



Ключевые слова:

ВИЧ-инфекция, острый простатит, острый пиелонефрит, острый эпидидимит, эмпирическая антимикробная терапия

Keywords:

HIV-infection, acute prostatitis, acute pyelonephritis, acute epididymitis, empirical antimicrobial therapy

DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-4-115-122



Для корреспонденции:

Яровой Сергей Константинович – д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, врач-клинический фармаколог Городской клинической больницы №57 Департамента здравоохранения г. Москвы
Адрес: 105425, Россия, Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4
E-mail: yarovoy.sk@yandex.ru
Статья поступила 13.08.2015, принята к печати 20.11.2015

For correspondence:

Yarovoy Sergey Konstantinovich – Phd, MD, leading researcher of N.Lopatkin SRIUIR, clinical pharmacologist in SCH №57 Department of health of Moscow
Address: ul. 3rd Parkovaya 51/4, Moscow, 105425, Russia
E-mail: yarovoy.sk@yandex.ru
The article was received 13.08.2015, accepted for publication 20.11.2015

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ – НОВАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОЙ УРОЛОГИИ

Яровой С.К.

НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России (Москва, Россия)
105425, Россия, Москва, ул. 3-я Парковая, 51, стр. 4

Резюме

В статье отражены результаты ретроспективного анализа оказания урологической помощи 352 ВИЧ-инфицированным больным в городской клинической урологической больнице №47 Департамента здравоохранения города Москвы за период 1996–2012 гг.

Выполнена оценка динамики поступлений ВИЧ-инфицированных пациентов в урологический стационар, изучено распределение этих больных по урологическим нозологиям и по стадиям ВИЧ-инфекции. Отмечено преобладание острых инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы, требующих немедленного начала антибактериальной терапии в эмпирическом режиме, в ряде случаев и экстренных оперативных вмешательств. Выявленная предрасположенность к острым инфекционно-воспалительным заболеваниям органов мошонки является особенностью ВИЧ-инфицированных пациентов. Статья дополнена анализом эффективности основных фармакологических групп антибактериальных препаратов для лечения неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы на фоне ВИЧ-инфекции.

DISEASES OF THE GENITOURINARY SYSTEM IN HIV INFECTION – A NEW PROBLEM OF MODERN UROLOGY

Yarovoy S.K.

N.Lopatkin SRIUIR (Moscow, Russia)
ul. 3rd Parkovaya 51/4, Moscow, 105425, Russia

Resume

The article presents the results of a retrospective analysis of the provision of urological care 352 HIV-infected patients in the Urological City Clinical Hospital №47 of Moscow Health Department for the period 1996–2012.

We estimated of income dynamics of HIV-infected patients in urological hospital, studied the distribution of these patients for urological nosology and stage of HIV infection. We noted the predominance of acute infectious and inflammatory diseases of the genitourinary system, that require immediate initiation of antibiotic therapy in the empirical mode, and in some cases, emergency surgery. We detected the predisposition to acute infectious and inflammatory diseases of the scrotum is a feature of HIV-infected patients.

Article is supplemented with analysis of the effectiveness of the main pharmacological groups of antibacterial drugs for the treatment of nonspecific infectious and inflammatory diseases of the urogenital system in patients with HIV infection.

В настоящее время, инфекция вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения. Достаточно отметить, что в результате инфекционного процесса, обусловленного ВИЧ, у больного в среднем через 12 лет после заражения развивается фатальный синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) [1].

На сегодняшний день создалась крайне благоприятная ситуация для распространения этой «медленной» инфекции. В естественных условиях основным

сдерживающим фактором распространения «медленных» инфекций являются инфекции «быстрые», жизненный цикл которых успевает завершиться до формирования иммунного ответа. В случае отсутствия адекватного иммунного ответа у заболевшего значительно увеличиваются шансы погибнуть и тем самым прекратить распространение возбудителя «медленной» инфекции. Подавляющее большинство «быстрых» инфекций превосходно лечатся антимикробными средствами, некоторые из них легко предотвращаются вакцинопрофилактикой. Причем при классических инфекционных болезнях достаточно редко возникает проблема антибиотикорезистентности. Из «естественных врагов» ретровирусов, к которым относится и ВИЧ, в настоящее время достойна упоминания только микобактерия туберкулеза. Однако и она неплохо поддается медикаментозной терапии, причем даже в условиях иммуносупрессии и приобретенного иммунодефицита. Все это сочетается со сравнительно малопродуктивными противозидемическими мероприятиями. Например, в РФ нет прямого запрета на немедицинское применение наркотических средств, а это один из важнейших путей инфицирования. В результате число ВИЧ-инфицированных больных прогрессивно растет, а сам возбудитель уже давно вышел за пределы групп риска в общую популяцию.

В России ВИЧ-инфекция впервые была выявлена в 1987 г., с 1996 г. заболеваемость приняла характер эпидемии [2]. Количество больных ВИЧ-инфекцией в стране за период с 1987 по 2008 гг. превысило 400 тыс. человек [3]. По данным, опубликованным ВОЗ/ЮНЭЙДС (2010), реальное количество случаев ВИЧ-инфекции в России приближается к одному миллиону [4]. Ориентировочное число зарегистрированных за 2011 г. новых случаев ВИЧ-инфекции составляет более 62 тыс. [5] и превосходит почти в 2 раза прогнозное значение этого показателя, указанное в 2007 г. [6]. Несмотря на доказанную корреляцию между высокой частотой новообразований и выраженностью иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией, основной причиной смерти ВИЧ-инфицированных являются генерализованные инфекционные процессы [7–9].

Иммунодефицит, обусловленный вирусом иммунодефицита человека, создает предпосылки для развития инфекционно-воспалительных процессов с атипичной клинической картиной и широким спектром возможных возбудителей [7]. Для любого выраженного иммунодефицита характерны микобактериозы, в том числе и туберкулез. Возможны грибковые и вирусные поражения.

В Российской Федерации традиционно используется классификация ВИЧ-инфекции, предложенная В. И. Покровским (2001), согласно которой, заболевание, обусловленное ВИЧ-инфекцией последовательно проходит 5 стадий: инкубации, стадия первичных проявлений, латентная стадия, стадия вторичных заболеваний, терминальная стадия.

Урологическая помощь ВИЧ-инфицированным больным

В связи с резким ростом числа ВИЧ-инфицированных возник вопрос об организации монопрофильной медицинской помощи этой специфической категории

больных. Причем эта проблема затрагивает не только врачей-инфекционистов, непосредственно проводящих антиретровирусную терапию, но и специалистов смежных дисциплин. Так согласно приказу № 404 Департамента Здравоохранения г. Москвы от 28.06.96 «О дополнительных мерах по совершенствованию профилактики ВИЧ-инфекции в г. Москве» специализированную урологическую помощь ВИЧ-инфицированным больным оказывала городская урологическая больница № 47. В связи с ее реорганизацией и сменой профиля функции городского учреждения по оказанию урологической помощи ВИЧ-инфицированным больным с 01.09.2012 переданы ГКБ № 70.

Серьезный интерес к указанной проблеме в урологической среде появился только в 2009–2010 гг., когда популяция ВИЧ-инфицированных выросла настолько, что обращаться за стационарной урологической помощью они стали регулярно, и число их поступлений составило не менее 60–70 в год. Эта цифра свидетельствует о том, что каждый врач клиники в среднем за год пролечивал, в том числе и хирургическими методами, не менее 2 ВИЧ-инфицированных больных. Если раньше поступление ВИЧ-инфицированного было настолько редким явлением, что определение тактики его лечения обычно оценивалось консилиумом смежных специалистов, то в последнее время подобные вопросы решаются на уровне лечащего врача, заведующего отделением и службы клинической фармакологии.

Одновременно стала вероятной и ситуация, когда ВИЧ-инфицированный пациент по витальным показаниям госпитализируется в другую урологическую клинику. Действующее законодательство обязывает специализированные отделения оказывать экстренную урологическую помощь всем больным, не зависимо от наличия сопутствующих заболеваний. Поэтому в современных условиях вопрос о лечении ВИЧ-инфицированного пациента может быть поставлен перед каждым практикующим врачом-урологом.

На сегодняшний день у автора накоплен достаточно большой клинический материал по проблеме урологических заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции, насчитывающий 352 пациента, что позволяет проводить обобщения и делать выводы.

Оказание урологической помощи ВИЧ-инфицированным имеет свои особенности. Если техника выполнения хирургических вмешательств у этой категории больных существенных изменений не претерпевает, то терапевтическая составляющая меняется радикально. Мало кто из практикующих врачей-урологов в состоянии внятно ответить на вопросы: «Как меняется клиническая картина урологических заболеваний в зависимости от степени выраженности иммунодефицита и как это отражается на медикаментозной терапии? Каковы возможные лекарственные взаимодействия между препаратами, направленными на подавление ВИЧ и средствами, применяемыми для лечения урологических заболеваний? и т. д.»

Для практической работы необходимо отметить следующие ключевые моменты, касающиеся ВИЧ-инфицированных пациентов любого профиля (не только урологического):

1. ВИЧ-инфицированный вне зависимости от стадии инфекционного процесса и клинических проявлений является больным — носителя ВИЧ не бывает.
2. Латентная стадия ВИЧ-инфекции — это не аналог ремиссии — на протяжении этой стадии происходит размножение вируса и постепенное подавление иммунитета до определенного критического уровня, по достижению которого при естественном течении заболевания происходит гибель пациента от инфекционно-воспалительных, реже опухолевых процессов вследствие неадекватного иммунного ответа, что носит название СПИД.
3. Антиретровирусная терапия существенно замедляет прогрессирование заболевания, но остановить его развитие и добиться излечения пациента она не в состоянии. Препараты антиретровирусной терапии обладают сравнительно высокой токсичностью, чаще печеночной или костномозговой, в разы, а иногда и в десятки раз превосходящей токсичность средств, применяемых в урологии. Заболевания органов мочеполовой системы не являются показанием к отмене антиретровирусной терапии, поэтому актуальной становится проблема лекарственных взаимодействий.
4. В виду сниженной реактивности организма сильно меняется клиническая картина и течение сопутствующих заболеваний. Можно отметить:
 - выраженную тенденцию к затяжному течению с малой активностью;
 - повышенный риск инфекционно-воспалительных осложнений;
 - актуальность редких и атипичных возбудителей, практически не встречающихся у больных с условно нормальным иммунитетом (например, острый пиелонефрит, обусловленный зеленым стрептококком или гонококком, кандидоз мочевого пузыря, мочеточника и даже почечной лоханки, актиномикоз почки и т. д.);
 - низкую информативность общепринятых критериев эффективности терапии (например, ВИЧ-инфицированный может иметь субфебрильную лихорадку, изменения в анализах крови и мочи на протяжении недель и месяцев, и это зачастую никак не связано с его простатитом или пиелонефритом).
5. ВИЧ-инфицированный вне зависимости от стадии инфекционного процесса и клинических проявлений представляет потенциальную опасность для окружающих, в том числе, для персонала ЛПУ. Опасность эта тем актуальнее, что ВИЧ-инфекция не излечивается, а медикаментозная профилактика не гарантирует предотвращение заражения при травмах, нанесенных загрязненным инструментарием, хотя и существенно снижает его риск.
6. ВИЧ крайне нестоек во внешней среде, чувствителен ко всем дезинфектантам и, наоборот, феноменально устойчив в биологических жидкостях — крови, лимфе и т. д., что в сочетании с неизлечимостью заболевания, им обусловленного, предъявляет особые требования к дезинфекции и мерам безопасности. При травмах, нанесенных загрязненным инструментарием, наиболее принципиальное требование к профилактическим мероприятиям — кратчайшие сроки их начала. Если риск заражения был признан высоким и принято решение о медикаментозной профилактике, то начинать ее необходимо в течение первых суток с момента возможного контакта с ВИЧ.
7. Для адекватной монопрофильной помощи ВИЧ-инфицированным клиника должна обладать персоналом, имеющим опыт ведения таких больных, соответствующее лекарственное обеспечение (в частности, средствами заместительной иммунной терапии, резервными антибактериальными и противогрибковыми препаратами), а также возможностью экстренной консультации инфекционистом — специалистом по ВИЧ-инфекции. При отсутствии всего вышеперечисленного возможна лишь экстренная помощь, преимущественно небольшого объема. В этой ситуации нецелесообразно браться за оперативные вмешательства большого объема, особенно, реконструктивные — даже при безупречной оперативной технике результаты часто неудовлетворительны вследствие высокого риска инфекционно-воспалительных осложнений и их стойкости к медикаментозной терапии.

Анализ урологической заболеваемости ВИЧ-инфицированных пациентов

Изучены статистические данные за 2010–2012 гг., когда наметился резкий рост числа этих больных. За указанный период пролечено 153 ВИЧ-инфицированных пациентов с урологическими заболеваниями.

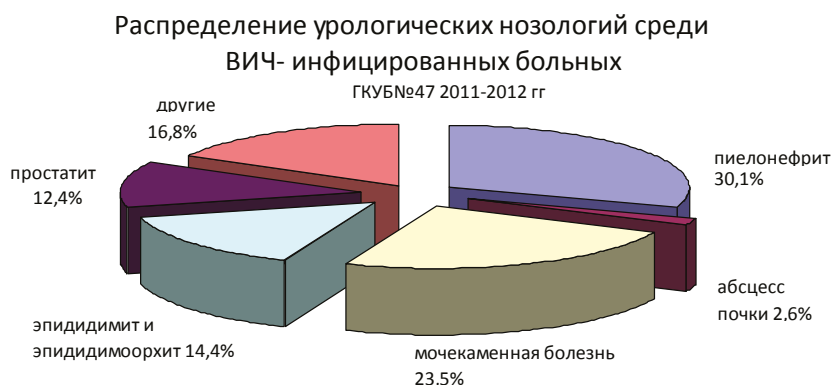


Рисунок 1.

Распределение урологических нозологий среди ВИЧ-инфицированных больных ГКУБ №47 2011–2012 гг.

Figure 1.

Distribution of urological nosology among HIV-infected patients of UCCN №47 2011–2012

Основная причина обращения ВИЧ-инфицированных пациентов за стационарной урологической помощью — острые инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов — 59,5% поступлений.

При этом частоты встречаемости острых воспалительных поражений почек и мужских половых органов примерно одинаковы — 26,8% и 32,7% соответственно. Существенное место в структуре урологической заболеваемости ВИЧ-инфицированных занимает мочекаменная болезнь без клинических проявлений острого воспалительного процесса (почечная колика), частота которой составляла 23,5% (рис. 1).

Несмотря на доказанное увеличение частоты новообразований на фоне иммунодефицита, опухоли органов мочеполовой системы, как доброкачественные, так и злокачественные у ВИЧ-инфицированных встречаются нечасто. На долю аденомы простаты приходится всего 2,6% от общего числа поступивших ВИЧ-инфицированных. Рак мочевого пузыря и простаты на фоне ВИЧ-инфекции представлен единичными наблюдениями. Малая частота новообразований мочеполовых органов может быть объяснена тем, что большинство больных не доживают до этой патологии, погибая от генерализованных инфекционных процессов или хронических интоксикаций (многие пациенты продолжали принимать наркотические средства вплоть до момента госпитализации) [1, 11].

Важным является факт, что 92,2% пациентов были госпитализированы по экстренным показаниям с экстренной урологической патологией. В плановом порядке госпитализировано всего 12 человек (7,8%). Показаниями к плановой госпитализации послужили мочекаменная болезнь, аденома простаты, гидронефроз. Указанные заболевания при определенных условиях (острая задержка мочеиспускания, гематурия) также могут повлечь за собой экстренную госпитализацию.

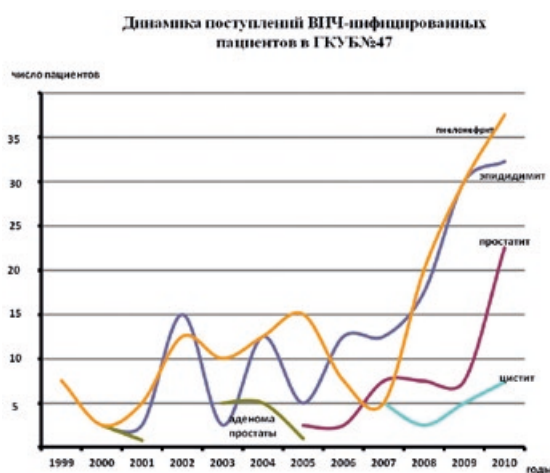


Рисунок 2.
Динамика поступлений ВИЧ-инфицированных пациентов в ГКБ №47
Figure 2.
Dynamics of revenue of HIV-infected patients in UCCH №47

Учитывая большую социальную значимость и недостаточную изученность целесообразно подробнее остановиться на заболеваниях нижних мочевых путей и мужских половых органов на фоне ВИЧ-инфекции.

С 1996 года по май 2011 года урологическая помощь была оказана 159 ВИЧ-инфицированным пациентам, страдающим заболеваниями нижних мочевых путей и мужских половых органов.

Распределение урологических нозологий в изучаемой группе пациентов имеет принципиальные отличия по сравнению с общей популяцией больных. У ВИЧ-инфицированных доминируют острые инфекционно-воспалительные заболевания органов мошонки, на долю которых приходится 51% поступлений, что в 2,15 раза превышает частоту острого простатита (23,7%). Согласно данным НИИ урологии за 2011 г., в общей популяции частота «первичного», то есть не связанного с инвазивными вмешательствами, острого простатита в 2,7 раза превышает частоту «первичного» острого эпидидимита и орхоэпидидимита вместе взятых. Таким образом, можно отметить выявленную склонность ВИЧ-инфицированных к острым инфекционно-воспалительным заболеваниям мошонки.

Также целесообразно обратить внимание на сравнительно небольшой вклад острого цистита в структуру урологической заболеваемости на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ.

На рис. 2. отражена динамика числа поступлений ВИЧ-инфицированных больных по наиболее актуальным у этой категории пациентов урологическим нозологиям, которая наглядно демонстрирует ранее отмеченные тенденции. Рост числа ВИЧ-инфицированных лиц, требующих урологической помощи, происходит главным образом за счет острых инфекционно-воспалительных нозологий — пиелонефрита, эпидидимита и эпидидимоорхита, в меньшей степени простатита.

Таким образом, основная проблема лечения урологических больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией — это назначение адекватной эмпирической антимикробной терапии и оказание экстренной хирургической помощи.

Распределение урологических пациентов по стадиям ВИЧ-инфекции

На сегодняшний день вопрос взаимосвязи между стадией ВИЧ-инфекции и особенностями течения урологических заболеваний все еще остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения. По мнению ведущего отечественного специалиста по проблеме ВИЧ-инфекции В.В. Покровского, «развитие у ВИЧ-инфицированных какого-либо заболевания, даже в тяжелой форме, не означает, что эта болезнь как-то связана с ВИЧ-инфекцией и указывает на нее. Лишь четко определенные клинические формы весьма ограниченной группы заболеваний являются достоверными признаками снижения иммунитета, вызванного ВИЧ-инфекцией, и то лишь в том случае, если исключены другие факторы, угнетающие иммунную систему» [1]. Эти, указанные автором, «определенные клинические формы» носят официальное название «Определенно индикаторные для СПИДа».

болезни». Урологические заболевания в данный список не входят.

Однако для практической работы необходимо знать, что «Клиническая классификация ВИЧ-инфекции», предложенная В.И. Покровским (2001), относит «повторные или стойкие бактериальные поражения внутренних органов без диссеминации» к стадии 4 б, а при наличии генерализации 4 в.

Урологических пациентов, находящихся инкубационном периоде ВИЧ-инфекции и острой фазе заболевания, мы не наблюдали. Основная масса ВИЧ-инфицированных, обращающихся за стационарной урологической помощью, находится в бессимптомной фазе (стадия 3) и стадии вторичных проявлений (4 а и 4 б) — 43,9%, 26,7%, 20,2% соответственно. Терминальные пациенты, имеющие диссеминированные микробные или опухолевые поражения, обусловленные тяжелым иммунодефицитом (стадии 4 в и 5) в поле зрения уролога попадают редко (7,8 и 0,8% от общего числа поступлений ВИЧ-инфицированных соответственно).

Таким образом, не менее 43,9% обратившихся за урологической помощью ВИЧ-инфицированных пациентов имели выраженный, но нетерминальный, нефатальный иммунодефицит (стадии 4 а и 4 б), который оказывал влияние на характер течения урологических заболеваний, особенно инфекционно-воспалительных поражений органов мочеполовой системы.

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы у ВИЧ-инфицированных пациентов

Иммунодефицит, обусловленный ВИЧ, создает предпосылки для развития инфекционно-воспалительных процессов с атипичной клинической картиной и очень широким спектром возможных возбудителей. Свою роль играет и внутривенная наркомания значительной доли пациентов, которая является отдельным фактором риска гематогенных инфекций, в том числе и органов мочеполовой системы. Для любого выраженного иммунодефицита характерны микобактериозы, в том числе и туберкулез, а также грибковые и вирусные поражения [1, 11].

Таким образом, наиболее принципиальным требованием к эмпирической антибактериальной схеме является широкий спектр действия. При этом, если больной не принимал антибактериальные препараты в течение длительного времени, не подвергался оперативным вмешательствам и инвазивным методам исследования, то наличие полирезистентной микрофлоры маловероятно.

Вопросы эмпирической терапии инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы на фоне ВИЧ-инфекции вплоть до настоящего времени во многом остаются дискуссионными [11–13]. Отсутствие регламентирующей документации, а также общепринятого научным сообществом единого мнения по этому вопросу привело к бесконтрольному применению самых разнообразных антибактериальных средств. В результате сейчас мы имеем данные по практически всем фармакологическим группам антибактериальных препаратов, которые возможно применять для лечения

неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Был проведен ретроспективный анализ эффективности различных антибактериальных препаратов, назначаемых в эмпирическом режиме, для лечения острого пиелонефрита, острого простатита и острых эпидидимита и эпидидимоорхита на фоне ВИЧ-инфекции.

- Критерием включения в анализ был факт установления диагноза одного из вышеуказанных заболеваний у пациента, имеющего документальное подтверждение сопутствующей ВИЧ-инфекции.
- Критериями исключения из исследования послужили сопутствующие инфекционно-воспалительные заболевания другой локализации, требующие антибактериальной терапии, а также тяжелые гнойно-деструктивные поражения, являющиеся показаниями к немедленному хирургическому удалению органа.

За период с июня 1996 года по май 2012 года указанным критериям ответили 212 пациентов с пиелонефритом на фоне ВИЧ-инфекции, 28 больных простатитом и 54 мужчины, страдавших острым эпидидимитом или эпидидимоорхитом.

Лекарственное средство считалось эффективным, если на фоне его применения удалось подавить активность инфекционно-воспалительного процесса и достичь излечения (снятия диагноза) в случае острого заболевания или ремиссии в случае хронического заболевания.

Результаты

При эмпирической антибактериальной терапии пиелонефрита на фоне ВИЧ-инфекции наиболее высокую эффективность продемонстрировали антибактериальные препараты резерва — карбапенемы и антисинегнойные цефалоспорины — 81,8% и 76,5% соответственно (рис. 3).

Из нерезервных антибактериальных средств практически одинаковую эффективность показали фторхино-

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии пиелонефрита на фоне ВИЧ-инфекции

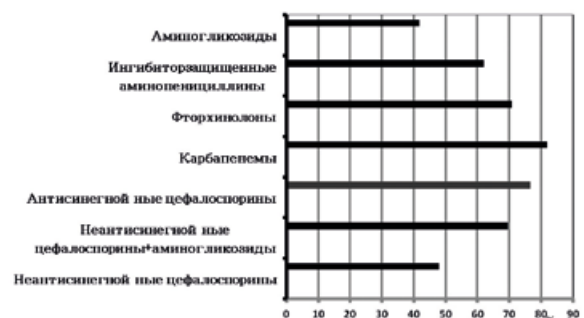


Рисунок 3.

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии пиелонефрита на фоне ВИЧ-инфекции
Figure 3.

The effectiveness of empirical antibiotic therapy of pyelonephritis in HIV-infected patients

лоны (70,7%) и комбинированная схема, включающая неантисинегнойный цефалоспориин III поколения и аминогликозид (69,4%). На монотерапии ингибиторзащищенными аминопенициллинами положительная динамика отмечена только у 61,9% пациентов. Результаты раздельного применения неантисинегнойных цефалоспоринов III поколения и аминогликозидов II–III поколения еще хуже — 47,8% и 41,7% соответственно.

При лечении острого простатита на фоне ВИЧ-инфекции эффективность антибактериальных средств в целом аналогичная — 100% у карбапенемов, 83,3% у антисинегнойных цефалоспоринов, 80% у комбинированной схемы, включающей неантисинегнойный цефалоспориин III поколения и аминогликозид, 71,4% у фторхинолонов, 66,7% у аминогликозидов в режиме монотерапии, 50% у неантисинегнойных цефалоспоринов III поколения и 33,3% у аминогликозидов II–III поколения (рис. 4).

При оценке результатов лечения острых инфекционно-воспалительных заболеваний органов мошонки на фоне ВИЧ-инфекции обращает на себя внимание в целом более низкая эффективность лекарственной терапии, не превышающая 75% даже при стартовом назначении антибиотиков резерва — карбапенемов (рис. 5).

Антисинегнойные цефалоспорины практически равноэффективны фторхинолонам и ингибиторзащищенным аминопенициллинам (68,8%, 70%, 66,7% соответственно). Использование антибактериальных средств других групп приводит к положительной динамике в еще меньшем проценте случаев — 45,5% при одновременном применении неантисинегнойных цефалоспоринов III поколения и аминогликозидов, 37,5% и 50% соответственно при раздельном назначении вышеупомянутых антибиотиков.

Заключение

Анализ результатов лечения неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний органов

мочеполовой системы на фоне ВИЧ-инфекции в целом подтверждает ранее выдвинутые предположения о необходимости назначения антибактериальных средств возможно более широкого спектра действия. Наблюдавшиеся единичные неудачи при стартовом применении карбапенемов и антисинегнойных цефалоспоринов по всей вероятности связаны с энтерококковой инфекцией. Вместе с тем широкое применение указанных антибактериальных средств нецелесообразно по эпидемиологическим соображениям, из необходимости предотвращения селекции госпитальных полирезистентных штаммов возбудителей [3]. Неприемлемо низкая эффективность антиграмотрицательных препаратов (неантисинегнойных цефалоспоринов и, особенно, аминогликозидов) также наводит на мысль о частой грамположительной инфекции.

Из нерезервных препаратов удовлетворительный эффект продемонстрировали фторхинолоны и сочетание неантисинегнойных цефалоспоринов с аминогликозидами. В обоих случаях, несмотря на ярко выраженную антиграмотрицательную направленность, имеется клинически значимая активность в отношении грамположительной флоры — стафилококка у фторхинолонов, стрептококка и в меньшей мере стафилококка у комбинированной схемы, включающей цефалоспориин и аминогликозид (в последнем случае наблюдается эффект синергизма между двумя препаратами) [14].

Отсутствие явных преимуществ фторхинолонов перед бета-лактамами позволяет предположить о незначительном вкладе внутриклеточных возбудителей в структуру экстренной урологической заболеваемости на фоне ВИЧ-инфекции.

Теоретически еще более эффективным сочетанием должно являться одновременное назначение ингибиторзащищенных аминопенициллинов и аминогликозидов, особенно амикацина. Здесь в спектре практически вся негоспитальная флора, как грамположительная, так

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии простатита на фоне ВИЧ-инфекции

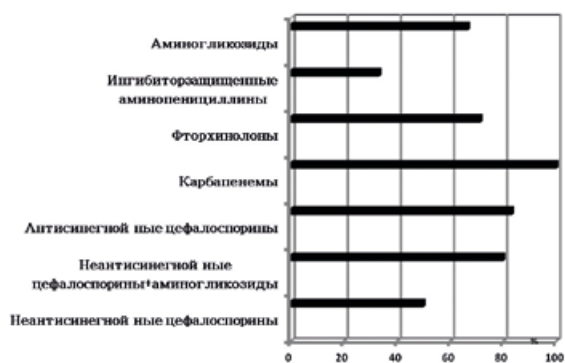


Рисунок 4.

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии простатита на фоне ВИЧ-инфекции

Figure 4.

The effectiveness of empirical antibiotic therapy of prostatitis in HIV-infected patients

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии эпидидимита и эпидидимоорхита на фоне ВИЧ-инфекции

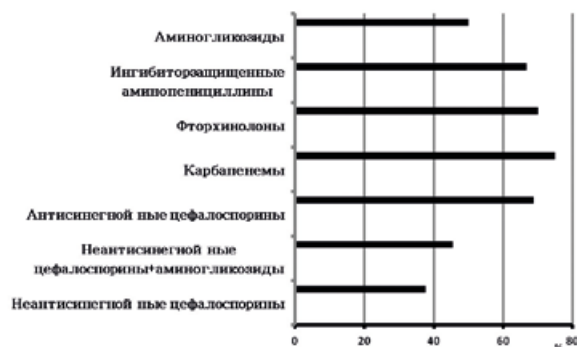


Рисунок 5.

Эффективность эмпирической антибактериальной терапии эпидидимита и эпидидимоорхита на фоне ВИЧ-инфекции

Figure 5.

The effectiveness of empirical antibiotic therapy of epididymo-orchitis and epididymitis in HIV-infected patients

и граммотрицательная. Однако, на наш взгляд, основная ценность ингибиторзащищенных аминопенициллинов для урологической клиники заключается в их высокой активности в отношении энтерококка, который иногда выступает в роли возбудителя суперинфекции, особенно у тяжелых и осложненных пациентов [15, 16]. Поэтому от широкого применения ингибиторзащищенных аминопенициллинов для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы целесообразно воздержаться.

Таким образом, анализ урологической заболеваемости ВИЧ-инфицированных пациентов продемонстриро-

вал, что наиболее частой причиной обращения ВИЧ-инфицированных пациентов за урологической помощью являются острые неспецифические инфекционно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы, а также мочекаменная болезнь. Среди воспалительных заболеваний доминируют пиелонефрит и эпидидимит (эпидидимоорхит). ВИЧ-инфицированные пациенты урологического профиля в большинстве случаев имеют латентную стадию ВИЧ-инфекции или начальные проявления стадии вторичных заболеваний. Тяжелый приобретенный вторичный иммунодефицит (СПИД) для ВИЧ-инфицированных урологических пациентов нехарактерен.

Список литературы

1. Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ инфекции. М.: ГЭОТАР-Медицина. 2000.
2. Онищенко Г. Г. Эпидемия ВИЧ-инфекции на современном этапе и основные задачи по противодействию ее распространению. Материалы III Российской научно-практической конференции по вопросам ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Суздаль. 2003, С. 2–5.
3. Покровский В. В. Современная ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации. Материалы выступления на слушаниях в Общественной палате Российской Федерации 30 марта 2012 г. (дата обращения: 30.07.15). URL: <http://www.oprf.ru/files/dok2012/pokrovskiy30032012.pps>
4. Абашина В. Л., Хомичук Т. Ф., Гребенькова Л. К., Евдокимова Л. П., Смирнова Н. Р., Семейкина Л. М. Эпидемиологические аспекты заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2010; 1–2 (41–42): 114–116.
5. Справка. ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2011 г. Федеральный научно-методический Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2011. (дата обращения: 31.07.15). URL: <http://www.hivrussia.ru/stat/2011.shtml>
6. Краткая характеристика действующей и (или) планируемой бюджетной целевой программы, в части, касающейся отчетного периода: ФЦП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)»: Приложение № 4 к Докладу о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития России на 2008 год и на период до 2010 года. (дата обращения: 30.07.15). URL: <http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget>
7. Lee L. K., Dinneen M. D., Ahmad S. The urologist and the patient infected with human immunodeficiency virus or with acquired immunodeficiency syndrome. BJU Int. 2001; 88: 500–510.
8. Francum B. S., Savdie E. HIV and Renal Disease. Managing HIV. Ed. G. Stewart, 1997.
9. UNAIDS/WHO. Report of Global HIV/AIDS Epidemics. Geneva, 1994.
10. Center for Disease Control and Prevention. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted disease. Morbidity Mortality Weekly Report 1998; 47: 1–116.
11. Marin B., Thiébaud R., Bucher H. C., Rondeau V., Costagliola D., Dorrucci M., Hamouda O., Prins M., Walker S., Porter K., Sabin C., Chêne G. Non-AIDS defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy. Aids. 2009; 23 (13): 1743–1753.
12. Breyer B. N., Van Den Eeden S. K., Horberg M. A., Eisenberg M. L., Deng D. Y., Smith J. F., Shindel AW. HIV status is an independent risk factor for reporting lower urinary tract symptoms. J Urol. 2011; 185 (5): 1710–1715.
13. Wyatt M. Ch., Morgello S., Katz- Malamed R., Wei C., Klotman M. E., Klotman P. E., D'Agati V. D. The spectrum of kidney disease with AIDS in the era of antiretroviral therapy. Kidney Int. 2009; 75 (4): 428–434.
14. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Страчунского Л. С., Белоусова Ю. Б., Козлова С. Н. Смоленск: МАКМАКС, 2007.
15. Яровой С. К., Шимановский Н. Л., Карева Е. Н. Эмпирическая терапия пиелонефрита. Урология. 2011; 2: 67–73.
16. Максимов В. А., Яровой С. К., Странадко М. В., Мисякова О. А. Эмпирическая антибактериальная профилактика в урологии. Экспериментальная и клиническая урология. 2012; 1: 76–84.
1. Pokrovskiy V. V., Yurin O. G., Belyaeva V. V. Klinicheskaya diagnostika i lechenie VICH infektsii. Moscow: «GEOTAR-Meditsina» Publ., 2000. (Russian).
2. Onishchenko G. G. Epidemiya VICH-infektsii na sovremennoy etape i osnovnye zadachi po protivodeystviyu ee rasprostraneniya. Materialy III Rossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii po voprosam VICH-infektsii i parenteral'nykh gepatitov. Suzdal'. 2003, pp. 2–5. (Russian).
3. Pokrovskiy V. V. Sovremennaya situatsiya po VICH-infektsii v Rossiyskoy Federatsii. Materialy vystupleniya na slushaniyakh v Obshchestvennoy palate Rossiyskoy Federatsii 30 marta 2012 g. (accessed 30.07.15). Available at: <http://www.oprf.ru/files/dok2012/pokrovskiy30032012.pps> (Russian).
4. Abashina V. L., Khomichuk T. F., Greben'kova L. K., Evdokimova L. P., Smirnova N. R., Semeykina L. M. Epidemiologicheskie aspekty zaboлеваemosti VICH-infektsiy. Zdorov'ye. Meditsinskaya ekologiya. Nauka. 2010; 1–2 (41–42): 114–116. (Russian).
5. Sправка. VICH-infektsiya v Rossiyskoy Federatsii v 2011 g. Federal'nyy nauchno-metodicheskii Tsentr po profilaktike i bor'be so SPIDom, 2011. (accessed 31.07.15). Available at: <http://www.hivrussia.ru/stat/2011.shtml> (Russian).
6. Kratkaya kharakteristika deystvuyushchey i (ili) planiruemoy byudzhethnoy tselevoy programmy, v chasty, kasayushcheysya otchetnogo perioda: FTsP «Preduprezhdenie i bor'ba s sotsial'no znachimymi zabolevaniyami (2007–2011 gody)»: Prilozhenie № 4 k Dokladu o rezul'tatakh i osnovnykh napravleniyakh deyatel'nosti Minzdravsotsrazvitiya Rossii na 2008 god i na period do 2010 goda. (accessed 31.07.15). Available at: <http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget> (Russian).

References

7. Lee L.K., Dinneen M.D., Ahmad S. The urologist and the patient infected with human immunodeficiency virus or with acquired immunodeficiency syndrome. *BJU Int.* 2001; 88: 500–510.
8. Francum B.S., Savdie E. HIV and Renal Disease. *Managing HIV.* Ed. G. Stewart, 1997.
9. UNAIDS/WHO. Report of Global HIV/AIDS Epidemics. Geneva, 1994.
10. Center for Disease Control and Prevention. 1998 guidelines for treatment of sexually transmitted disease. *Morbidity Mortality Weekly Report* 1998; 47: 1–116.
11. Marin B., Thiébaud R., Bucher H.C., Rondeau V., Costagliola D., Dorrucci M., Hamouda O., Prins M., Walker S., Porter K., Sabin C., Chêne G. Non-AIDS defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy. *Aids.* 2009; 23 (13): 1743–1753.
12. Breyer B.N., Van Den Eeden S.K., Horberg M.A., Eisenberg M.L., Deng D.Y., Smith J.F., Shindel AW. HIV status is an independent risk factor for reporting lower urinary tract symptoms. *J Urol.* 2011; 185 (5): 1710–1715.
13. Wyatt M.Ch., Morgello S., Katz- Malamed R., Wei C., Klotman M.E., Klotman P.E., D'Agati V.D. The spectrum of kidney disease with AIDS in the era of antiretroviral therapy. *Kidney Int.* 2009; 75 (4): 428–434.
14. *Prakticheskoe rukovodstvo po antiinfektsionnoy khimioterapii.* Strachunskiy L.S., Belousov Yu.B., Kozlov S.N. (ed). Smolensk: «МАКМАКС» Publ., 2007. (Russian).
15. Yarovoi S.K., Shimanovsky N.L., Kareva E.N. Empiric treatment of pyelonephritis. *Urology.* 2011; 2: 67–73. (Russian).
16. Maksimov V.A., Yarovoy S.K., Stranadko M.V., Misyakova O.A. Empirical antibacterial prophylaxis in urology. *Experimental and Clinical Urology.* 2012; 1: 76–84. (Russian).

Информация об авторе:

1. Яровой Сергей Константинович – д.м.н., ведущий научный сотрудник НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина – филиала ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, врач-клинический фармаколог Городской клинической больницы №57 Департамента здравоохранения г. Москвы

Information about author:

1. Yarovoy Sergey Konstantinovich – Phd, MD, leading researcher of N.Lopatkin SRIUIR, clinical pharmacologist in SCH №57 Department of health of Moscow

Оформление ссылки для цитирования статьи:

Яровой С.К. Заболевания органов мочеполовой системы на фоне ВИЧ-инфекции – новая проблема современной урологии. *Исследования и практика в медицине.* 2015; 2(4): 115–122. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-4-115-122

Yarovoy S.K. Diseases of the genitourinary system in HIV infection - a new problem of modern urology. *Issled. prakt. Med.* 2015; 2(4): 115–122. DOI: 10.17709/2409-2231-2015-2-4-115-122

Конфликт интересов. Все авторы сообщают об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. All authors report no conflict of interest.