

ОСОБЕННОСТИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

В. Максимов¹, доктор медицинских наук,
С. Яровой^{1,2}, доктор медицинских наук,
М. Странадко¹, **О. Мисякова**¹, **А. Прохоров**¹

¹Городская клиническая урологическая больница № 47, Москва

²НИИ урологии Минздравсоцразвития России

E-mail: gklub 47@mosgorzdrav.ru

Приведены результаты ретроспективного анализа урологической помощи 352 ВИЧ-инфицированным больным в городской клинической урологической больнице № 47 Департамента здравоохранения Москвы за период с июня 1996 г. по май 2011 г. Выявленная предрасположенность к острым инфекционно-воспалительным заболеваниям органов мошонки является особенностью ВИЧ-инфицированных пациентов. Проведен анализ эффективности антибактериальных препаратов основных фармакологических групп в лечении неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, острый простатит, острый пиелонефрит, острый эпидидимит, эмпирическая антимикробная терапия.

Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), стала одной из наиболее важных проблем здравоохранения, как в России, так и во всем мире. Несмотря на все усилия эпидемиологов и организаторов здравоохранения, число ВИЧ-инфицированных прогрессивно растет [2]. Если 15–20 лет назад вопросами оказания им специализированной медицинской помощи занимались главным образом инфекционисты, при необходимости вызывая консультантов, то в настоящее время актуальна монопрофильная, в том числе и урологическая, медицинская помощь ВИЧ-инфицированным.

Департамент здравоохранения Москвы 28.06.1996 издал приказ № 404 «О дополнительных мерах по совершенствованию профилактики ВИЧ-инфекции в г. Москве», согласно которому городская клиническая урологическая больница № 47 оказывает специализированную урологическую помощь ВИЧ-инфицированным. В первые годы число поступающих в больницу ВИЧ-инфицированных пациентов было невелико. Так, первый такой больной поступил в клинику в 1998 г., т.е. спустя 2 года с момента выхода приказа. В дальнейшем на протяжении 7 лет на 7000–7500 госпитализаций в год приходилось не более 15 ВИЧ-инфицированных, что не представляло сколько-нибудь значимой проблемы. Серьезный интерес к ней появился только в 2009–2010 гг., когда популяция ВИЧ-инфицированных выросла настолько, что обращаться за стационарной урологической помощью они стали регулярно и их число составило 60–70 в год. В результате каждый врач клиники в среднем за год пролечивал, в том числе и хирургическими методами, не менее 2 ВИЧ-инфицированных.

Одновременно стала возможной и ситуация, при которой ВИЧ-инфицированного пациента по витальным показаниям можно госпитализировать в другую урологическую клинику. Современное законодательство обязывает специализированные отделения оказывать экстренную урологическую помощь всем больным независимо от наличия у них сопутствующих заболеваний. Поэтому в современных условиях вопрос о лечении ВИЧ-инфицированного пациента может встать перед любым практикующим врачом-урологом.

Нами накоплен достаточно большой клинический материал (352 пациента) по проблеме урологических заболеваний на фоне ВИЧ-инфекции, что позволяет делать обобщения и выводы.

АНАЛИЗ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Изучены статистические данные за 2007–2009 гг., когда произошел резкий рост числа этих больных (рис. 1) – пролечено 153 ВИЧ-инфицированных пациента с урологическими заболеваниями. Основная причина их обращения за стационарной урологической помощью – острые инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов (59,5% обращений). При этом острые воспалительные поражения почек и мужских половых органов встречались примерно с одинаковой частотой: 26,8 и 32,7% случаев соответственно. Существенное место (23,5%) в структуре урологической заболеваемости этих больных занимала мочекаменная болезнь без клинических проявлений острого воспалительного процесса (почечная колика).

Несмотря на доказанное увеличение частоты новообразований на фоне иммунодефицита, опухоли органов мочеполовой системы (как доброкачественные, так и злокачественные) у ВИЧ-инфицированных встречаются нечасто. Доля аденомы предстательной железы (ПЖ) составляет всего 2,6%. Рак мочевого пузыря и ПЖ на фоне ВИЧ-инфекции представлен единичными наблюдениями. Низкая 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 продолжали принимать наркотические средства вплоть до момента госпитализации) [2, 5].

Важно, что 92,2% пациентов были госпитализированы по экстренным показаниям с экстренной урологической патологией. В плановом порядке госпитализировано всего 12 (7,8%) человек. Показаниями к плановой госпитализации послужили мочекаменная болезнь, аденома ПЖ, гидронефроз, которые при определенных условиях (острая задержка мочеиспускания, гематурия) также могут причиной экстренной госпитализации.

Учитывая высокую социальную значимость и недостаточную изученность заболеваний нижних мочевыводящих путей и мужских половых органов на фоне ВИЧ-инфекции, целесообразно подробнее остановиться на них.

С 1996 г. по май 2011 г. урологическая помощь была оказана 159 ВИЧ-инфицированным с этими видами патологии.

Распределение урологических нозологий в изучаемой группе пациентов принципиально отличается от такового в общей популяции. У ВИЧ-инфицированных доминировали острые инфекционно-воспалительные

заболевания органов мошонки (51% поступивших, что в 2,15 раза превышало частоту острого простатита – 23,7%) – рис. 2. Согласно нашим данным за 2010 г. в общей популяции частота «первичного», т.е. не связанного с инвазивными вмешательствами, острого простатита в 2,7 раза превышала частоту «первичного» острого эпидидимита и орхоэпидидимита вместе взятых. Таким образом, можно говорить о склонности ВИЧ-инфицированных к острым инфекционно-воспалительным заболеваниям мошонки. Целесообразно обратить внимание и на сравнительно небольшой вклад острого цистита в структуру урологической заболеваемости на фоне иммунодефицита, обусловленного ВИЧ.

На рис. 3. отражена динамика поступления ВИЧ-инфицированных больных в связи с наиболее актуальными у них видами урологической патологии, наглядно демонстрирующая отмеченные ранее тенденции: число ВИЧ-инфицированных, нуждающихся в урологической помощи, растет главным образом за счет острых инфекционно-воспалительных нозологий – пиелонефрита, эпидидимита и эпидидимоорхита, в меньшей степени – простатита.

Таким образом, основной подход к лечению урологических больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией – назначение адекватной эмпирической антимикробной терапии и оказание экстренной хирургической помощи.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПО СТАДИЯМ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Вопрос о взаимосвязи между стадией ВИЧ-инфекции и особенностями течения урологических заболеваний все еще остается дискуссионным. 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» [2]. Упомянутые автором «определенные клинические формы» носят название определенно индикаторных для СПИДа болезней. Урологические заболевания в данный список не входят. Однако для практической работы необходимо знать, что «Клиническая классификация ВИЧ-инфекции», предложенная В. И. Покровским (1989), относит «по-

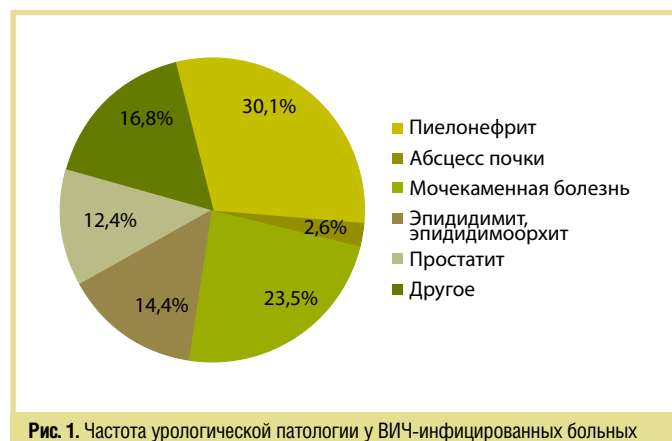


Рис. 1. Частота урологической патологии у ВИЧ-инфицированных больных

вторные или стойкие бактериальные поражения внутренних органов без диссеминации» к стадии ЗБ, а при наличии генерализации – к стадии ЗВ.

Урологических пациентов, у которых ВИЧ-инфекция находилась в инкубационном периоде и острой фазе (стадии I и IIa), мы не наблюдали. У основной массы ВИЧ-инфицированных, обратившихся за стационарной урологической помощью, была бессимптомная фаза (стадия IIб) и стадии вторичных проявлений (IIIa и IIIб) – 43,9; 26,7 и 20,2% больных соответственно. Пациенты в терминальной состоянии, имевшие диссеминированные микробные или опухолевые поражения, обусловленные тяжелым иммунодефицитом (стадии IIIв и IV), в поле зрения уролога попадали редко (7,8 и 0,8% от общего числа поступивших ВИЧ-инфицированных соответственно).

Таким образом, не менее 46,9% обратившихся за урологической помощью ВИЧ-инфицированных пациентов имели выраженный, но нетерминальный, нефатальный иммунодефицит (стадии IIIa и IIIб), который влиял на характер течения урологических заболеваний, особенно инфекционно-воспалительных поражений органов мочеполовой системы. Существенная часть пациентов с ВИЧ-инфекцией III стадии получают специфическую антиретровирусную терапию; этим препаратам свойственно большое число лекарственных взаимодействий, что также обязательно следует учитывать при лечении урологических заболеваний [4].

ЭМПИРИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

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 у значительной доли пациентов, которая является отдельным фактором риска развития гематогенных инфекций, в том числе и инфекций органов мочеполовой системы. Для любого выраженного иммунодефицита характерны микобактериозы, в том числе туберкулез, а также грибковые и вирусные поражения [2, 3, 5].

Таким образом, наиболее принципиальное требование к эмпирической антибактериальной схеме – широкий спектр действия. При этом если больной не при-

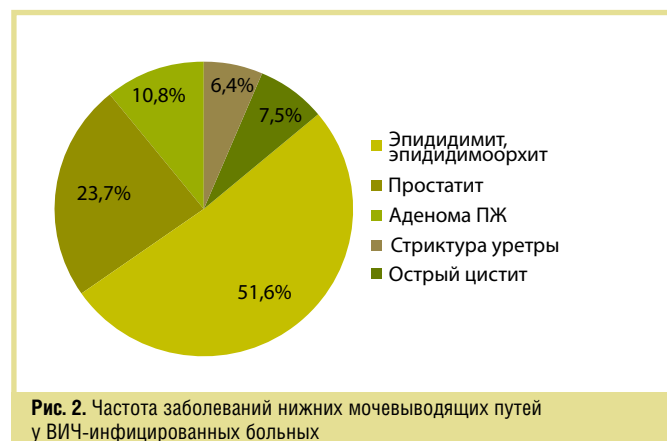


Рис. 2. Частота заболеваний нижних мочевыводящих путей у ВИЧ-инфицированных больных

нимал антибактериальные препараты в течение длительного времени, не подвергался оперативным вмешательствам и у него не применяли инвазивные методы исследования, наличие полирезистентной микрофлоры маловероятно.

Вопросы эмпирической терапии инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы на фоне ВИЧ-инфекции во многом остаются дискуссионными [4–6]. Отсутствие регламентирующей документации, а также принятого 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 можно применять при неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваниях у ВИЧ-инфицированных.

В исследование не включали лиц с сопутствующими инфекционно-воспалительными заболеваниями другой локализации, при которых требуется антибактериальная терапия, а также с тяжелыми гнойно-деструктивными поражениями, являющимися показаниями к немедленному хирургическому удалению органа.

За период с июня 1996 г. по май 2011 г. указанным критериям ответили 212 пациентов с пиелонефритом на фоне ВИЧ-инфекции, 28 – с простатитом и 54 – с острым эпидидимитом или эпидидимоорхитом.

Лекарственное средство считалось эффективным, если на фоне его применения удалось подавить активность инфекционно-воспалительного процесса и достичь излечения (снятия диагноза) при остром заболевании или ремиссии – при хроническом. При эмпирической антибактериальной терапии пиелонефрита на фоне ВИЧ-инфекции наиболее высокую эффективность продемонстрировали антибактериальные препа-

раты резерва – карбапенемы и антисинегнойные цефалоспорины (81,8 и 76,5% соответственно). Из нерезервных антибактериальных средств практически одинаково эффективными оказались фторхинолоны (70,7%) и комбинированная схема, включающая неантисинегнойный цефалоспорин III поколения+аминогликозид (69,4%). При монотерапии ингибиторозащищенными аминопенициллинами положительная динамика отмечена только у 61,9% пациентов. Результаты отдельного 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 аналогична: 100% – у карбапенемов, 83,3% – у антисинегнойных цефалоспоринов, 80% – у комбинированной схемы (неантисинегнойный цефалоспорин III поколения+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.

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. Антисинегнойные цефалоспорины имеют эффективность, практически равную таковой у фторхинолонов и ингибиторозащищенных аминопенициллинов (68,8; 70 и 66,7% соответственно). Использование антибактериальных средств других групп приводит к положительной динамике еще реже – в 45,5% случаев при одновременном применении неантисинегнойных цефалоспоринов III поколения и аминогликозидов,

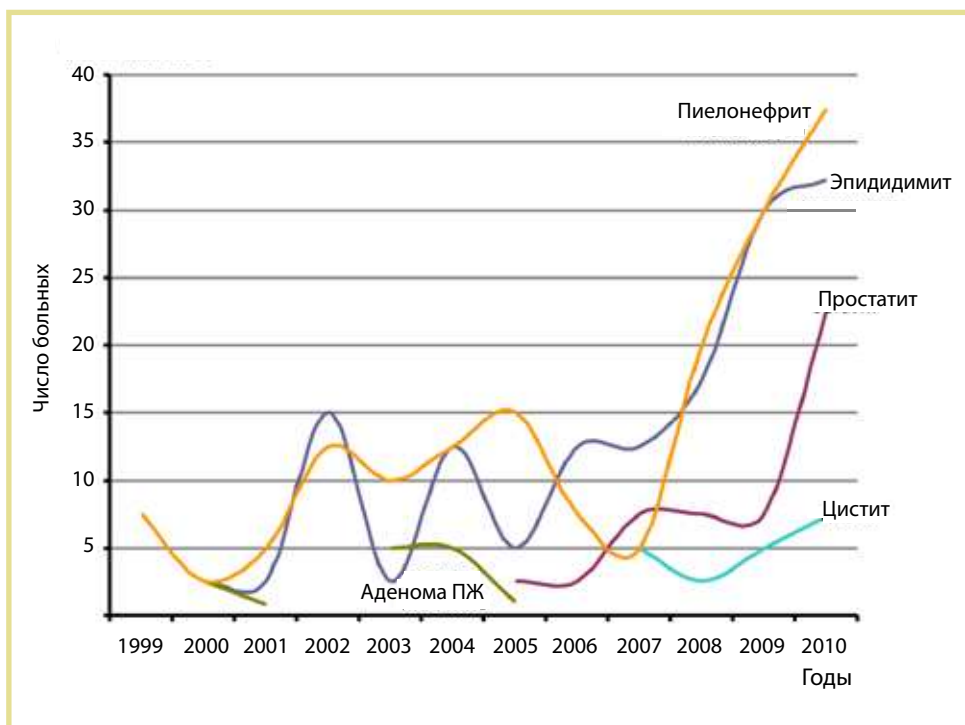


Рис. 3. Динамика поступления ВИЧ-инфицированных пациентов в ГКУБ № 47 за 1999–2010 гг.

в 37,5 и 50% случаев соответственно – при раздельном назначении вышеупомянутых антибиотиков. Анализ результатов лечения неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы на фоне ВИЧ-инфекции в целом подтверждает ранее выдвинутое предположение о необходимости назначения антибактериальных средств возможно более широкого спектра действия. Отдельные неудачи, наблюдавшиеся при стартовом применении карбапенемов и антисинегнойных цефалоспоринов, по всей вероятности, связаны с энтерококковой инфекцией. Вместе с тем широкое их применение нецелесообразно по эпидемиологическим соображениям – из-за необходимости предотвращения селекции госпитальных полирезистентных штаммов возбудителей [3]. Неприемлемо низкая эффективность антиграмотрица-

тельных препаратов (неантисинегнойных цефалоспоринов и особенно аминогликозидов) также наводит на мысль о частом наличии грамположительной инфекции.

Из нерезервных препаратов удовлетворительный эффект продемонстрировали фторхинолоны и сочетание неантисинегнойных цефалоспоринов с аминогликозидами. В обоих случаях, несмотря на ярко выраженную антиграммотрицательную направленность, наблюдается клинически значимая активность в отношении грамположительной флоры: в отношении стафилококка — у фторхинолонов, в отношении стрептококка и в меньшей мере — стафилококка — у комбинированной схемы (в последнем случае отмечается эффект синергизма 2 препаратов) [3].

Отсутствие явных преимуществ фторхинолонов перед β-лактамами позволяет предположить незначительный вклад внутриклеточных возбудителей в структуру экстренной урологической заболеваемости на фоне ВИЧ-инфекции.

Теоретически еще более эффективным должно быть одновременное назначение ингибиторозащищенных аминопенициллинов и аминогликозидов, особенно амикацина. В спектр их действия входит практически вся негоспитальная флора — как грамположительная, так и грамотрицательная. Однако, на наш взгляд, основная ценность ингибиторозащищенных аминопенициллинов для урологической клиники заключается в их высокой активности в отношении энтерококка, который иногда выступает в роли возбудителя суперинфекции, особенно у пациентов в тяжелом состоянии и с осложненной патологией. Поэтому от широкого применения ингибиторозащищенных аминопенициллинов в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы целесообразно воздержаться.

Несмотря на достаточно большой объем проанализированной информации, давать какие-либо практические рекомендации, на наш взгляд, пока преждевременно. Необходимо изучить эффективность антибактериальной терапии при разной выраженности иммунодефицита. Не исключено, что оптимальные схемы лечения урологических заболеваний

будут изменяться в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции. Работы в этом направлении уже ведутся, их результаты найдут отражение в последующих публикациях.

Литература

1. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману. — М.: Практика, 2006. — 1648 с.
2. Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000. — 489 с.
3. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии/под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. — Смоленск: МАКМАКС, 2007. — 464 с.
4. Breyer B., Van Den Eeden S., Horberg M. et al. HIV Status is An Independent Risk Factor for Reporting Lower Urinary Tract Symptoms // J. Urology. — 2011; 185: 1710–1715.
5. Marin B., Thiebaut R., Bucher H. C. et al. Non-AIDS defining deaths and immunodeficiency in the era of combination antiretroviral therapy // Aids. — 2009; 23: 1743.
6. Wyatt M., Morgello S., Katz- Malamed R. et al. The spectrum of kidney disease with AIDS in the era of antiretroviral therapy // Kidney International. — 2009; 75: 428–434.

UROLOGIC CARE FOR HIV-INFECTED PATIENTS

V. Maksimov¹, MD; S. Yarovoy^{1,2}, MD; M. Stranadko¹, O. Misyakova¹, A. Prokhorov¹

¹City Clinical Urology Hospital Forty-Seven, Moscow

²Research Institute of Urology, Ministry of Health and Social Development of Russia

The paper presents the results of a retrospective analysis of urologic care for 352 HIV-infected patients at City Clinical Urology Forty-Seven, Moscow Healthcare Department, in June 1996 to May 2011. The found predisposition to acute infectious and inflammatory diseases of the scrotal organs is a specific feature of HIV-infected patients. The efficacy of antibacterial drugs from major pharmacological groups in treating nonspecific infectious and inflammatory diseases of the urinary tract is analyzed.

Key words: HIV infection, acute prostatitis, acute pyelonephritis, acute epididymitis, empiric antimicrobial therapy.

Журнал «Медицинская сестра» — издание, необходимое руководителям медицинских учреждений — главным врачам, их заместителям по сестринскому персоналу, специалистам-практикам, преподавателям и студентам всех медицинских образовательных учреждений

Подписаться можно с любого месяца

Полугодовой подписной индекс:

по каталогу «Роспечать» — 47989

по каталогу «Пресса России» — 44463

по каталогу «Почта России» — 73257

Подписка на электронную версию журнала на сайте www.rusvrach.ru

**ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»**

