфицированных клетках вирусами ВПГ типа 1 и ВПГ типа 2, *herpes zoster*, СПИД, снижает и блокирует репликацию вирусной ДНК);
- иммуномодулирующее (увеличивает продуцирование эндогенных α - и γ -интерферонов – вызывает неспецифическую резистентность, повышает иммунные защитные силы человеческого организма);
- адаптогенное в отношении вирусов гепатита В и С;
- противоопухолевое (в комбинации с пирогеналом);
- жаропонижающее;
- антиоксидантное;
- улучшает белковосинтетическую функцию печени.

При впервые проводимом лечении препарат Протефлазид назначается в лечебной дозе внутрь после еды:

- по 5 капель 3 раза в день (2 дня);
- затем по 10 капель 3 раза в день (1-2 месяца);
- в последующем – поддерживающая доза по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 1-2 месяцев.

Вне обострения заболевания Протефлазид назначается внутрь после еды в лечебной дозе по следующей схеме:

- по 3 капли 3 раза в день (1-3 дни);
- по 5 капель 3 раза в день (4-6 дни);
- по 7 капель 3 раза в день (7-9 дни);
- затем по 8-10 капель 3 раза в день (3 месяца).

Поддерживающая доза – Протефлазид назначается по 5 капель 3 раза в день (через день) в течение 2-4 месяцев.

В случае наличия у пациента периодических обострений (стадии обострения) Протефлазид назначается по схеме:

- в лечебной дозе по 5 капель 3 раза в день (1-2 дни);
- по 8 капель 3 раза в день (3-4 дни);
- затем по 10 капель 3 раза в день (3-4 месяца).

В поддерживающей дозе Протефлазид назначается по 7-8 капель 3 раза в день (через день) в течение 3-6 месяцев.

В комплексную терапию включались также биогенные препараты и стимуляторы, витамины, ферментные препараты, витамины.

При наличии у пациентов одновременно с хламидиями, микоплазмами гарднерелл и трихомонад внутрь назначался орнидазол по 500 мг 2 раза в сутки (5-10 дней) – высокоактивный препарат для лечения анаэробной инфекции и протозойных заболеваний, эффективен в отношении *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* (*Giardia intestinalis*), а также некоторых анаэробных бактерий. Период полувыведения орнидазола из плазмы крови более длительный (12-14 часов), чем у метронидазола (6-8 часов), в связи с чем достаточно двукратного приема (утром и вечером). В отличие от метронидазола, орнидазол лучше переносится пациентами; ощущение металлического привкуса выражено меньше; совместим с алкоголем. После перорального приема орнидазол быстро всасывается (90%), обеспечивая быстрый бактерицидный эффект, а максимальные концентрации в плазме достигаются в течение 3 часов. Период полувыведения составляет приблизительно 13 часов. После одноразового приема 85% дозы орнидазола выводится в течение первых 5 дней, главным образом в виде метаболитов, а около 4% принятой дозы выводится почками в неизменном виде.

После окончания приема орнидазола назначался гатифлоксацин 200 мг и 400 мг в таблетках № 5 по 200 мг 2 раза в сутки или по 400 мг 1 раз в сутки в течение 10-15 дней – эффективный антибиотик широкого спектра действия против различных инфекций. Обладает антибактериальной активностью независимо от метаболического состояния клетки, низкой вероятностью развития резистентности, низкой токсичностью и малой частотой побочных эффектов.

Некоторым пациентам назначались препараты в комбинации (офлоксацин 200 мг + орнидазол 500 мг) – внутрь, не разжевывая, запивая водой, по 1 таблетке 2 раза в сутки (15-20 дней). Такая комбинация характеризуется высокой биодоступностью (до 100%) и бактерицидной активностью. Хорошо проникает в ткани и жидкости, действует на лекарственно-резистентные штаммы, эффективен при приеме *per os*, обладает антимикробным и антипротозойным действием, эффективный при лечении микст-инфекции уrogenитального тракта (орнидазол действует на трихомонады и анаэробные микроорганизмы; офлоксацин – на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, гонококки, трихомонады и др.).

При наличии кандидозных поражений назначался флюконазол, таблетки по 100 мг, 150 мг и 200 мг по разработанной нами методике: первые 2 дня лечения по 400 мг 1 раз в сутки и затем с 3-го дня лечения по 200 мг 1 раз в сутки в течение 8 дней.

Пациенты лечение переносили хорошо. У большинства из них в среднем на 3-5-й дни лечения наблюдалось исчезновение и уменьшение субъективных ощущений. На 6-8-й дни прекращались выделения или они приобретали прозрачный характер. К концу лечения пациенты чувствовали себя здоровыми. После проведенного лечения у большинства наступило клиническое и этиологическое излечение (исчезновение клинических симптомов, отсутствие местных изменений в наружных и внутренних половых органах, элиминация возбудителя). Однако у 4 пациентов при исследовании соскобов слизистой уретры были обнаружены хламидии при отсутствии внешних проявлений болезни и дополнительно им был назначен курс лечения.

ВЫВОДЫ

Комплексная терапия смешанной инфекции мочеполовой сферы с применением препарата Протефлазид является эффективной, не вызывает побочных явлений, хорошо переносится пациентами и может широко применяться амбулаторно в практике врачей дерматовенерологов и врачей смежных специальностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзятупов Р.Ф. Вирусные заболевания кожи и слизистых оболочек (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). К; 2003.
2. Айзятупов Р.Ф. Комплексная терапия кандидозной инфекции уrogenитального тракта и ее осложнений: Методические рекомендации для врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов. Донецк; 2004.
3. Айзятупов Р.Ф. Современные аспекты комплексной терапии инфекций, передающихся половым путем: Методические рекомендации для врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов. Донецк; 2003.
4. Айзятупов Р.Ф. Сексуально-трансмиссивные заболевания (этиология, клиника, диагностика, лечение). Донецк: Каштан; 2004.
5. Айзятупов Р.Ф., Нагорный А.Е. Особенности комплексной терапии осложнений, вызванных смешанной инфекцией мочеполовой сферы. Дерматовенерология, косметология, сексопатология 2002; 1-2 (5): 138–141.
6. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. М: Авиценна, ЮНИТИ; 1995.
7. Мавров Г.И., Унучко С.В., Бондаренко Г.М., Губенко Т.В., Никитенко И.Н., Щербакова Ю.В. Проблемные исследования в области венерологии. Дерматология та венерология 2004; 2 (24): 67–72.
8. Мавров И.И. Половые болезни: Руководство для врачей, интернов и студентов. Харьков: Факт; 2002.
9. Рыжко П.П. Комплексное лечение уrogenитальных инфекций. Дерматовенерология, косметология, сексопатология 2003; 1-4 (6): 181–183.
10. Bowie W.R. Antibiotics and sexually transmitted diseases. Infect. Dis. Clin. North. Am. 1994; 8 (4): 841–857.
11. Willcox R.R. The Management of sexually transmitted diseases (A guide for the general practitioner); 1979.