

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОППОРТУНИСТИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ

*В.Е. Ким, В.Д. Новиков, С.У. Жанабаева, А.А. Мустафина,
Е.Л. Исмаилов, А.А. Донгей, Д.А. Касенова, О.Ю. Дмитриева*

На основании изучения историй болезни более 3000 больных был проведен анализ причин неудовлетворительных результатов терапии урогенитальной инфекции.

Ключевые слова: инфекция; антибиотикотерапия; резистентность; лимфогенное депонирование микрофлоры.

Частота урогенитальных инфекций неуклонно увеличивается, что во многом зависит от неадекватного лечения пациентов при первичном обращении за медицинской помощью. Во мно-

гом изменился и микробиологический пейзаж в очаге воспаления в урогенитальных органах.

Условно патогенная внутриклеточно- и мембранно-паразитирующая микрофлора ста-

ла преобладающим этиологическим фактором развития воспалительных гинекологических и урологических заболеваний, что привело к изменению клинической картины заболевания, появлению малосимптомных форм патологического процесса.

На основании изложенного выше видно, что лечение оппортунистической инфекции представляет значительные трудности, требует от врача неординарного мышления, творческого подхода к выбору традиционных и нетрадиционных методов воздействия на микрофлору. Лечение должно быть комплексным, этиологически, патогенетически и симптоматически обоснованным. Разумное сочетание разнонаправленных лечебных мероприятий в большинстве случаев приносит положительный результат.

Анализ результатов лечения более 3000 больных с урогенитальной инфекцией позволил выявить некоторые общие закономерности проведения диагностики и лечения этого контингента больных, вероятно, сказавшихся на неудовлетворительных результатах.

Одним из определяющих факторов в лечении инфекционной урогинекологической патологии является своевременное выявление этиологии процесса.

Как правило, у этих больных крайне редко проводилось комплексное обследование при первичном обращении. Обычно оно ограничивалось бактериоскопическим исследованием мазка из влагалища и/или уретры, при котором ряд возбудителей урогенитальных инфекций (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, вирусы и т.д.) не выявляются.

Не достоверность результатов диагностических мероприятий и интерпретации их результатов.

Следует помнить, что при проведении диагностических мероприятий, направленных на выявление возбудителя в материале из урогенитальных органов, могут быть получены ложноотрицательные результаты в том случае, если возбудитель в этом материале отсутствует, но при его наличии в очаге воспаления.

При остром начале заболевания выявление возбудителей внутриклеточно- и/или мембранно-паразитирующей микрофлоры интерпретируется как острый процесс. Однако не исключена вероятность на фоне банальной инфекции активизации хламидий, микоплазм, уреаплазм и других микроорганизмов, которые способны вызывать патологические процессы, длительное вре-

мя протекающие без выраженной клинической симптоматики, то есть, на момент обращения уже шел хронический патологический процесс, который активизировался на фоне агрессивной патогенной инфекции.

Лечение у подавляющего большинства больных назначалось как при остром патологическом процессе, а соответственно, его результаты в ряде случаев были неудовлетворительными.

Нерациональное использование антибактериальных препаратов, оказывающих недостаточный для полного подавления возбудителя эффект, уже на первом этапе лечения способствует трансформации ряда возбудителей урогенитальных инфекций в L-форм. Это создает предпосылки для хронизации и персистенции инфекции.

В зависимости от результатов исследования назначалась терапия. Излюбленная комбинация препаратов – сульфаниламиды, β-лактамы и аминогликозидные антибиотики, производные метронидазола. Как известно, эти препараты не активны в отношении хламидий, микоплазм, уреоплазм, грибов, вирусов.

Следует помнить, что под воздействием неблагоприятных факторов хламидии, микоплазмы, уреоплазмы трансформируются в L-формы, потребление энергетического и пластического субстрата которыми сведено к минимуму и направлено только на поддержание жизнеспособности возбудителя. Одним из таких факторов является лечение приведенными выше препаратами.

При неудовлетворительных результатах первого курса лечения через 7–10 дней у мужчин развивалась клиника вялотекущего негонеоккоккового уретрита, а у женщин – кольпита и цервицита. На повторном приеме назначалось более широкое обследование, не позволяющее получить адекватный результат. Так, культуральный метод применялся непосредственно сразу, после завершения курса антибактериальной терапии. Соответственно, ни хламидии, ни микоплазмы, ни уреоплазмы в исследуемом материале не выявлялись.

Более того, были случаи эмпирического назначения лечения без дополнительного обследования, иногда теми же препаратами, которыми проводился первый курс лечения. Такая практика могла применяться неоднократно, что приводило к хронизации патологического процесса и персистенции инфекции.

Недостаточные по продолжительности и дозировке препаратов курсы лечения приво-

дят к выработке у возбудителя резистентности к ним.

Существует мнение, что применение новых высокоэффективных антибиотиков в виде коротких курсов от 3 до 7–10 дней достаточно для лечения урогенитальной инфекции.

В этой связи хотелось бы отметить, что на фоне ранее проводимой антибиотикотерапии короткими курсами, даже препаратами активными в отношении хламидий, микоплазм, уреоплазм, палочки Гарднера, велика вероятность образования L-форм возбудителя, хронизации и персистенции инфекции.

Одновременное назначение антибактериальных препаратов с различным механизмом действия, не совместимых между собой, является причиной неэффективности лечения и способствует появлению антибиотикорезистентных штаммов.

Параллельно с бактерицидными препаратами достаточно часто назначали одновременно и бактериостатические, что не могло не сказаться на результатах лечения. Повторно проводимые курсы одними и теми же препаратами способствовали возрастанию резистентности к ним микроорганизмов. В общей сложности, до верификации инфекции опрошенные больные получали от 3 до 11 курсов антибактериальной терапии.

Следует отметить, что сначала могли быть назначены бактериостатические препараты, а затем бактерицидные, либо сначала бактерицидные, на втором этапе бактериостатические и в заключении снова бактерицидные.

Бактерицидные препараты действуют на репродуктивные формы возбудителя. В момент размножения выключение какого-либо этапа обменных процессов или ингибция активности фермента, участвующего в пластическом и энергетическом обеспечении репродукции, приводит к гибели возбудителя. Бактериостатические препараты действуют на зрелые формы, препятствуя их размножению. Таким образом, назначение бактерицидных препаратов после бактериостатических лишено смысла.

Необходимы индивидуальный выбор лечения для каждого больного.

При лечении опрошенных нами больных проводилось неоднократное повторное назначение ранее (в анамнезе) применявшихся препаратов. Следует отметить, что при лечении партнеров можно использовать различные препараты, с учетом индивидуального анамнеза ранее проводимой антибиотикотерапии.

Из арсенала следует исключить препараты, которыми ранее проводилось лечение с учетом индивидуального антибактериального анамнеза каждого пациента, из-за вероятности выработки к их действию резистентности возбудителя.

Санация лимфатической системы как фактор этиологического излечения урогенитальных инфекций.

При лечении урогенитальных инфекций применяют традиционные пути введения препаратов. Однако при исследовании биоптатов из паховых лимфатических узлов более чем 200 пациентов с хроническими воспалительными урологическими и гинекологическими заболеваниями почти у 20,0% были выявлены те или иные возбудители урогенитальных инфекций, что свидетельствует о возможности их депонирования в регионарных лимфатических коллекторах.

Исходя из этого видно, что при лечении урогенитальной инфекции целесообразно проведение мероприятий, направленных на санацию лимфатической системы.

Профилактика реинфицирования во время проведения лечения и после его завершения.

У опрошенных нами больных в большинстве случаев лечение половых партнеров проводили параллельно, но во время лечения не всегда рекомендовали пользоваться презервативами, а если такие рекомендации и давали, то они ограничивались сроками проводимого лечения, что в корне не верно.

По нашему мнению, пользоваться презервативами для профилактики реинфекции следует в течение всего курса лечения и после него до получения результатов контрольного обследования. Это обусловлено тем, что при лечении половых партнеров неэффективность лечения одного исключает реинфицирование второго. Отсутствие клинической симптоматики у половых партнеров не означает этиологического излечения.

Одной из ошибок в лечении любой, особенно оппортунистической, урогенитальной инфекции, является слепая надежда на эффективность антибиотикотерапии.

Проведенные ранее курсы антибактериальной терапии не могли не привести к развитию дисбактериоза и иммунодепрессии. В любой ситуации при урогенитальной инфекции лечение должно быть комплексным, направленным на восстановление иммунного статуса, преодоление резистентности возбудителя к антибиотикам, обеспечение благоприятных условий для санации и элиминации возбудителя, восстановление биоценоза. Комплексное лечение, если

В.Е. Ким, С.А. Салехов, А.А. Донгей

оно и было, как правило, проводилось в ущербном варианте. Отсутствовал подготовительный курс к антибиотикотерапии, целесообразность которого признается не всеми.

Практически ни одному больному не проводили адекватные мероприятия по коррекции и

профилактике дисбиотических нарушений при проведении антибактериальной терапии.

Таким образом, несоблюдение этих позиций могло явиться причиной неудовлетворительных результатов ранее проведенного лечения урогенитальной оппортунистической инфекции.