

Комбинированная урогенитальная инфекция и особенности ее лечения

Зайцев В.И., Федорук О.С., Илюк И.И. Буковинский государственный медицинский университет

Вступление. Инфекционные поражения урогенитального тракта возникают у значительной части пациентов уролога, как в поликлинике, так и в стационаре. При этом, по-видимому, единственным урологическим заболеванием, принципы диагностики и лечения которого практически не поменялись за последних лет 20, является хронический простатит. По современной классификации Европейской ассоциации урологов (ЕАУ) хронический простатит (ХП) является одним из вариантов инфекции мочевых путей (ИМП). Общие тенденции изучения ИМПС сегодня заключаются в отношении к ним как к одному процессу, который вызывается определенными микробиологическими факторами и в зависимости от ряда факторов может составлять разную степень угрозы для пациента. Соответственно, часто невозможно четко отделить, например, цистит и пиелонефрит (ведь часто первый переходит во второй и раньше понятие цистопиелонефрит было достаточно распространенным) и они должны лечиться как стадии одного процесса. Переход одной стадии в другую зависит не столько от уровня первичного анатомического поражения, сколько от других факторов, которые нашли свое отображение в современной классификации ИМВП. Сегодня считается, что главные клинические варианты ИМП можно описать как стадии 4 группы классификационных признаков:

- Локализация инфекции:
 - UR - Уретриты,
 - CY - Циститы,
 - PN - Пиелонефриты;
 - US - Уросепсис.
- Степень выраженности воспаления:
 - Низкий (циститы);
 - Средний (неосложненный пиелонефрит);
 - Выраженный (осложненный пиелонефрит);
 - Уросепсис (синдром системного воспалительного ответа);
 - Уросепсис (органный дисфункция);
 - Уросепсис (выражена полиорганная недостаточность).
- Существующие факторы риска (система ORENUC):
 - O - Нет факторов риска;
 - R - Факторы риска рецидивной ИМП, но без риска осложнений (гормональная контрацепция, сексуальная активность, контролируемый диабет, и тому подобное)
 - E - Неурологические факторы риска с риском появления осложнений (мужской пол, беременность, неконтролируемый диабет, и тому подобное);
 - N - Ренальные факторы риска с риском появления осложнений (почечная

недостаточность, кистозные заболевания почек);

– U - Урологические факторы риска (которые могут быть устранены) с риском появления осложнений (обструкция мочевых путей, недлительная катетеризация, урологические операции, контролируемые нейрогенные нарушения мочеиспускания, и тому подобное);

– C - Урологические факторы риска (которые **не могут** быть устранены) или постоянный катетер (постоянная обструкция мочевых путей, длительная катетеризация, неконтролируемые нейрогенные нарушения мочеиспускания, т.д.)

• Микробиологические изменения (степень чувствительности микроорганизмов):

- Чувствительные;
- Умеренно стойкие;
- Стойкие

В то же время, по нашему мнению, воспалительные процессы в мужских половых путях имеют четкие и выраженные особенности, которые не позволяют их отождествлять с обычным воспалительным процессом. Это касается многих их аспектов – начиная с путей инфицирования (часто это половой), клиники и возможных осложнений (прежде всего со стороны половой системы), и заканчивая особенностями лечения. Эти все моменты не встречаются у больных, например, хроническим пиелонефритом, поэтому мы считаем целесообразным выделять воспалительные процессы в мужской половой системе в отдельный раздел. Кроме сказанного, следует заметить разницу в этиологических факторах. Например, инфекции, которые передаются половым путем, являются важными факторами появления простатита. Воспаления почек это касается гораздо меньше, особенно для мужчин.

Отсутствие хоть каких-то прорывов в лечении ХП в последнее время подтверждает то, что мы еще многое не знаем об этом заболевании. Ситуация усложняется появлением микст-инфекций и возникновением резистентных штаммов разных бактерий, что требует особенной тактики лечения ХП.

Цель и материал исследования. Для определения особенностей диагностики и лечения комбинированной урогенитальной инфекции нами было решено провести исследование больных с ХП, которые лечились в урологическом отделении Областной клинической больницы г. Черновцы и частном центре «Мавекс Медицина». Всего было обследовано 326 мужчин, в возрасте 18 – 67 лет. Больным было проведено общеклиническое обследование, УЗИ мочеполовой системы и бактериологическое исследование уретры и секрета простаты культуральным методом, методами иммунофлюоресценции и ПЦР. В дальнейшем была выделенная группа пациентов с комбинированной урогенитальной инфекцией (с присутствием трихомонад или гарднерел) и проанализированы результаты ее лечения. Полученные данные были обработаны статистически.

Результаты исследования. Основные результаты исследования обнаруженных видов микроорганизмов в зависимости от их локализации приведены в табл.1. Следует

отметить, что у всех пациентов бактериологическое обследование проводилось одновременно и уретры и простаты, но частота выявления возбудителей значительно отличалась. Таблица 1.

Частота выявления этиологических возбудителей воспалительного процесса в уретре и простате у 326 пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что чувствительность анализа мазка из уретры значительно уступает чувствительности анализа секрета простаты для выявления хронической инфекции половых путей мужчин (особенно трихомонад), присутствие которых в 80,8% случаев сопровождается одновременным выявлением хламидий и моликутив. Поэтому мы считаем, что изолированное обследование уретры показано только при клинически выраженном остром уретрите. Во всех других ситуациях обследование секрета простаты, по нашему мнению, является обязательным. Наши данные определенным образом противоречат рекомендациям протоколов ЕАУ, ведь оказывается недостаточным проведение только протокольного общего мазка из уретры и/или обследование мочи, которая значительно ограничивает выявление атипичных микроорганизмов (АМ) (таких как трихомонада, уреоплазма, хламидия, микоплазма). Сужение методов обследования таких пациентов к протокольным реально ухудшит этиологическую диагностику ХП у наших пациентов, что соответствующим образом отразится на результатах лечения. Подтверждением этого является анализ историй болезней многих пациентов, безуспешно обследованных и леченых в разных странах Европы, которые позже обращались за медицинской помощью к нам.

Собственно, лечение ХП в соответствии с протоколом ЕАУ, включает прежде всего антибиотики. Группой выбора является фторхинолоны в течение 4-6 недель и препаратом выбора указывается ципрофлоксацин. Тетрациклины рекомендуются при подозрении на внутриклеточные микроорганизмы. О возможном использовании комбинации антибактериальных препаратов не упоминается. Из других препаратов указываются альфа-адреноблокаторы и финастерид (при ХП категории 3а). Другие типы препаратов не упоминаются.

Но если считать АМ важными возбудителями ХП, то современные фторхинолоны (но не ципрофлоксацин) имеют достаточную активность относительно них. Кроме того, важным практическим моментом является элиминация трихомонад на первом этапе лечения, которые владеют контейнерной функцией для внутриклеточных бактерий. Но антитрихомонадные препараты также не упоминаются в данном протоколе. Скорее всего, это связано с выделением сексуально-трансмиссивных воспалительных заболеваний в отдельную группу. Однако в реальной практике урологи должны учитывать все этиологические факторы ХП и адекватно пролечить больного и потому в клиническом протоколе ХП должна быть четко указанная возможность существования таких возбудителей и очерчиваться (хотя бы в общем) подходы к их диагностике и лечению с отсылкой к соответствующим протоколам других организаций.

Кроме того, практика показывает, что даже использование высокоэффективных современных антибактериальных препаратов не всегда является залогом выздоровления пациента, что связано как с возможной резистентностью бактерий, так и с особенностями организма пациента (активность иммунной системы, особенности воспалительного процесса, в простате, наличие осложнений и тому подобное). Поэтому, хотя это и определенным образом не укладывается в современные протоколы,

реальность вынуждает использовать целый ряд других препаратов (иммуномодуляторы, НПВП, вазоактивные препараты, ферменты, и так далее). Широко также в реальной практике используется физиотерапия и массаж простаты, хотя их роль дискутабельна, а в протоколе ЕАУ они не упоминаются.

Нами было проведено лечение 196 пациентов с комбинацией трихомонад или гарднерел с другими АМ, обнаруженными при обследовании. Интересно, что реальная практика показывает, что одновременного определения трихомонад и гарднерел нами практически не отмечено. Мы не можем объяснить этот феномен, но этот факт достаточно интересен. Для лечения нами использовалась классическая схема поэтапного лечения. На первом этапе мы использовали антитрихомонадные препараты, дальше подключали антибиотики, которые действуют на АМ. Среди первых мы выбрали секнидазол (Секнидокс, производства компании World Medicine), как относительно новый препарат, к которому еще нет, по нашим наблюдениям, развития резистентности. Стандартно Секнидокс использовали по 2 г на прием 3 дня подряд в одно и то же время. Препарат эффективно влияет на трихомонады и гарднерелы, хорошо переносится. На втором этапе мы использовали левофлоксацин (Левоксимед, производства компании World Medicine). Преимуществом Левоксимида является прежде всего широкий спектр действия – как аэробные, так и анаэробные, бактерии. Кроме того, он достаточно эффективен против всех атипичных микроорганизмов – мико- и уреаплазми, хламидии. Стандартно использовали по 500 мг раз в сутки в одно и то же время, независимо от приема еды, что тоже удобно для пациента. Мы не считаем необходимым увеличивать дозу до 500 мг 2 раза на сутки, хотя такая возможность существует. Данной дозы было вполне достаточно для эффективного лечения данной категории пациентов.

Общие результаты лечения приведены в таблице 2.

Оценивая полученные результаты, следует сразу, на наш взгляд, разделять возбудителей на патогенную и условно патогенную флору. Если элиминация патогена является обязательным условием для получения адекватного результата лечения и микробиологического выздоровления пациента, то условно патогенная флора иногда может оставаться в половых путях без негативных последствий для пациента. Прежде всего это касается кокково-бациллярной флоры, которая, по нашему опыту, часто остается и во многих случаях не приводит к воспалительному процессу, особенно в частых случаях комбинации с атипичными микроорганизмами. У таких пациентов удаление патогена приводит к выраженному клиническому эффекту и в большинстве случаев остатки кокково-бациллярной флоры существуют и после лечения но не нуждаются в последующей антибактериальной терапии.

Так же наш опыт свидетельствует о том, что остатки уреаплазмы или гарднерелы после лечения, как условно патогенные возбудители, не нуждаются в дополнительном приеме антибиотиков и постепенно исчезают со временем. Соответственно диагностирование такого типа микроорганизмов после проведенного лечения мы не считаем неудачей и не назначаем при этом дополнительного лечения.

Другое отношение должно быть к такому патогену, как трихомонада, хламидия или микоплазма. Этих бактерий в норме не должно быть в организме человека и потому их выявление после лечения следует считать неудачей и проводить дополнительный курс антибиотикотерапии. В соответствии с такими подходами общая эффективность

предложенных препаратов в отношении трихомонад, хламидий и микоплазмы достигала 98%, что мы считаем отличным результатом. Побочный действий в течение лечения мы практически не отмечали. Использование Секнидокса ни разу не привело к побочным действиям. При применении Левоксимеда описанных в инструкции негативных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта (тошнота, диарея) мы не отмечали, но был 1 случай редкого действия на сухожилие – тендовагинит ахилового сухожилия. Он возник у пациента старшего возраста (65 лет), который страдал длительное время артритами, что могло быть фактором риска появления такого осложнения. Оно возникло на 6-й день приема препарата и после его отмены в течение недели проявления тендовагинита исчезли без последствий. Таким образом, проведено исследование показало значительную разницу чувствительности этиологической диагностики хронических воспалительных процессов мужской половой системы в зависимости от локализации забора материала, который может напрямую влиять на качество последующего лечения. Анализ секрета простаты достоверно лучше обнаруживает возбудителя воспаления по сравнению с уретральным мазком. Поэтапное лечение комбинированной урогенитальной инфекции с использованием Секнидокса на первом этапе и Левоксимеда на втором позволяет достичь элиминации патогенной флоры в 98% случаев с минимальными побочными эффектами.

Резюме.

В статье анализируются результаты обследования и лечения 326 мужчин с хроническим простатитом, среди которых у 196 пациентов были подтвержденные комбинации трихомонад или гарднерел с другими атипичными микроорганизмами. При анализе чувствительности содержимого уретры и простаты обнаружено значительное уменьшение частоты выявления всех бактерий в уретре по сравнению с простатой (от 1,5 раз в отношении хламидий до 11,5 раз в отношении трихомонад).

При лечении комбинированной урогенитальной инфекции рекомендуется поэтапный подход – сначала антипротозойный препарат (Секнидокс), дальше – антибиотик Левоксимед. Эффективность такого лечения достигает 98% при минимальных посторонних действиях.

Ключевые слова. Инфекция мочевых путей, хронический простатит, антибиотик.

Таблица 1

	<i>Уретра</i>						
	Трихо- монады	Грибки рода Candida	Кокково- бациллярна я флора	Гардне- релы	Уреа- плазмы	Мико- плазмы	Хламид ии
Выявлено	9	2	50	55	40	22	97

штаммов							
%	3,2	0,7	17,9	19,7	14,3	7,9	34,8
	<i>Простата</i>						
Выявлено штаммов	115	17	147	90	103	66	161
%	37,0	5,5	47,3	28,9	33,1	21,2	51,8
<i>Соотношение простата/уретра</i>	<i>11,5</i>	<i>7,6</i>	<i>2,6</i>	<i>1,5</i>	<i>2,3</i>	<i>2,7</i>	<i>1,5</i>
χ^2 критичный	100,93	10,64	56,94	6,75	28,25	20,61	17,28
Вероятность изм. между уретрой и простатой	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,01	p<0,001	p<0,001	p<0,001

Таблица 2

	<i>Возбудители</i>						
	Трихомонады	Грибки рода Candida	Кокково-бактериальная флора	Гарднереллы	Уреаплазмы	Микоплазмы	Хламидии
Выявлено возбудителей до лечения	110	11	124	86	63	36	112
Выявлено возбудителей после лечения	2	0	56	4	8	1	2
Частота элиминации	98.2	100	54.8	95.3	87.3	97.2	98.2

бактерий после курса лечения %							
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Сведения об авторах:

Зайцев Валерий Иванович – д.м.н, профессор кафедры урологии Буковинского государственного мед университета
58002 Черновцы, Театральная пл.2.

Федорук Александр Степанович – д.м.н, профессор, зав. каф. урологии Буковинского государственного мед университета
58002 Черновцы, Театральная пл.2.

Илюк Ирина Ивановна – доцент кафедры урологии Буковинского государственного мед университета
58002 Черновцы, Театральная пл.2.