

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 занимают значительную часть пациентов уролога, как в поликлинике, так и в стационаре. При этом, пожалуй, единственным урологическим заболеванием, принципы диагностики и лечения которого практически не поменялись за последние лет 20, является хронический простатит.

По современной классификации Европейской ассоциации урологов (EAU) хронический простатит (ХП) является одним из вариантов инфекции мочевых путей (ИМП).

Общие тенденции изучения ИМП сегодня заключаются в отношении к ним как к одному процессу, который вызывается определенными микробиологическим 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 ранее термин «цистопиелонефрит» был 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 отражение в современной классификации ИМП.

На данный момент считается, что главные клинические варианты ИМП можно описать как стадии 4 групп классификационных признаков:

Локализация инфекции:

- UR - Уретриты,
 - CY - Циститы,
 - PN - Пиелонефриты;
 - US - Уросепсис.
- Степень выраженности воспаления:
 - Низкая (циститы);
 - Средняя (неосложненный пиелонефрит);
 - Выраженный (неосложненный пиелонефрит);
 - Уросепсис (синдром системного воспалительного ответа);
 - Уросепсис (органный дисфункция);

- Уросепсис (выраженная 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 т.д.)
 - - E - Неврологические факторы риска с риском появления осложнений (мужской пол, беременность, неконтролируемый диабет и т.д.);
 - - 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, кратковременная катетеризация, урологические операции, контролируемые нейрогенные нарушения мочеиспускания и т.д.);
- С - Урологические факторы риска (не могут быть устранены) или постоянный катетер (постоянная обструкция мочевых путей, длительная катетеризация, неконтролируемые нейрогенные нарушения мочеиспускания и т.д.).

Микробиологические изменения (степень чувствительности микроорганизмов):

- Чувствительные;
- умеренно стойкие
- устойчивые.

В то же время, по нашему мнению, воспалительные процессы в мужских половых путях имеют четкие и выразительные 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 отметить разницу в этиологических факторах. К примеру, инфекции, передающиеся половым путем, являются важными факторами появления простатита. Воспаления почек это касается значительно меньше, особенно для мужчин.

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

Цель и материал исследования.

Для определения особенностей диагностики и лечения комбинированной урогенитальной инфекции нами было решено провести исследования больных с ХП, которые лечились в урологическом отделении областной клинической больницы г.Черновцы и частном центре «Мавекс Медицина». Всего было обследовано 326 чел., Возраст больных составил 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 выделена группа пациентов с комбинированной урогенитальной инфекцией (с присутствием трихомонад или гарднерелл) и проанализированы результаты ее лечения. Полученные данные были обработаны статистически.

Результаты дослідження. Основні результати дослідження виявлених видів мікроорганізмів залежно від їх локалізації наведено в табл.1. Слід відзначити, що у всіх пацієнтів бактеріологічне обстеження проводилось одночасно уретри та простати, але частота виявлення збудників значно різнилась.

Результаты исследования. Основные результаты исследования обнаруженных видов микроорганизмов в зависимости от их локализации приведены в табл.1. Следует отметить, что у всех пациентов одновременно проводилось бактериологическое обследование уретры и простаты, но частота выявления возбудителей значительно

Таблица 1.

Частота выявления этиологических возбудителей воспалительного процесса в уретре и простате у 326 пациентов.

	Уретра						
	Трихомонады	Грибки рода Candida	Коково-бациллярная флора	Гарднереллы	Уреаплазмы	Микоплазмы	Хламидии
Выявлено штаммов	9	2	50	55	40	22	97
%	3,2	0,7	17,9	19,7	14,3	7,9	34,8
	Простата						

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>	11,5	7,6	2,6	1,5	2,3	2,7	1,5
χ^2 критический	100,93	10,64	56,94	6,75	28,25	20,61	17,28
Вероятность отличий 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

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 моликутов.

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 обследования мочи, что значительно ограничивает выявления атипичных микроорганизмов (АМ) (таких как трихомонада, уреоплазма, хламидия, микоплазма).

Сужение методов обследования таких пациентов до протокольных реально ухудшит этиологической диагностики ХП у наших пациентов, соответствующим образом отразится на результатах лечения. Подтверждением этого является анализ историй болезней многих пациентов, безуспешно обследованных и пролеченных в разных странах Европы, которые позже обращались за медицинской помощью к нам.

Собственно, лечение ХП согласно протоколу ЕАУ, включает прежде всего антибиотики. Группой выбора являются 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 по отношению к ним. Кроме того, важным практическим моментом является элиминация трихомонад на первом этапе лечения, которые обладают 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 поэтому в клиническом протоколе ХП должна быть четко указана 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 излечения пациента, связано как с возможной резистентностью бактерий, так и с особенностями организма пациента (активность иммунной системы, особенности воспалительного процесса в простате, наличие осложнений и т.д.).

Поэтому, хотя это и определенным образом не укладывается в современные протоколы, реальность вынуждает использовать целый ряд других препаратов (иммуномодуляторы, НПВС, вазоактивные препараты, ферменты и т.д.). Широко также в реальной практике используется физиотерапия и массаж простаты, хотя их роль дискуссионна, а в протоколе ЕАУ они не упоминаются.

Нами было проведено лечение 196 пациентов с комбинацией трихомонад или гарднерелл с другими АМ, выявленными при обследовании. Интересно, что реальная практика показывает, что одновременного наличия трихомонад и гарднерелл 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, действующие 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 гарднереллы, хорошо переносится.

На втором этапе мы использовали левоксацин (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 уреоплазмы, хламидии.

Стандартно использовали по 500 мг один раз в сутки в одно и то же время независимо от приема пищи, что тоже является положительным моментом удобства для пациента. Мы не считаем необходимым увеличивать дозу до 500 мг 2 раза в сутки, хотя такая возможность существует. Данной дозы было вполне достаточно для эффективного лечения данной категории пациентов.

Общие результаты лечения приведены в таблице 2.

Стандартно использовали по 500 мг один раз в сутки в одно и то же время независимо от приема пищи, что тоже является положительным моментом удобства для пациента. Мы не считаем необходимым увеличивать дозу до 500 мг 2 раза в сутки, хотя такая возможность существует. Данной дозы было вполне достаточно для эффективного лечения данной категории пациентов.

Общие результаты лечения приведены в таблице 2.

	Возбудители						
	Трихо-монады	Грибки рода Candida	Коккобацилярная флора	Гарднереллы	Уреоплазмы	Мико-плазмы	Хламидии
Выявлены возбудители к лечению	110	11	124	86	63	36	112
Выявлены возбудители после лечения	2	0	56	4	8	1	2
Частота элиминации бактерий после курса лечения %	98.2	100	54.8	95.3	87.3	97.2	98.2

Оценивая полученные результаты, следует сразу, на наш взгляд, разделять возбудителей на патогенную и условно-патогенную флору. Если элиминация патогенов

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 коккобациллярной 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 патогенов приводит к выраженному клиническому эффекту и в большинстве случаев остатки коккобациллярной флоры существуют и после лечения, но не требуют дальнейшей антибактериальной терапии.

Так же наш опыт свидетельствует о том, что остатки уреаплазмы или гарднереллы после лечения, как условно-патогенных возбудителей, не требуют дополнительного приема антибиотиков и постепенно исчезают со временем. Согласно диагностированию такого типа микроорганизмов после проведенного лечения мы не считаем неудачей, но не назначаем при этом дополнительного лечения.

Другое отношение должно быть к таким патогенам, как трихомонада, хламидия или микоплазма. Этих бактерий в норме не должно быть в организме человека, и поэтому их выявление после лечения следует считать неудачей и проводить дополнительный курс антибиотикотерапии. Согласно таким подходам, общая эффективность предложенных препаратов как в отношении трихомонад, так и в отношении хламидии и микоплазмы достигала 98%, что мы считаем отличным результатом.

Побочных действий во время лечения мы практически не отмечали. Использование секнидокса ни разу не привело к развитию побочных эффектов. При применении Левоксимеда описанных в инструкции побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта (как тошнота, диарея) мы не отмечали, но был 1 редкий случай воздействия на сухожилия - тендовагинита ахиллова 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, проведенное исследование показало значительную разницу чувствительности этиологической диагностики хронических воспалительных процессов мужской половой системы в зависимости от локализации забора материала, может напрямую влиять на качество дальнейшего лечения. Анализ секрета простаты достоверно лучше выявляет 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 них у 196 пациентов были диагностированы комбинации трихомонад или гарднерелл с другими атипичными микроорганизмами. При анализе чувствительности обследования уретры и простаты выявлено значительное уменьшение частоты выявления всех бактерий в уретре по сравнению с простатой (от 1,5 раз относительно хламидий до 11,5 раз относительно трихомонад). При лечении комбинированной урогенитальной инфекции рекомендуется поэтапный подход – сначала антипротозойный препарат (Секнидокс), далее – антибиотик Левоксимед. Эффективность такого лечения достигает 98% при минимальных побочных эффектах.

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

Відомості про авторів:

Зайцев Валерій Іванович – д.м.н, професор, професор кафедри урології та нейрохірургії
Буковинського державного медичного університету
58002 Чернівці, Театральная пл.2.

Федорук Олександр Степанович – д.м.н, професор, завідувач кафедри урології та нейрохірургії
Буковинського державного медичного університету
58002 Чернівці, Театральная пл.2.

Ілюк Ірина Іванівна – доцент кафедри урології та нейрохірургії Буковинського державного
медичного університету
58002 Чернівці, Театральная пл.2.