

Особливості лікувальної тактики у разі хронічних рецидивних запальних процесів органів статевої системи чоловіків

В. І. Зайцев, А. Абу Салья

Буковинський державний медичний університет

Запальні захворювання статевої системи (ЗЗСС) чоловіків за останні роки виявляють невинну тенденцію до росту, одночасно набуваючи поширення серед чоловіків більш молодого віку та підлітків [1, 9, 11]. ЗЗСС як у чоловіків, так і в жінок, спричинюють глибокі порушення у репродуктивній системі, які на сьогодні набувають тенденцію до первинно-хронічного перебігу, прихованої клінічної картини, часто першою маніфестацією хвороби є прояви ускладнень [4–6].

За останні 10–15 років спостерігаються значні зміни спектра, патоморфозу, клінічних ознак та ускладнень ЗЗСС. Спостерігається зсув основних збудників від гонококів та трихомонад до хламідій та молікутів, які часто поєднуються з тими самими трихомонадами. Значно змінилась антибіотикочутливість інфекційних агентів. Серед ускладнень ЗЗСС найбільш серйозним є еректильна дисфункція (ЕД) та неплідність [1, 6, 10, 11]. Зазнала змін також топографія уражень органів статевої системи чоловіків. Раніше вважали, що первинною локалізацією запалення є уретра, у подальшому до патологічного процесу залучається передміхурова залоза. На теперішній день існують несистематизовані дані про часте ураження органів калитки, хоча достовірних публікацій з відповідним методологічним підходом ми не знайшли.

Враховуючи зазначені особливості, лікування ЗЗСС залишається складною проблемою, його ефективність залежить від таких факторів, як вид чи види збудників, давниність процесу, наявність попереднього неефективного лікування та ін. [3, 4, 7]. Загальні принципи лікування ЗЗСС чоловіків залишаються незмінними вже достатньо тривалий час, хоча перелік конкретних препаратів постійно поновлюється відповідно до сучасних даних, які отримують дослідники, та з урахуванням досягнень фармакології.

Порівняти показники ефективності лікування, за даними різних авторів, важко, враховуючи, що навіть із наведених факторів не всі зазначаються у пролікованих групах, тому репрезентативні виборки знайти достатньо важко. Загалом у лікуванні ЗЗСС широко використовують антибіотики, імунокоригувальні препарати, вітаміни, протизапальні, знеболювальні, різноманітні офіційні рослинні та гомеопатичні засоби впливу на передміхурову залозу з метою зниження активності запального процесу та стимуляції її функції [2, 10, 11]. Важливим компонентом лікування є фізіотерапевтичні процедури, які значно покращують ефект лікування за рахунок позитивного впливу на гемоциркуляцію, місцевий імунітет, активність запалення [5, 8, 9]. У той самий час розроблені схеми лікування практично не беруть до уваги поширеність запального процесу на інші органи статевої системи, крім передміхурової залози, його стадію, наявність чи відсутність попередніх курсів лікування.

Підходи до лікування кожного пацієнта залежать від декількох факторів. По-перше, від етіологічного чинника запального процесу. По-друге, від стадії процесу та його поширеності. І, нарешті, від конкретної клінічної симптоматики та наявності ускладнень. Урахування всіх наведених особливостей є складним

питанням і вимагає відповідного попереднього обстеження пацієнта та кваліфікації лікаря, який визначає тактику лікування. Особливу групу складають пацієнти, які вже неодноразово лікувалися, але без особливого ефекту (клінічного та/або бактеріологічного). Кожен уролог стикався з такою категорією пацієнтів і часто в таких випадках лікар не знає, яким чином їх лікувати, оскільки перелік ефективних препаратів незначний.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Враховуючи зазначені особливості ЗЗСС на сучасному етапі, ми провели аналіз лікування групи пацієнтів із ЗЗСС, яких неефективно лікували протягом останніх 3 міс перед зверненням. Загальна кількість таких хворих – 26 чол. Діагноз встановлювали шляхом опитування, огляду та за змінами, виявленими під час УЗД, а також при ідентифікації збудників методами мікроскопії, ІФА та ІФЛ.

Вік хворих 18–66 років (в середньому – $33,2 \pm 8,1$ року). Середня тривалість запального процесу (виходячи з даних анамнезу) $5,6 \pm 4,1$ року, хоча об'єктивні методи обстеження у більшості випадків свідчили про значно довший термін. Більша частина пацієнтів (92,3%, 24 чоловіки) вважали себе хворими більше 1 року, понад 5 років захворювання тривало у 46,1% (12 чоловіків) пацієнтів та більше 10 років – у 15,4% пацієнтів.

Один раз були проліковані 15,4% пацієнтів, інші – неодноразово. Декілька пацієнтів (6 чоловік, або 23,1%) лікувалися так часто, що оцінювали загальну кількість курсів лікування «більше 10». Під час детального опитування хворих та аналізу можливих причин неефективності лікування у більшості випадків найважливішою причиною була неадекватна діагностика етіологічного збудника та локалізації запального процесу. Наприклад, іноді первинне обстеження було обмежено загальними мазками із уретри без використання методів ІФА та ІФЛ. Зрозуміло, що результатом такого обстеження було призначення неадекватного лікування. Крім того, не враховували поширеність запального процесу на органи калитки, який ми спостерігали у 92,3%, або у 24 чоловіків.

У обстежених пацієнтів найчастіше виявляли хламідії (16 чоловіків, або 61,5%), молікути (18 чоловіків, або 69,2%) та КБФ (20 чоловіків, або 76,9%), дещо рідше трихомонади – у 14 чоловіків, або 58,8%. Привертає увагу, що ці цифри за всіма позиціями більші, ніж у середньому в чоловіків із ЗЗСС.

Попередні неефективні курси лікування зазначених пацієнтів базувалися перш за все на використанні антибіотиків. Досвід, однак, свідчить, що навіть застосування найбільш ефективних та сучасних лікарських препаратів не дає гарантію елімінації збудника, особливо у разі тривалого процесу. Найбільш частими помилками антибіотикотерапії, на наш погляд, є такі:

- відсутність ступінчастого призначення протитрихомонадної та протибактеріальної терапії, принципи якої давно відомі;
- вибір не найбільш оптимального препарату для лікування хворих із цим типом збудників. Наприклад, тільки окремі

фторхінолони можуть бути рекомендовані для елімінації хламідій та молікутів;

- одночасне надмірне призначення декількох антибактеріальних препаратів, частина з яких не показана для ліквідації цього типу збудників (у тому числі традиційно популярні протигрибкові засоби). Наприклад, цефалоспорини, які широко використовують в урології та гінекології у стаціонарних хворих, практично неефективні проти більшості збудників ЗЗСС. А їхнє одночасне використання не тільки не підвищує ефективність, а навпаки, призводить до розвитку резистентної флори та вторинних порушень імунітету.

Іншими поширеними помилками ми вважаємо:

- відсутність адекватної імунокоригувальної терапії.
- невикористання інших препаратів з патогенетичним впливом, які підвищують загальний ефект від лікування (наприклад, полівітамінні, поліферментні препарати, венотоніки, вазодилатори та ін. залежно від індивідуальних особливостей пацієнта).

- неадекватний вибір (або відсутність) місцевого лікування. Наприклад, достатньо типовим є призначення медикаментозного лікування партнеру (відповідно без його адекватного обстеження та місцевого лікування) гінекологом, який лікує жінку.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За неефективності попереднього, особливо нещодавно проведеного курсу лікування з використанням активних антибактеріальних препаратів, ми вважаємо за потрібне здійснювати поетапне лікування. На першому етапі хворі мають отримувати курс терапевтичного лікування, спрямованого на максимальне звільнення організму від накопичених токсичних продуктів (у тому числі залишків лікарських препаратів) з одночасною стимуляцією імунітету. На цьому етапі ми, як правило, використовуємо як основу комбінацію черезшкірного лазерного опромінення крові (ЧЛОК) та одного з найбільш ефективних природних імунокоригуючих засобів протекфлазиду. ЧЛОК використовують через день, 10 сеансів на курс.

Протекфлазид, як правило, призначають по 7 крапель 3 рази на добу протягом 1-го тижня лікування, по 10 крапель 3 рази на добу протягом 2–3-го тижнів лікування та по 8 крапель протягом 4-го тижня. Ми вважаємо, що така комбінація є однією з найбільш ефективних для проведення підготовчого етапу лікування. Крім того, протекфлазид можна використовувати і під час основного курсу лікування як засіб ефективної імунотерапії. Практична відсутність побічних ефектів, а також пероральний прийом – це додаткові фактори, які свідчать на користь його застосування при сьогоdnішньому ритмі життя з дефіцитом часу та з необхідністю продовження виконання робочих обов'язків під час проведення курсу лікування.

Паралельно слід призначати залежно від індивідуальних особливостей пацієнта та попередніх курсів лікування дренажну терапію (на основі антигемотоксичних препаратів, поліферментів), полівітамінні та достатньо часто – специфічну імунотерапію (трихомонаден флюор інжель, антихламідійний імуноглобулін тощо).

Призначення такого комбінованого курсу лікування у частини пацієнтів (26,9%) дало можливість здійснити елімінацію збудника без подальшої антибактеріальної терапії. У пацієнтів цієї групи подальші мікробіологічні обстеження свідчать про відсутність персистенції відповідних збудників у статевих шляхах. У інших пацієнтів після повторного підтвердження присутності збудника у статевих шляхах ми одразу після закінчення цього етапу лікування переходили до наступного, основою якою була комбінація антибактеріальних препаратів відповідно до

виявленого збудника (тривалість не менше 25–30 днів), патогенетично спрямованих препаратів (наведених вище) та адекватної місцевої терапії. Остання у випадку ураження органів калитки (достатньо часта ситуація) повинна бути спрямована як на передміхурову залозу, так і на органи калитки. У цих ситуаціях ми використовуємо ендоректальну лазеростимуляцію передміхурової залози у комбінації з черезшкірним лазерним опромінення органів калитки, які чергуються. На курс лікування – 10–20 сеансів щодня. Це дозволяє здійснювати комбінований вплив на зазначені органи, що підвищує загальний ефект від лікування, який проявляється у більш швидкому зменшенні вираженості больового синдрому, ерадикації збудника у значній частині випадків, більш вираженому покращанні інших клінічних симптомів. За необхідності антипротозойні препарати призначали за 4–5 днів до початку застосування основних антибактеріальних засобів.

Дана схема дозволила отримати позитивний ефект після 2-го етапу лікування у 96,1% пацієнтів. У жодного з цих пацієнтів не відзначали рецидиву захворювання протягом трикратних контрольних обстежень. Отримані результати свідчать про високу ефективність ступінчастої схеми лікування у хворих із хронічними поширеними захворюваннями органів статевої системи, у яких попередні курси лікування були неефективними. Використання зазначених принципів лікування дозволить значно покращити загальні результати терапії даного контингенту хворих.

ВИСНОВКИ

1. Клініка, діагностика та лікування запальних захворювань органів статевої системи набули значних змін за останні десятиліття, що слід враховувати на всіх етапах ведення хворих.
2. Основою неефективності терапії пацієнтів часто стають помилки у принципах діагностики та лікування даних захворювань.
3. За неефективності попереднього курсу лікування, особливо за умов цього нещодавнього проведення з використанням активних антибактеріальних препаратів, вважаємо за потрібне проводити поетапне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Горпинченко І.І. Эректильная дисфункция: диагностика и современные методы лечения // Сексология и андрология. – К.: Институт урологии АМН Украины. – 2002. – С. 3–6.
2. Горпинченко І.І., Гурженко Ю.Н. Нетрадиционные методы лечения в клинике сексопатологии и андрологии. Биоинформационная терапия (БИТ) // Здоровье мужчины. – 2002. – №2. – С. 51–62.
3. Горпинченко І.І., Клименко П.М., Павловский Ю.Э. Гемодинамическая классификация простатитов // Здоровье мужчины. – 2004. – №1(8). – С. 44–49.
4. Европейские стандарты диагностики и лечения заболеваний, передающихся половым путем. – М.: Мед. лит. – 2004. – 272 с.
5. Клименко П.М. Наукове обґрунтування застосування методів альтернативної терапії в комплексному лікуванні хворих на хронічний простатит: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.06. – Київ, Інститут урол. і нефр. – К., 2005. – 32 с.
6. Лесовой В.Н., Аркатов А.В., Мацик В.Ю. Значение генитальной микстинфекции в формировании бесплодия у мужчин // Сексология и андрология. – К., 2000. – Вып. 5 – С. 94–96.
7. Мавров І.І., Белозоров О.П., Тацька Л.С. Уніфікація лабораторних методів дослідження в діагностиці захворювань, що передаються статевим шляхом. – Х.: Факт. – 2000. – 120 с.
8. Прикладная лазерная медицина // Под ред. Г. Мюллера и Х.П. Берлиена. М.: Интерэксперт. – 1997. – 319 с.
9. Тиктинский О.Л., Калинина С.Н. Хламидийный простатит. – СПб: Питер. – 2001. – 267 с.
10. Чеботарев В.В. Дискуссионные вопросы урогенитальных инфекций // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2002. – №1 – С. 53–59.
11. Шинский Г.Э. О путях усовершенствования профилактики урогенитального хламидиоза // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – №5. – С. 28–33.