

ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ И ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН



Аллазов Салах Аллазович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

АЁЛЛАРДА ПАСТКИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ВА ЖИНСИЙ ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ПАРАЛЛЕЛ МАҲАЛЛИЙ ДАВОЛАШ

Аллазов Салах Аллазович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

PARALLEL LOCAL TREATMENT OF THE LOWER URINARY AND GENITAL TRACT INFECTIONS IN FEMALES

Allazov Salakh Allazovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: iskoallazov@mail.ru

Резюме. Аёлларда жинсий алоқа орқали юқмайдиган урогенитал инфекциянинг, дифференциал диагностикаси ва патогенетик даво усуллари ўрганildi. Аёлларда ташқи жинсий аъзолар ва пастки сийдик йўллари инфекциялари параллел даволашнинг долзарблиги ва самарадорлиги кўрсатилади. Аёлларда уретра ва қовуқ ҳамда даҳлиз ва қинни бир вақтнинг ўзида “Декасан” антисептик препаратини қўллашнинг афзаллиги исботланди.

Калим сўзлар: аёл, инфекция, жинсий йўл билан юқмайдиган, УГИ.

Abstract. Differential diagnosis and pathogenetic treatment of non – sexually transmitted urogenital infections in women were studied. The significance and effectiveness of parallel treatment of the lower urinary tract and external genital tract in women is shown. The advantage of using the antiseptic drug “Decasan” for this purpose has been proven with simultaneous instillation of the urethra and bladder, as well as the vestibule and vagina in women.

Key words: women, infection, not sexually transmitted, urogenital.

Актуальность. Урогенитальная инфекция является самым частым воспалительным процессом мочевых и половых органов у женщин. Сложность диагностики и лечения урогенитальной инфекции заключается в том, что микроорганизмы из половых и нижних мочевых путей взаимно контактируются и лечение в одной системе зачастую не даёт эффекта [10, 14]. Причинами урогенитальной инфекции являются незащищённый секс, бытовая передача инфекции, самостоятельный перенос возбудителя из одного анатомического органа в другой. В связи с этим является актуальным параллельное изучение течения, диагностики и лечения урогенитальной инфекции как единого инфекционного воспалительного процесса в нижних мочевых путях и в наружных половых органах у женщин. Инфекции мочевых путей (ИМП) разной локализации обычно редко рассматриваются в контексте внутреннего генеза,

т.е. взаимосвязи микробиоты мочи больных с микробиотой макроорганизма в целом и близлежащих биотов особенно [4]. В этом аспекте особо стоит вопрос взаимосвязи инфекции мочевых и половых путей в связи анатомической близости этих органов у женщин. Транслокация микроорганизмов из преддверия и влагалища в уретру и мочевой пузырь и обратно, по-видимому, является самой частой и трудно излечимой в связи с тем, что в практике эти две локализации инфекции лечат урологи и гинекологи автономно каждый свою область [1, 11]. В настоящее время группами авторов изучается микробные взаимосвязи органов мочевой системы с другими биотопами [12]. Проведен сравнительный анализ генома бактерии, выделенных из мочевого пузыря женщин с геномом 67 вагинальных штаммов [13].

Как указывается в клинических рекомендациях “Инфекция мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия” (2014), эта проблема до сих пор нерешена, в то же время заболеваемость так и не снижается, что определяет актуальность данной темы.

Материалы и методы исследования. Данная работа основана на анализе результатов обследования и лечения 130 больных с урогенитальной инфекцией (УГИ) в период 2020-2023 гг.

В зависимости от применения способа лечения все больные были разделены на 2 группы.

1- группа (контрольная)- состояла из 50 больных- которым проводилось общепринятое лечение;

2- группа (основная)- состояла из 80 больных, которым проводилось лечение с декасаном в комплексе общепринятой терапии.

Результаты исследования. Клиническое обследование больных с использованием методики балльной оценки, показало что, различные симптомы инфекции нижних моче-половых путей(ИНМП) проявляются не у всех, но у подавляющего количества пациентов (табл. 1).

Симптомы воспалительных заболеваний нижних моче-половых путей распределялись следующим образом: (табл. 1).

В таблице 2 представлены инфекционно - воспалительные заболевания мочеполовой системы в зависимости от частных форм УГИ.

Таблица 1. Признаки ИНМП у больных в баллах

№	Признак	Кол-во больных	Балл при поступлении	Дни лечения		
				3	7	10
1	Лихорадка	4	0	1	0	0
2	Ознобы	9	18	17	15	13
3	Тахикардия(>90 с.с./мин) 20	11	40	35	30	25
4	Частота дыхания(<20 или 21 >20 в мин.)	20	63	53	43	33
5	Дизурические явления	21	0	0	0	0
6	Боли в пояснице	29	31	25	20	15
7	Патологические изменения в анализе мочи	13	0	0	2	0
8	Возбудитель инфекции	17	35	30	18	20
9	Смена возбудителя	8	26	23	20	17

Таблица 2. Частота различных форм ИНМП

№	Форма	Количество	%
I	ИНМП :	93	71,5
1	Уретрит	21	16,2
2	Цистит	62	47,7
3	Цистопиелонефрит	10	7,7
4	ИНПП:	37	28,5
5	Вульвит	8	6,2
6	Вульвовагинит	7	5,4
7	Бартолинит	6	4,6
8	Колпит с вагинитом	8	6,2
9	Эндоцервицит	8	6,2

Таблица 3. Частота различных форм УГИ в зависимости от тяжести течения

ИНМП	Степени тяжести					
	Легкая		Средняя		Тяжелая	
	Абс. Кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
ИНМП	21	16,1	29	22,3	33	25,3
Уретрит	4	3,1	7	5,3	10	7,1
цистит	12	9,2	21	16,1	29	22,3
цистопиелонефрит	1	0,1	6	4,1	3	2,3
ИНПП:	11	8,5	13	10	13	10
Вульвит (вульвовагинит)	3	2,3	7	5,3	5	3,8
Бартолинит	1	0,1	4	3,1	1	0,1
Кольпит (вагинит)	1	0,1	4	3,1	3	2,3
Эндоцервицит (цервицит)	2	1,53	3	2,3	3	2,3

Таблица 4. Изменения в общем анализе крови у больных при микробиоценозе

Форма ИНМП	Количество больных					
	Лейкоцитоз		Нейтрофильный сдвиг влево		Ускорение СОЭ	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
ИНМП:	40	30.7	30		60	46.1
Уретрит	48	36.9	34		72	55.4
цистит	41	31.5	32		64	49.2
цистопиелонефрит	40	30.7	30		60	46.1
ИНПП :						
Вульвит (вульвовагинит)	38	29.2	36		70	53.8
Бартолинит	30	23.1	28		44	33.8
Кольпит (вагинит)	32	24.6	38		68	52.3
Эндоцервицит (цервицит)	42	32.3	44		52	40

Как четко видно из таблицы 2 инфекция чаще всего поражает мочеполовую систему одновременно.

Частота УГИ при различных формах тяжести приводится в таблице 3.

Что можно было и ожидать, инфекция мочевого тракта в основном наблюдается у больных с тяжелыми формами соматических заболеваний. Следует отметить, что эти осложнения, связанные с мочеполовым трактом, наряду с другими осложнениями (со стороны сердечно - сосудистой, неврологические и др.) ещё больше усложняют течение основного заболевания и создают определенные трудности в устранении его осложнений со стороны мочеполовой системы.

Гематологические сдвиги в периферической крови сводится к повышению количества лейко-

цитов, нейтрофильному сдвигу влево и ускорению скорости оседания эритроцитов. Эти изменения в общем анализе крови при различных формах ИМП, ИНПП заметно отличаются (табл. 4).

В тоже время изменения в моче протекают несколько по другому, то есть эти изменения больше зависят от локализации инфекции в мочевых путях или половых органах. Последнее показано в следующей таблице (табл. 5).

Обнаруженные нами цилиндры в моче, т.е. скопления гликопротеидов цилиндрической формы от 4% до 20% больных, зачастую (76% случаев) представляли собой простые, не содержащие включений гиалиновые цилиндры, которые обычно секретируются почечными канальцами.

Таблица 5. Изменения в общем анализе мочи у больных с УГИ

Локализация инфекции	Абс. Количество -%							
	Кол.во лейкоцитов		Эпителий уrogenитального тракта		Бактерии		Цилиндры	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
ИНМП								
Уретрит	78	60	44	33.8	66	50.1	12	9.2
цистит	82	63.1	62	47.7	71	54.6	20	15.3
цистопиелонефрит								
ИНПП:								
Вульвит (вульвовагинит)	64	49.2	88	67.7	2	1.5	77	59.2
Бартолинит	40	30.8	30	23.1	60	46.1	28	21.5
Кольпит (вагинит)	48	36.9	34	26.2	72	55.3	20	15.3
Эндоцервицит (цервицит)	41	31.5	32	24.6	64	49.2	34	26.1

Таблица 6. Исследование мочи по Нечипоренко А.З. у больных с УГИ

Форма	Количество (M ⁺ m) форменных элементов	
	Лейкоциты	Эритроциты
Уретрит	2804,6+11,2	802,4+4,4
цистопиелонефрит	2900,1+9,4	1004,8+6,2
Цистит	3100,6+16,4	1816,4+8,1
ИНПП	2750,5+12,2	1520,+7,2

Таблица 7. УЗИ – признаки ИНМП у больных

Формы ИМТ	Уменьшение размеров органа	Увеличение размеров органа	Деформация контуров органа	Уплотнение	Скопление газа вдоль почечных пирамид и под фасцией Герота
Уретрит	16	30	8	12	-
цистопиелонефрит	20	34	38	40	0,6
Цистит	18	-	-	12	-
ИНПП	34	-	-	8	-

Таблица 8. Результаты лечения при комбинированном лечении (традиционные + Декасан)

Число больных	Улучшений, %	Без перемен, %	Ухудшения, %
50	84	10	6
34	73	21	6
19	74	10	16
23	65	22	13
30	70	23	7
41	36	59	5
50	78	12	10

Таблица 9. Признаки УГИ у больных в баллах (традиционное лечение + Декасан)

№	Признаки	Кол-во больных	Бал	Дни лечения		
			При поступлении	На 3-й день	На 7-й день	На 10 день
1	Лихорадка	4	0	0	1	0
2	Ознобы	18	18	12	4	2
3	Тахикардия	20	40	30	15	8
4	Частота дых.	21	43	43	23	18
5	Дизурическое явления	32	0	2	0	0
6	Боли в пояснице	31	31	21	11	2
7	Патологические изм.в анализе моче	28	0	1	0	0
8	Обнаруживается возбудитель инфек	35	35	25	18	5
9	Смена возбудителя	26	26	16	10	4

Таблица 10. Частота разновидности УГИ в зависимости от её формы у больных II группы (традиционное лечение + Декасан)

Форма	Количество	
ИНМП		
Уретрит	4	10
Цистопиелонефрит	1	2
Цистит	4	11
ИНПП	12	16

Таблица 11. Частота разновидности ИНМП в зависимости степени тяжести у II группы больных

Форма ИНМП	Количество
ИНМП	
Уретрит	1
цистопиелонефрит	3
Цистит	1
ИНПП	3

Таблица 12. Изменений в общем анализе крови у больных с УГИ получавших комбинированное лечение (традиционное + Декасан)

Форма ИНМПП ИНМП	Лейкоцитоз		Нейтрофилы сдвиг влево		СОЭ	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
Уретрит	42	32.3	28	21.5	50	38.4
цистопиелонефрит	46	35.4	30	23.1	70	53.8
Цистит	44	33.8	34	26.1	60	46.1
ИНПП	48	36.9	26	20	74	56.9

Таблица 13. Изменения в общем анализе мочи у больных, осложненного микробиоценозом получивших комбинированное лечение (традиционное + Декасан)

Локализация инфекции	Изменения в моче %							
	лейкоциты		Эпителий урогенитального тракта		Бактерии		Цилиндры	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%		%		%
ИНМПП								
Уретрит	77	59.2	40	30.7	50	38.5	10	7.7
цистит	80	61.5	58	44.6	78	60	19	14.6
цистопиелонефрит	66	50.7	80	61.5	84	64.6	6	4.6
ИНПП:								
Вульвит (вульвовагинит)	78	60	44	33.8	12	9.2	3	2.3
Бартолинит	60	46.1	40	30.7	52	40	8	6.1
Кольпит (вагинит)	65	50	55	42.3	60	46.1	5	3.8
Эндоцервицит (цервицит)	70	53.8	52	40	77	59.2	9	6.9

Таблица 14. Ультразвуковые признаки с микробиоценозом (II группа) больных

Форма ИМТ	Уменьшение размеров органа		Увеличение размеров органа		Деформация контуров органа		Уплотнение		Скопление газа вдоль почечных пирамид и под фасцией Герота	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ИНПП	15	11.5	29	22.3	9	6.9	11	8.4	-	
Уретрит	21	16.1	25	19.2	38	29.2	39	30	0,6	0.5
Цистопиелонефрит	-		-		-		13	10	-	
Цистит	18	13.8	14	10.8	26	20	18	13.8	-	-

Объективным и количественным методом обнаружения инфекции мочевых путей является исследование мочи по Нечипоренко. Мы за норму принимали, как и автор этого метода, до 2000 лейкоцитов и до 1000 эритроцитов в 1 мл мочи. Статистически обработанные данные приводятся в таблице 6.

Структурное состояние почек были определены при помощи неинвазивного метода – УЗИ на аппарате DigiPrinseMindray– 6600 (Китай, 2007). В наших исследованиях не придавая решающего диагностического значения при помощи УЗИ удалось обнаружить некоторые прямые и косвенные ультразвуковые признаки ИМТ. Их частота в процентном отношении приводится в таблице 7.

При сравнении и цифровые данные с данными предыдущей I группы больных (только традиционное лечение), резких отличий в частоте отдельных форм ИНМПП нет. Это позволяет считать репрезентативным дальнейшее сравнительное изучение этих двух групп больных.

Как видно из таблицы 12 тяжесть течения во II группе также не отличается от предыдущей группы.

В таблице 12 отражены основные цифровые показатели периферической крови больных II группы традиционное лечение в комбинации + Декасаном).

Об устранении или ликвидации инфекционно-воспалительного процесса в мочевом тракте более убедительно свидетельствует нормализация показателей общего анализа мочи. Исходные данные общего анализа мочи у больных II группы, приведены в таблице 13.

Как видно из таблицы 13, изменения в моче характерны для ИМТ (лейкоцитурия, бактериурия) у данной группы больных имеет место в общей сложности в 9-84% случаях.

В динамике лечения Декасан в комплексе общепринятой терапии эти показатели на 7-й день снижено до 2-24%. Тогда как, у больных I группы (без включения Декасана в традиционное лече-

ние) на 7-й день эти показатели выглядят как 6-40%, то есть имеет место недолечивание ИМТ. Такие состояния, которые в определении европейских урологов, называется как неразрешившейся ИМТ или персистенцией, способствуют хронизации процесса и учащению осложненных форм ИМТ.

Прямые и косвенные ультразвуковые признаки микробиоценоза, как осложнение у больных II группы, в процентных значениях приводятся в таблице 14.

Изучение их при выписке показало, что они проходят на 20-42%. В тоже время, как было показано в предыдущем разделе у больных, получивших только традиционное лечение эти ультразвуковые изменения ликвидировались на 12-28%. Количество креатинина значительно нарушено у больных с осложненной формой пиелонефрита.

Обсуждение. В последние годы наблюдается увеличение частоты инфекций влагалища, протекающих с участием микроорганизмов, входящих в состав нормальной микрофлоры влагалища. Стало очевидным, что нормальная флора при определенных условиях приобретает патогенные свойства, а её представители становятся возбудителями целого ряда болезней [8, 9]. Дисбиоз влагалища нередко становится сложной проблемой, как для самих пациенток, так и для врачей, составляя категорию «трудных» больных [6, 7]. Вагинальная микрофлора, представляющая собой динамичную микро-экосистему, играет чрезвычайно важную роль в поддержании здоровья женщин на оптимальном уровне [2, 3]. Снижение уровня колонизационной резистентности влагалища связано прежде всего со значительным уменьшением количества лактобактерий и повышением условно патогенных, как правило, полирезистентных к антибиотикам микроорганизмов. Эти изменения лежат в основе последующих патологических сдвигов в организме женщин [5].

По данным современной литературы, частота указанного патологического процесса в общей популяции составляет 5-65%, в амбулаторной гинекологической практике - 15-19%, в структуре воспалительных заболеваний половых органов – 12-42%, в работе дерматовенеролога – 24-37% (Набоко Ю.Л. и соавт. 2019). Среди беременных бактериальный вагиноз встречается у 10-30%; среди женщин, имеющих бесплодие – у 17-19%; среди пациенток с патологическими белями - у 60-90%. Вместе с тем, истинную частоту встречаемости бактериального вагиноза учесть невозможно, т.к. у 1/3 женщин это заболевание протекает бессимптомно. По различиям диагностических и лечебных критерий судили об эффективности курса лечения Декасан у больных по сравнению I группы.

Так, симптомы определенное в баллах в этих двух группах в процессе лечения меняются по-разному. У больных, получивших в комплексе лечения Декасан по всем параметрам нормализуется быстрее, чем у больных, которым проводилась традиционная терапия. Сравнительные изменения показателей общего анализа крови на примере количества лейкоцитов у больных при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путей и при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путей в динамике (3, 7 и 10 дни) лечения в двух группах. Такую же картину можно наблюдать и в общем анализе мочи у наших больных. Более показательны в этом аспекты бивариантные сравнения показателей исследования мочи по Нечипоренко в двух группах больных, что характерно, в основной группе больных, получивших в комплексном лечении и Декасан, не наблюдалось обострения при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путей ни у одного больного. В то время как в I группе больных у 3 пациентов имело место обострения при микробиоценозе: у 1-пиелонефрита, 2-цистита.

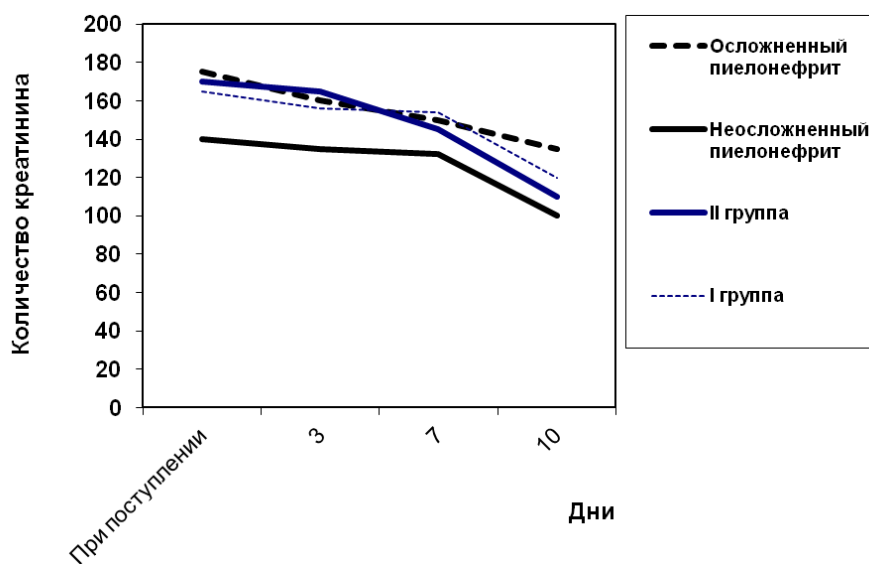


Рис. 1. Сравнительные изменения показателей общего анализа крови

В общей сложности, хорошие результаты были получены при лечении Декасаном при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях у 76% больных, что выражалось в быстром исчезновении болевого синдрома, уменьшение бактериурии, нормализация количества креатинина. (диаграмма).

В то же время препарат не имел побочных явлений, его можно было применять длительное время как профилактика реинфекции в разной категории больных, что согласуется с литературными данными. В заключении следует отметить что УГИ у больных при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях является серьезным патологическим процессом и устранение его требует дифференцированного подхода при каждой форме и локализации инфекционного агента.

Для этого следует проводить прекоцепционную подготовку (выявление патогена в моче и отделяемом влагалища и интерпретацию полученных данных с своевременным назначением лечения и включением в комплексную терапию Декасан.

Заключение. При включении в комплекс традиционного лечения при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях Декасан симптомы заболевания нормализуются на 3-7 дней быстрее, чем у больных получавших общепринятое лечение. Декасан способствует более быстрой нормализации функционального состояния почек (уровня креатинина). Декасан хорошо сочетается другими лекарственными препаратами, не имеет побочных действий, хорошо переносится больными при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях.

Литература:

1. Боровиков И.О., Куценко И.И., Булгакова В.П., и др. Смешанные неспецифические инфекционные заболевания влагалища: опыт локальной терапии. *Мать и дитя* 2020;4:221-227.
2. Ибрагимова Д.М., Доброхотова Ю.Э. Подходы к лечению бактериального вагиноза. *Мать и дитя* 2018;1(1):1-4.
3. Мурашко А.В., Мурашко А.А. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему. *Медицинский совет* 2015;11:80-83.
4. Набока Ю.Л., Коган М.И., Гудима И.А., Митусова Е.В., Джалагония К.Т., Иванов С.Н. Существует ли взаимосвязь между микробиотой мочи влагалища и кишечника при инфекции верхних мочевых путей. *Вестник урологии* 2019; 7(1): 38-45.
5. Негматова Г.М. Современные пути лечения урогенитальной инфекции вне и вовремя беременности. *Проб. биол. и мед.*, 2023; 1.1. (126): 224-226
6. Прилепская Е.А., Зайцев А.В., Тупикина Н.В. Роль междисциплинарного подхода в лечении

инфекции нижних мочевых путей. *Медицинское обозрение* 2014;27:1954-1962.

7. Ризаев Ж. А., Хусанбаева Ф. А. Study of oral immunity factors in patients with chronic kidney disease // *Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований.* – 2022. – Т. 3. – №. 3.
8. Хусанбаева Ф. А., Ризаев Ж. А. Распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний у пациентов с ХБН в Узбекистане // *Conferences.* – 2022. – С. 145-147.
9. Matuschek E, Brown D F Kahlmeter G. Development of the EUCAST disk diffusion antimicrobial susceptibility testing method and its implementation in routine microbiology laboratories. *Clin. Microbiol. and Infect.* 2014;20(4):255-266.
10. McIsaac W.J., Moineddin R., Meaney C., Mazzulli T. Antibiotic-resistant Escherichia coli in women with acute cystitis in Canada. *Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol.* 2013;24(3):143-149.
11. Owrangi B., Masters N., Kuballa A., O’Dea C., Vollmerhausen T.L., Katouli M., Invasion and translocation of uropathogenic Escherichia coli isolated from urosepsis and patients with community-acquired urinary tract infection. *Eur. J. Clin Microbiol Infect Dis.* 2018;37(5):833-839.
12. Sherrard J., Wilson J., Donders G. et al. European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *Int J STD AIDS.* 2018;29(13):1258-1272.
13. Thomas-White K., Forster S.C., Kumar N., Van Kuiken M., Putonti C., Stares M.D., Hilt E.E., Price T.K., Wolfe A.J., Lawley T.D. Culturing of female bladder bacteria reveals an interconnected urogenital microbiota. *Nat Commun.* 2018;9(1):1557.
14. Wang Z., Fu L., Xiong Z. et al. Diagnosis and microecological characteristics of aerobic vaginitis in outpatients based on preformed enzymes. *Taiwanese J. Obstet. Gynecol.* 2016;55(1):40-44.

ПАРАЛЛЕЛЬНОЕ МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ И ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН

Аллазов С.А.

Резюме. Изучена дифференциальная диагностика и патогенетическое лечение урогенитальной инфекции (УГИ), не передающейся половым путем у женщин. Показано значение и эффективность параллельного местного лечения УГИ у женщин. Доказано преимущество применения с этой целью антисептического препарата "Декасан" при одновременной инстилляций уретры и мочевого пузыря, а также преддверия и влагалища у женщин.

Ключевые слова: женщина, УГИ, не передающаяся половым путем.