

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА И ВТОРИЧНОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Книгавко А.В

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра урологии, нефрологии и андрологии
им. А.Г. Подреза, г. Харьков, Украина

Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шаповала, г. Харьков, Украина



Удовлетворенность половой жизнью является важнейшей частью качества жизни человека, а при ее нарушении страдает не только сексуальная составляющая и межличностные отношения, но и падает психосоциальная самооценка мужчины. По мнению многих, элитная недви-

жимость, дорогие суперкары и яхты, роскошные наряды, драгоценности являются лишь ступеньками к успешным половым отношениям. В то же время, две сексуальные дисфункции: преждевременная эякуляция и эректильная дисфункция существенно нарушают половую гармонию пары и психосоциальный статус мужчины. И, если эректильная дисфункция имеет четкие критерии диагностики и лечения, то преждевременная эякуляция до сих пор не имеет четких протоколов лечения и диагностики.

Преждевременная эякуляция (ПЭ) — стойкое наступление оргазма и эякуляции у мужчины до наступления оргазма у женщины — достаточно частое заболевание, которым по данным разных авторов страдает от 25 до 40% мужчин, преимущественно молодого возраста [1-3, 6]. По МКБ-10 данное заболевание имеет код F-52.4, что указывает на приоритет в его лечении психи-

атров и сексопатологов [2,4]. В настоящее время благодаря лучшему изучению этиологии ПЭ, данной проблемой чаще и более успешно занимаются урологи и андрологи [5,7-10]. Так, эффективность сексологических методик в лечении ПЭ составляет не более 50%: снижение качества сексуальной жизни пациентов за счет постоянного напряжения и самоконтроля, наличие побочных явлений при назначении ИОЗС, в то время как применение микрохирургической денервации при первичной ПЭ имеет высочайшую эффективность и длительный лечебный эффект [11,12].

В практике уролога–андролога очень важно определение вида ПЭ. Первичная (Lifelong), появившаяся с самого начала половой жизни, основными причинами которой являются:

- гиперчувствительность головки полового члена
- тип половой конституции
- повышенная скорость накопления импульсов в эротическом центре головного мозга
- тревожность, ажитированность, неуверенность и **вторичная (acquired), появившаяся после периода нормальной половой жизни** [10]. Она наиболее часто обусловлена:

- **воспалительными заболеваниями мужских половых органов: простатитом и простатовезикулитом, часто вызванными ИППП (воспаление и гиперэстезия семенного холмика, приводят к раннему наступлению оргазма и эякуляции)**

- сменой партнера
- приемом лекарственных препаратов, наркотиков
- психическими и неврологическими заболеваниями.

Существуют несколько методов лечения ПЭ:

- местноанестезирующие препараты и презервативы;
- использование латексных колец, одевающихся на основание полового члена и затрудняющих лимфооток от головки и ствола полового члена (умеренный отек приводит к гипоестезии головки и удлинению времени до эякуляции);
- поведенческие (позы, предварительные ласки женщины, метод Мастера-Джонсона, Барбары Кислинг, старт-стоп терапия);
- использование ингибиторов фосфодиэстеразы (ИФДЭ) – при повторных контактах время до эякуляции существенно удлиняется;
- применение неврологических препаратов (преимущественно ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС));
- лечение инфекций простатовезикулярного комплекса;
- хирургическая коррекция (френикулотомия, циркумцизио, селективная нейротомия, введение геля гиалуроновой кислоты под уздечку).

В предшествующих работах мы рассмотрели наиболее эффективные методы первичной ПЭ [12]. В данной статье мы постарались определить наиболее частые причины развития вторичной ПЭ и эффективность различных методов ее лечения.

Материалы и методы: За 2007-2019 гг. в андрологическом отделении КУОЗ «ОМКЦУН им. В.И. Шаповала» проведено обследование 968 пациентов с преждевременной эякуляцией. В данной выборке оценивались результаты диагностики и лечения 393 пациентов с вторичной ПЭ (ВПЭ) с интравагинальным латентным интервалом (ИВЛИ) менее 2 минут. На основании пенильной биотезиометрии, сбора сексуального анамнеза, исследования урологических жалоб, проведения доплерографического ультразвукового исследования простаты и мошонки, анализов на инфекции, передающиеся половым путем, а также использования шкалы Гамильтона (HRDS), даны предположения по наиболее вероятной причине ПЭ. Это позволило распределить пациентов на 4 группы:

1-я группа – 62 пациента с нормальной чувствительностью головки без отклонений в психоневрологическом статусе с диагностированным хроническим простатитом (ХП), которым проводилось антибактериальное лечение согласно рекомендациям Европейского общества урологов (EAU), т.е. назначением таблетированных фторхинолонов (левофлоксацина) на 6 недель;

2-я группа – 145 пациентов с диагностированным хроническим простатитом (ХП), которым проводилось антибактериальное лечение согласно чувствительности выделенных инфекционных агентов; Наиболее часто мы находили полимикробные ассоциации, а также трихомонаду (68,2%) и микоплазму (55,2%). Традиционно назначаемые при ХП фторхинолоны (левофлоксацин) будут эффективны лишь при бактериальной и микоплазменной этиологии простатита, при наличии трихомонады они лишь угнетают ее активность, но не приводят к эрадикации трихомонады, что объясняет невысокие показатели в 1й группе. Для лечения бактериально-трихомонадного простатита мы использовали препараты с наибольшей чувствительности по результатам культуральных расщепов.

Наиболее часто трихомонада была чувствительна к орнидазолу и нифурателю (Макмирор). Бактериальные ассоциации высоко чувствительны к левофлоксацину и нифурателю. При такой чувствительности мы наиболее часто назначали первые 7 дней комбинацию левофлоксацина 0,5 г 1 раз в день и орнидазола 0,5 г 3 раза в день, с последующим назначением Макмирора 2 таблетки 3 раза в день на протяжении 10 дней для мужчин весом 70-100 кг. Нифуратель хорошо проникает в ткань предстательной железы и обладает низкой токсичностью, что очень важно при длительном приеме

3-я группа – 92 пациента с ХП и наличием варикоцеле, которым помимо антибактериальной терапии выполнялась операция Мармара;

4-я группа – 94 пациента с неврологическими жалобами и высоким балом тревожности HRDS>14, лечение которых заключалось в назначении ингибитора обратного захвата серотонина (ИОЗС) сертралина курсом в 6 месяцев в дозе 50 мг сутки.

Средняя продолжительность ИВЛИ составила (72,4 ± 22,7) с, при колебаниях в диапазоне от 0 до 150 секунд. Распределение пациентов по продолжительности первого за сутки полового акта с ценой разделения временной шкалы в 15 секунд представлено на рисунке 1.

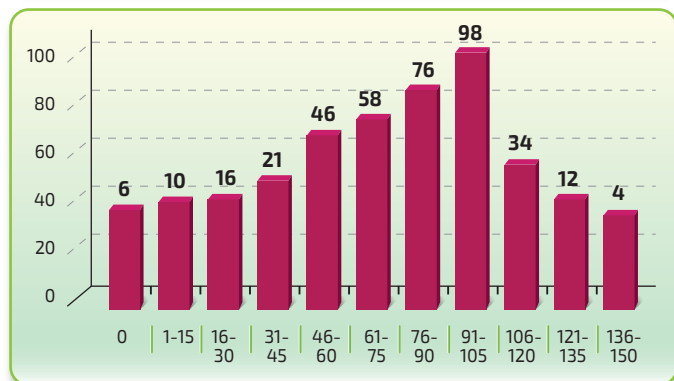


Рис.1. Длительность ИВЛИ больных ВПЭ (n = 393), с

Обращает на себя внимание то, что 95,8% пациентов имели ИВЛИ менее 2 минут. Чувствительность, специфичность и диагностическая точность метода измерения продолжительности полового акта относительно наличия преждевременной эякуляции у больных ХП при временном интервале до 120 секунд составляет 95,3%; 88,6% и 97,6% соответственно. Данное обстоятельство обуславливает необходимость учета ИВЛИ при диагностике указанного заболевания. При анализе возрастного распределения 393 пациентов отмечено превалирование лиц наиболее сексуально-активного, молодого возраста (20-39 лет) по классификации ВОЗ, доля которых составила 73,6% (Рис. 2).

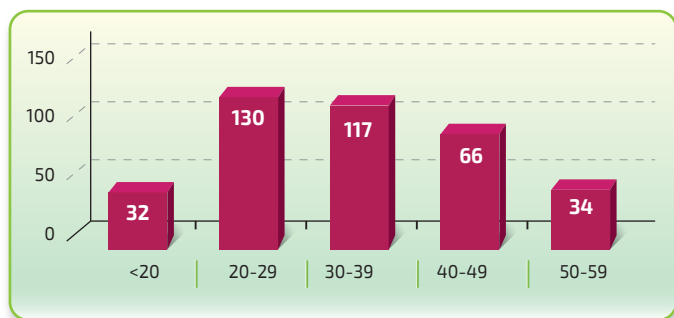


Рис.2. Распределение больных ВПЭ на фоне ХП по возрасту (n = 299)

Анализ результатов показателей анкеты МИЭФ позволил нам оценить все показатели сексуальной функции в группе ВПЭ. Безу-

ловно, наличие преждевременной эякуляции привело к существенному ухудшению многих показателей МИЭФ, особенно показателями удовлетворенности полового контакта и общим удовлетворением. (Табл.1)

Таблица 1.

Результаты анкетирования по МИЭФ пациентов с ВПЭ до лечения

Характеристики МИЭФ, баллы	Группа ВПЭ (n=393)
Эректильная функция	19,9±3,8
Удовлетворенность половым актом	10,8±1,8
Оргазм	8,4±1,9
Либи́до	8,6±1,1
Общее удовлетворение	6,6±2,6

Результаты опросника HDRS по изучению депрессии показали, что больные 4-й группы по сравнению с 1-й группой достоверно чаще имели депрессивные расстройства, в связи с чем этой группе мы назначали антидепрессант из группы СИОЗС сертралин на 6 месяцев по 50 мг в сутки.

Таблица 2.

Бал депрессии в группах пациентов до лечения

Группы	Суммарный результат анкетирования по шкале HDRS (баллы)
1 группа (n=62)	11,8±1,4
2 группа (n=145)	13,7±2,1
3 группа (n=92)	14,1±2,1
4 группа (n=94)	18,5±2,4

Результаты: Через 1 и 7 месяцев результативность лечения определялась по показателям удлинения интравагинального латентного интервала (ИВЛИ), удовлетворения половым контактом по МИЭФ, количеством пациентов довольных результатами лечения и отсутствием жалоб.

Суммарная эффективность терапии 62 пациентов первой группы ВПЭ при контрольных обследованиях через 1 и 7 месяца составила 21,7% и 56,4% соответственно.

Указанное в течение периода наблюдения увеличение количества пациентов с удовлетворительной продолжительностью полового акта можно объяснить постепенным восстановлением эякуляторной и улучшением эректильной функции после ликвидации ХП, как причинного патологического процесса.

Таким образом, после проведенного лечения в 1 группе длительность ИВЛИ увеличился в 1,76 раза, эрадикация заболевания достигла 68,2%, отмечены высокие результаты при отсутствии жалоб у 83,8% пациентов, однако в отношении ВПЭ эффективность была невысокой – всего 56,4%.

Во второй группе после проведения всех этапов лечения ХП и ВПЭ, отмечена высокая эрадикационная излеченность – 86,9%, почти полное отсутствие простатических жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,6%, увеличение ИВЛИ – в 2,54 раза.

Третью группу исследования составили мужчины с наличием хронического простатита и варикоцеле 2-3 степени, часто двустороннего. При варикоцеле, особенно с диагностикой как рено- так и илеотестикулярного венозного рефлюкса, единственным постоянно функционирующим путем оттока венозной крови от яичка является вена семенного протока (рис.3), по которой кровь попадает в парапростатическое венозное сплетение [13]. В результате возникает венозная гиперемия простаты, что является одним из факторов развития хронического воспаления в предстательной железе. Расположение предстательной железы в области малого таза, связь ее венозных сплетений (plexus vesicoprostaticus), а также лимфатических сосудов с венозными сплетениями (plexus haemorrhoidalis) и лимфатическими сосудами прямой кишки приводят к тому, что в простате под влиянием различных причин легко возникают нарушения кровообращения и явления застоя; в результате в ней, как «в сетях», легко как застревает циркулирующая в крови бактериальная инфекция, так и активизируются инфекции, попавшие половым путем.

При исследовании данной группы пациентов нами проанализирована коморбидность хронического простатита и варикоцеле, а также эффективность операции Мармара для снижения веноз-

ной гиперемии простаты и повышения эффективности лечения простатита и вторичной преждевременной эякуляции.

Операция Мармара у пациентов с варикоцеле и простатитом приводила к снижению застоя венозной крови и нормализации венозного оттока у 86,9% пациентов, нормализации экзогенности простаты у 73,9% и вместе с антибактериальной терапией перехода простатита в стадию стойкой ремиссии у 86,9%.

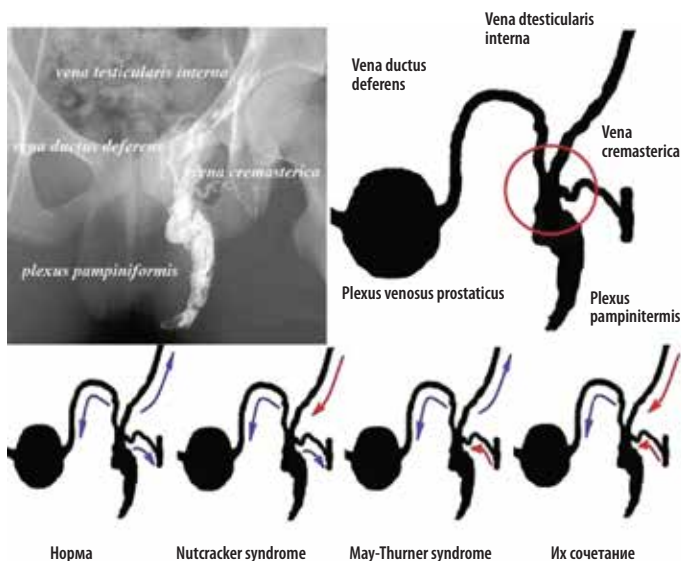


Рис. 3 Схема оттока венозной крови от яичка и возникновения венозной гиперемии простаты при варикоцеле



Рис. 4. Операция Мармара в субингвинальном доступе. Диссектором указана вена с патологическим сбросом венозной крови к яичку

Результаты комплексного лечения пациентов 3-й группы позволили добиться следующих результатов: эрадикационная излеченность достигла 89,1%, отмечены практически полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,1%, ИВЛИ увеличился в 2,72 раза.

Если до начала лечения у пациентов четвертой группы отмечали баллы, которые отвечали средней степени депрессивного расстройства по шкале Гамильтона, то на фоне проводимого лечения произошло улучшение практически до нормальных показателей. То есть положительная динамика ИВЛИ и общее удовлетворение от коитуса имеют существенное влияние на изменение психологических расстройств в пациентов с ВПЭ (таблица 2).

Таблица 2.

Динамика результатов анкетирования по шкале HDRS во время лечения

	До лечения	Через 1 мес.	Через 7 мес.
4я группа (n=94)	18,5±2,4	10,1±2,2	8,3±1,7

Таким образом, в 4-й группе пациентов, курсово принимающих сертралин среднее увеличение ИВЛИ составило 2,36 раза, эффективность в отношении ВПЭ – 64,9%.

Таблица 3.

Динамика показателя ИВЛИ у обследуемых мужчин с вторичной преждевременной эякуляцией (ВПЭ) в группах лечения

Показатель ИВЛИ, мин.	Начальный	Через 7 мес.	Увеличение ИВЛИ к начальному, раз
1 группа (n=62)	1,61 ± 0,28	2,83 ± 0,31	1,76
2 группа (n=145)	1,56 ± 0,33	3,96 ± 0,36	2,54
3 группа (n=92)	1,45 ± 0,46	3,94 ± 0,28	2,72
4 группа (n=94)	1,52 ± 0,32	3,58 ± 0,34	2,36

Как видно из таблицы 3 различия между начальными и конечными показателями достоверны во всех группах лечения, группы изначально однородны по времени до эякуляции (разница начального ИВЛИ незначительна), однако через 6 месяцев наблюдения есть достоверная разница между первой и остальными группами.

То есть лечение ХП и ВПЭ стандартными схемами фторхинолонами существенно менее эффективно по сравнению с другими группами,

а четкое выделение инфекционного агента с его эрадикацией, дает наилучший эффект как в плане исчезновения симптомов простатита, так и позитивной динамики ИВЛИ и удовлетворенности лечением (таблица 4).

Таблица 4.

Показатели эрадикации инфекции, отсутствия симптомов простатита и удовлетворенность лечения ВПЭ в группах инфекционного простатита

Группа/ Показатель	Эрадикация возбудителя, %	Исчезновение симптомов простатита, %	Удовлетворенность лечением, %
1 группа (n=62)	68,2	83,8	56,4
2 группа (n=145)	86,9	96,7	89,6
3 группа (n=92)	89,1	97,8	89,1

Таким образом, в 1й группе длительность ИВЛИ увеличился в 1,76 раза, эрадикация заболевания достигла 68,2%, отмечены высокие результаты при отсутствии жалоб у 83,8% пациентов, однако в отношении ВПЭ эффективность была невысокой – всего 56,4%. Во 2-й группе отмечен высокий процент эрадикации возбудителя – 86,9%, почти полное отсутствие жалоб 96,7% и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,6%, увеличение ИВЛИ - в 2,54 раза. В 3-й группе эрадикационная излеченность достигла 89,1%, отмечены практически полное отсутствие жалоб и высокая эффективность в отношении ВПЭ – 89,1%, ИВЛИ увеличился в 2,72 раза. В 4й группе пациентов курсово принимающих сертралин, среднее увеличение ИВЛИ00 составило 2,36 раза, эффективность в отношении ВПЭ – 64,9%.

Выводы:

1. Причиной ВПЭ наиболее часто бывает хронический простатит и простатовезикулит (76,6%).

2. Назначение ИОЗС (сертралина) при ВПЭ рационально только при наличии неврологической симптоматики (HRDS >14) и отсутствии ХП.

3. Варикоцеле (особенно двустороннее) является коморбидным фактором ХП, вызывая венозную гиперемия простаты, и может являться одной из причин ВПЭ.

4. Операция Мармара уменьшает венозную гиперемия простаты, снижает балл IPSS, улучшает ИВЛИ у пациентов с коморбидной патологией (варикоцеле + ХП)

5. «Стандартная» антибактериальная терапия ХП позволяет вылечить ВПЭ у 56,4%, что оставляет неудовлетворенными почти половину пациентов.

6. При бактериологическом исследовании секрета простаты наиболее часто выявляется трихомонада (68,3%), микоплазма (55,2%) и бактериальные ассоциации (87,4%) в различных комбинациях.

7. Оптимизация этиологической терапии вторичной преждевременной эякуляции и хронического простатита трихомонадной и смешанной (бактериально-трихомонадной, трихомонадно-микоплазменной) этиологии достигается путем назначения комбинированных препаратов с высокой антипротозойной активностью (поэтапно орнидазол и левофлоксацин, затем нифуратель (Макмирор), что повышает эффективность лечения вторичной преждевременной эякуляции до 89,1%, приводит к исчезновению симптомов хронического простатита у 96,7% пациентов и эрадикации возбудителя в 86,7% случаев.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ ТА ВТОРИННОЇ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ

Кнігавко О.В.

Передчасна еякуляція (ПЕ) – стійке настання оргазму і еякуляції у чоловіка до настання оргазму у жінки – досить часте захворювання, на яке за даними різних авторів страждають від 25 до 40% чоловіків, переважно молодого віку. Незважаючи на широке поширення ПЕ, в Україні дотепер немає чітких гайдлайнів її лікування, особливо вторинної форми, яка маніфестує через деякий час після успішного статевого життя. У даній роботі розглянуті етіопатогенетичні чинники вторинної передчасної еякуляції (ВПЕ) та варіанти їх лікування.

Матеріали і методи: У 2007-2019 рр. в андрологічному відділенні КУОЗ «ОКЦУН ім. В.І. Шаповала» проведено обстеження 968 пацієнтів з передчасною еякуляцією. У даній вибірці оцінювалися результати діагностики і лікування 393 пацієнтів з ВПЕ з інтравагінальним латентним інтервалом (ІВЛІ) менше

2 хвилин. На підставі пенильної біотезіометрії, збору сексуального анамнезу, дослідження урологічних скарг, проведення доплерографічного ультразвукового дослідження простати і мошонки, аналізів на інфекції, що передаються статевим шляхом, а також використання шкали Гамільтона (HRDS), були дані припущення щодо найбільш ймовірної причини ВПЕ. Це дозволило розподілити пацієнтів на 4 групи:

1-ша група – 62 пацієнта з нормальною чутливістю головки без відхилень у психоневрологічному статусі з діагностованим хронічним простатитом (ХП), яким проводили антибактеріальне лікування згідно рекомендацій Європейської асоціації урологів (левофлоксацин 0,5 на 6 тижнів); 2-га група – 145 пацієнта з ХП, яким проводили антибактеріальне лікування згідно чутливості виділених інфекційних агентів; 3-тя група –

92 пацієнта з ХП і наявністю варикоцеле, яким поряд з антибактеріальною терапією додатково проводили операцію Мармара 4-та група – 94 пацієнта з неврологічними скаргами і високим балом тривожності HRDS > 14, лікування яких полягало в призначенні інгібітора зворотного захоплення серотоніну (ІЗЗС) сертраліну курсом 6 місяців в дозі 50 мг на добу.

Результати: Через 1 і 7 місяців результативність лікування визначалася за показниками подовження ІВЛІ, задоволення статевим контактом за шкалою МІЕФ, кількістю пацієнтів, задоволених результатами лікування і відсутністю простатичних скарг та ерадикації інфекційних збудників.

У 1-шій групі тривалість ІВЛІ збільшилася в 1,76 рази, ерадикація захворювання досягла 68,2%, відзначені високі результати при відсутності скарг – у 83,8% пацієнтів, однак щодо ВПЕ ефективність була невисокою – всього 56,4%. У 2-й групі відзначена висока ерадикаційна виживаність – 86,9%, майже повна відсутність скарг і висока ефективність щодо ВПЕ – 89,6%, збільшення ІВЛІ – в 2,54 рази. У 3-й групі ерадикаційна виживаність досягла 89,1%, відзначено практично повну відсутність скарг і високу ефективність щодо ВПЕ – 89,1%, ІВЛІ збільшився у 2,72 рази. У 4-й групі, де пацієнти курсової приймали сертралін, середнє збільшення ІВЛІ досягло 2,36 рази, ефективність щодо ВПЕ – 64,9%.

Висновки:

1. Причиною ВПЕ найбільш часто буває хронічний простатит і простатовезікуліт (76,6%).

2. Призначення ІЗЗС при ВПЕ раціонально тільки за наявності неврологічної симптоматики (HRDS > 14) і відсутності ХП.

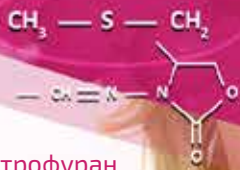
3. Варикоцеле (особливо двостороннє) є коморбідним фактором ХП, що викликає венозну гіперемію простати і може бути однією з причин ВПЕ.

4. Операція Мармара зменшує венозну гіперемію простати, знижує бал IPSS, покращує показник ІВЛІ у пацієнтів з коморбідною патологією (варикоцеле + ХП)

5. Стандартна антибактеріальна терапія тільки фторхінолонами ХП дозволяє вилікувати ВПЕ у 56,4% пацієнтів, що залишає незадоволеною майже половину пацієнтів.

6. При бактеріологічному дослідженні секрету простати найбільш часто виявляється трихомонада (68,3%), мікоплазма (55,2%) та бактеріальні асоціації (87,4) в різноманітних комбінаціях.

7. Оптимізація етіологічної терапії ВПЕ й хронічного простатиту трихомонадної етіології досягається шляхом призначення засобів з високою антипротозойною активністю (орнідазол, ніфуратель), що підвищує ефективність лікування ВПЕ до 89,1%.



нітрофуран
останнього
покоління¹

МАКМІРОР

ніфуратель, таб. 200 мг

АБСОЛЮТНА ВПЕВНЕНІСТЬ В ПЕРЕМОЗІ НАД ЦИСТИТОМ!²

- Якнайшвидше усунення клінічних симптомів циститу³
- Профілактика рецидивів⁴
- Відновлення біоценозу кишечника⁵

6-9
років

9-12
років

12 років та
дорослі



Коротка характеристика лікарського засобу МАКМІРОР таблетки, вкриті оболонкою. Р/С № UA / 5045/01/01, наказ МОЗ України № 07 від 05.01.2017 р.
Склад: 1 таблетка містить ніфурателю 200 мг. **Лікарська форма:** таблетки, вкриті оболонкою. **Показання:** Вульвовагінальні інфекції, викликані чутливими до препарату збудниками (патогенними мікроорганізмами, трихомонадами, грибами, дріжджами, хламідіями, грибами роду *Candida*). Захворювання сечостатевої системи (цистит, уретрит, пієлонефрит, пієліт). **Протипоказання:** відома індивідуальна підвищена чутливість до діючої речовини або до інших компонентів препарату. **Спосіб застосування та дози.** **Вульвовагінальні інфекції. Дорослі:** 1 таблетка 3 рази на добу після їжі для лікування жінки її партнера при можливості. Для місцевого лікування використовують Макмірор комплекс, капсули вагінальні м'які або Макмірор комплекс, крем вагінальний. **Важливо:** Пацієнтам, які використовують для лікування тільки таблетки, необхідно збільшити дозу до 4 таблеток на добу. Необхідно утримуватися від сексуальних контактів під час лікування, в іншому випадку необхідно використовувати Макмірор комплекс, крем вагінальний перед кожним статевим актом. **Діти від 10 років і старші:** рекомендована доза становить 10 мг на кг на добу, розділена на 2 прийоми. Приймають препарат після їжі. Тривалість лікування становить в середньому 10 днів. **Інфекції сечовивідних шляхів. Дорослі:** рекомендована доза препарату залежить від тяжкості захворювання і становить 3-6 таблеток на добу (гобо по 200-400 мг) на прийом 3 рази на день після їжі. Курс лікування становить в середньому 1-2 тижні. **Діти від 6-ти років і старші:** рекомендована доза становить 10-20 мг на кг маси тіла на добу, розділена на 2 прийоми. Приймають після їжі. Таблетки Макмірор при необхідності можна застосовувати для продовження курсу лікування або повторного циклу лікування інфекції сечовивідних шляхів. **Побічні реакції.** Порушення з боку травного тракту: *рідко* (<1/10 000), <1/1 000): нудота, гіркота в роті, діарея; *дуже рідко* (<1/10 000): блювання, диспепсія. Порушення з боку шкіри і підшкірної клітковини. Можливі алергічні реакції: *дуже рідко* (<1/10 000): висипання на шкірі, кропив'янка, свербіж. Порушення з боку нервової системи: периферичні нейропатії. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодії.** Клінічно значуща взаємодія препарату з іншими лікарськими засобами не встановлено. **Фармакологічні властивості. Фармакодинаміка.** Діючою речовиною макмірор є похідне нітрофурану — ніфуратель. Дослідження *in vivo* / *in vitro* продемонстрували широкий спектр дії проти мікроорганізмів, що викликають інфекції сечостатевої системи, також властиві антипротозойним і протигрибковим активності. Ніфуратель не викликає перехресну резистентність мікроорганізмів до інших препаратів. За 30 років не виявлено жодного випадку резистентності до ніфурателю. **Фармакокінетика.** Ніфуратель швидко метаболізується практично у всіх тканинах організму. Період напіврозпаду становить 2,75 ± 0,8 години. Приблизно 0,5% ніфурателю виводиться з сечею в незміненому вигляді. Інша частина виводиться у вигляді метаболітів. Ніфуратель не виявлено під внутрішньоочепниковою циркуляції. Для отримання детальної інформації ознайомтесь з інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. Інформація для фахівців охорони здоров'я і поширення під час семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики.

1. Dubini F., Fumeri P. Antimicrobial activity of Nifuratel. *Giornale Italiano di Chemioterapia*, 32:545, 1985. 2. Gbert J. "The treatment of urinary infection with Nifuratel". *Urol* 1972; 107:112-116. 3. Nifuratel in urinary tract infections. Barlow A.M., Cartner R., *Diagnosis and Chemotherapy of Urogenital Infections*, 1972. 4. Nifuratel in chronic urinary infections. Pujari B.R. et al., The Mansfield Group of Hospitals Nottinghamshire (UK), Geriatric and Urology Wards. *J Urol* 1972; 107:112-116. 5. Конахьянц С. Ю., Сердюк О. А. Эффективность применения нифуратела при лечении дисбактериоза у детей. *Вопросы практической педиатрии*. 2006 г. Том 1, № 4. 6. Інструкція для медичного застосування препарату Макмірор, Затверджено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 127 від 05.01.2017, р/с № UA/5045/01/01.

Січень 2020



Інформація про лікарський засіб. Інформація для фахівців охорони здоров'я для використання в професійній діяльності.

Виробник лікарського засобу:
Доппель Фармацевтіці С.р.л. Віа Волтурно, 48 — Квінто Де Стампі
— 20089 Роццано (MI) - Італія.

Dileo
FARMA

04119, м. Київ,
вул. Юрія Іллєнка, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-01-26,
факс: (044) 538-01-27