

22,5±3,1%, $p < 0,001$). У період з 6-го по 19-й день ОМЦ ГНЦ майже у 9 разів частіше виникає за наявності хронічних запальних хвороб органів малого таза ($15,2 \pm 2,7\%$ проти $1,7 \pm 1,0\%$, $p < 0,001$). Це свідчать, що ХЗХОМТ реалізують свій патогенетичний потенціал й поза межами періоду, в який ризики виникнення або загострення ГНЦ є максимальним для жінок репродуктивного віку.

Висновки. У цілому отримані результати дають змогу стверджувати, що період з 20-го по 5-й день ОМЦ, який об'єднує гестагенову та менструальну фази, є найбільш небезпечним для

виникнення ГНЦ, незалежно від наявності або відсутності супутньої інфекційно-запальної гінекологічної патології. Це дає можливість по-новому оцінити принципи профілактики даного захворювання у жінок репродуктивного віку. На наш погляд, саме в цей період доцільно призначати протирецидивні курси антибактеріальної та імунокорегуючої терапії хворим на ГНЦ та у поєднанні з ХЗХОМТ. Подібний підхід дозволить підвищити ефект протирецидивної терапії та зменшити соціально-економічні втрати, пов'язані з лікуванням та реабілітацією жінок репродуктивного віку.

Адреса для листування

П.О. Самчук
E-mail: doctorspa@ukr.net
Тел.: +380979518675

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО НЕУСКЛАДНЕНОГО ПІЄЛОНЕФРИТУ У ХВОРИХ ЗА НАЯВНОСТІ ЗБУДНИКІВ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ РІЗНОЇ ТАКСОНОМІЧНОЇ НАЛЕЖНОСТІ

С.П. Пасечніков, М.В. Мітченко, А.В. Руденко

ДУ «Інститут урології НАМН України»

Гострий пієлонефрит за частотою займає друге місце після запальних захворювань органів дихання і складає 14% всіх захворювань нирок. Жіночі статеві шляхи, є одним із джерел інфікування сечових шляхів, а ІПСШ – чинниками запалення сечових і статевих шляхів.

Мета дослідження: з'ясувати питому вагу інфікованості біоматеріалу із сечовивідних та статевих шляхів збудниками різної таксономічної належності та визначити їх вплив на перебіг гострого неускладненого пієлонефриту (ГНП) у жінок репродуктивного віку.

Обстежено та проліковано 246 жінок репродуктивного віку від 18 до 49 років, хворих на ГНП. Діагностику проводили згідно з вітчизняним та міжнародним протоколами ведення хворих на гострий пієлонефрит. Комплексне мікробіологічне дослідження включало посіви не тільки сечі, а й зіскрібків слизової сечівника, цервікального каналу та мазків із піхви. Додатково хворі були обстежені гінекологом.

З урахуванням анамнезу хворі були розподілені на 3 групи. І групу склали пацієнтки,

що вперше хворіли на гострий неускладнений пієлонефрит, у тому числі – із супутнім гострим циститом; II групу – жінки з вперше діагностованим ГНП та хронічним рецидивуючим циститом; III групу – жінки з діагнозом рецидивуючого ГНП.

Аналізували наступні клінічні та лабораторні показники: гіпертермія, дизурія, лейкоцитурія, лейкоцитарний показник. Отримані дані були формалізовані і, залежно від результату, виділені три варіанти клінічного перебігу: легкий, середньої важкості та важкий.

За результатами мікробіологічної діагностики, в залежності від виявлених в сечових шляхах збудників різної таксономічної належності, хворі були розподілені на 4 групи. В I групу увійшли жінки, у яких виявлялись тільки класичні бактерії; в II групу – хворі, в сечі та зіскрібках сечівника яких виявлені бактерії разом з молікутами – мікоплазмами та уреоплазмами; в III групу – жінки з наявністю тільки молікутів. У хворих IV групи не було виявлено вищевказаних збудників.

Всі пацієнтки, відповідно до протоколу ведення хворих на ГП, отримували невідкладну «стартову» антибактеріальну терапію, яка призначалася емпірично. Перші 5 діб застосовували цефтриаксон або інший цефалоспорин третього покоління та фторхінолони – ципрофлоксацин або левофлоксацин. Надалі залишали фторхінолоновий препарат протягом 10–15 діб.

Загальна інфікованість урогенітального тракту обстежених жінок становила 94,3%. Сечові шляхи були інфіковані у 91,9% хворих, статеві – у 81,7%. Важливо наголосити, що збіг видового спектра збудників в сечових і статевих шляхах склав 80,9% випадків.

При аналізі інфікованості сечових шляхів у хворих різних груп відповідно до анамнезу, спектр збудників був майже однаковим. Оцінка інфікованості хворих встановила суттєве збільшення питомої ваги асоціацій бактерій з молікутами при зростанні ступеня важкості перебігу запального процесу. Для пацієнток з легким перебігом було характерним виділення з біоматеріалу сечових шляхів бактерій і молікутів в монокультурі – 33,3 та 42,8% відповідно, а мікстинфекція спостерігалася як виключення – у 8,5%. Більш детальний аналіз легкого перебігу гострого пієлонефриту показав, що для носіїв моноінфекції молікутів характерним був торпідний та затяжний перебіг.

Важливим був розгляд окремих симптомів і лабораторних показників. Оцінка проводилася за тими ж клініко-мікробіологічними паралелями. Висхідний механізм розповсюдження сечової інфекції вважається одним з основних у патогенезі ГНП. Дизуричні прояви, що свідчать про наявність гострого циститу, документовано у 67,9% пацієнток. Дизурія найбільш характерна для легкого перебігу ГНП і документована у 78,1% хворих проти 52,9% випадків з важким перебігом. Залежності частоти дизурії від результатів мікробіологічної діагностики не виявлено.

Адреса для листування

М.В. Мітченко
E-mail: kulibasukr@ukr.net
Тел.: +380674984304

Важливим показником для оцінки лабораторних даних є лейкоцитурія. Достовірні відмінності за її абсолютним значенням були засвідчені за показником інфікованості між групою «бактерії та молікути в асоціації» та групою – «моноінфекція обумовлена молікутами» – 106 проти 79 лейкоцитів у полі зору. Найчастіше невисокі значення лейкоцитурії зустрічались у пацієнтів, інфікованих лише молікутами, порівняно з групою, де були виявлені класичні бактерії, та групою з мікст-інфекцією.

Важливі клінічні висновки отримано при розгляді лейкоцитарного показника гемограми, що є добутком рівня лейкоцитів крові та питомої ваги незрілих форм нейтрофілів. Найбільша кількість випадків з високим лейкоцитарним показником, який перевищив 120 у.о., що відповідає гнійній стадії ГНП, спостерігалася серед хворих з мікст-інфекцією. Вони склали дві третини хворих з високим лейкоцитарним показником. А серед тих, що були інфіковані лише класичними бактеріями, таких хворих було менше майже втричі.

Висновки. Інфікованість сечових та статевих шляхів у жінок репродуктивного віку мікст-інфекцією класичних бактерій та молікутів обтяжувала перебіг ГНП та сприяла більш інтенсивним та тривалим клінічним проявам останнього. Серед хворих, інфікованих лише молікутами, достовірно переважав легкий перебіг ГНП. Інфікованість сечових шляхів молікутами достовірно частіше супроводжувалась невисоким рівнем лейкоцитурії, порівняно з інфікуванням бактеріями або поєднаною інфекцією бактерій та молікутів. За оцінкою лейкоцитарного показника визначено низький відсоток жінок, хворих на гнійну стадію ГНП на тлі рецидивуючого хронічного циститу, що майже виключає можливість гнійної стадії запалення у цієї категорії хворих. Мікст-інфекція бактеріями та молікутами у хворих на ГНП, несе загрозу розвитку гнійної стадії ГП.