

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ УРЕТРИТ У МУЖЧИН: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Хилькевич Н.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Проведено наблюдение 37 мужчин, которым был выставлен диагноз «идиопатический» уретрит. При комплексном обследовании у них отсутствовали инфекции *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, а также *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*. Микробный состав у них был представлен условно-патогенными микроорганизмами *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli* и другими в различных сочетаниях. Проведенное всем пациентам лечение фторхинолоновыми антибиотиками, к которым микробиологическое тестирование показало наибольшую чувствительность, оказалось эффективным в 82,9% случаев. У 56,8% пациентов с идиопатическим уретритом отмечен неблагоприятный урологический анамнез: предшествовавшие заболевания мочевыводящих путей, эндоскопические вмешательства, неоднократные безуспешные курсы лечения и др.

Ключевые слова: уретрит, диагностика, лечение, фторхинолоны.

IDIOPATHIC URETHRITIS IN MEN: DIAGNOSTICS AND TREATMENT

Khilkevich M.

There has been conducted an observation of 37 men with the diagnosis "idiopathic urethritis". A complex examination showed they had no infection *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, as well as *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis*. Their microbial structure was represented by opportunistic microorganisms *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli* and others in different combinations. The treatment applied to all the patients with fluoroquinolons to which the microbiologic testing was the most sensible, proved effective in 82, 9% of cases. In 56, 8% of patients with idiopathic urethritis there has been stated an unfavorable urologic anamnesis: the previous illnesses of urinary tract, endoscopic interventions, repeated and unsuccessful courses of treatment and so on.

Key words: urethritis, treatment, fluoroquinolons.

Как правило, развитие воспалительных поражений дистальных отделов мочеполового тракта связано с инфицированием возбудителями, передаваемыми половым путем (ИППП). Об этом свидетельствуют многочисленные научные исследования и имеющиеся руководства [1,2]. Однако в практической

работе многие врачи нередко сталкиваются со случаями, когда при наличии клиники уретрита, простатита, эпидидимита и проч., у данных пациентов основные «классические» возбудители ИППП не выявляются. В медицинской литературе можно встретить определение «идиопатический уретрит», критерием постановки подобного диагноза обычно является отсутствие у больных четырех инфекций: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и *Mycoplasma genitalium* [3,4]. Как возможные инфекционные причины в таких случаях рассматриваются различные условно-патогенные микроорганизмы, такие, как *E. coli*, *Klebsiella spp.*, *P. mirabilis*, *Staphylococcus spp.*, *Ureaplasma urealyticum*, *Pseudomonas aeruginosa* и другие [1-4].

Следует отметить, что публикации, касающиеся «неспецифических» инфекций мочевыводящих путей, посвящены большей частью женской патологии или тяжелых осложненных заболеваний мочевыводящей системы. Что же касается мужского контингента, то в основном литература посвящена лишь осложненным инфекциям репродуктивной системы и практически не затрагивает проблему неосложненных, в частности уретритов. В данном исследовании проанализированы случаи выявления уретритов у мужчин, при которых было исключено инфицирование мочевого тракта тремя инфекциями: *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis*. В данную группу также не включались пациенты с условно-патогенными инфекциями *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*. Исследование на *Mycoplasma genitalium* не проводилось.

Под нашим наблюдением было 37 пациентов мужского пола, у которых был выставлен диагноз идиопатический уретрит. Постановка диагноза уретрита основывалась на характерных клинических признаках (жалобы на дизурические расстройства, выделения из уретры и др.) и обнаружении повышенного лейкоцитоза в мазках из уретры. Микробиологическое обследование пациентов включало микроскопическое исследование на *Neisseria gonorrhoeae* и *Trichomonas vaginalis*, постановку прямой РИФ на хламидийный антиген, культуральное исследование на *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*, а также посев материала уретры на кровяной, желточно-солевой агар, среды Эндо и Сабуро. Последние исследования предполагали идентификацию выделенной микрофлоры и определение ее этиологически значимого количества. В случае выделения энтеробактерий, определение их видов проводилось с помощью предназначенных для этого стрипов. Посев материала уретры от одного больного осуществлялся с помощью стерильной бактериологической петли на одну стандартную чашку Петри (100 мм), в некоторых случаях одна чашка Петри использовалась для посева материала уретры от двух больных. В последнем случае при подсчете показателя КОЕ/мл полученные цифровые данные умножались на два. За этиологически значимые показатели принимались 10^4 КОЕ/мл и более для кокковых микроорганизмов и 10^3 и более - для палочковых. Оценка 10^4 устанавливалась в случае констатации роста более 100 микробных колоний из расчета на поверхность засеянной стандартной чашки Петри. Выделенная условно-патогенная микрофлора тестировалась на чувствительность к антибиотикам.

Из 37 обследованных пациентов, 14 ранее неоднократно обращались за медицинской помощью по поводу уретритов различной этиологии, получали курсы лечения преимущественно тетрациклиновыми и макролидными антибиотиками. У 4 имелись клинические признаки хронического простатита, у 11 были указания на перенесенный простатит в прошлом, по поводу которого назначалось лечение, и к моменту обследования признаков простатита не обнаруживалось. У 1 пациента имелись указания на перенесенный пиелонефрит и мочекаменную болезнь. 1 пациент указывал на проведение в прошлом эндоскопического вмешательства (цистоскопия). 5 мужчин указывали на ранее проводимые инстилляции в уретру различных медикаментозных препаратов, прижигание слизистой уретры растворами нитрата серебра. В целом, неблагоприятный урологический анамнез отмечен у 21 пациента (56,8%).

Данные микробиологического тестирования пациентов приведены в таблице.

Возбудитель	Количество	%	в т.ч. более 10^{3-4} КОЕ/мл	%
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	2,7	0	0
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	14	37,8	5	35,7
<i>Staphylococcus saprophyticus</i>	17	45,9	6	35,3
<i>Enterococcus faecalis</i>	4	10,8	2	50,0
<i>Micrococcus sp.</i>	1	2,7	0	0
<i>Escherichia coli</i>	2	5,4	1	50,0
<i>Corinebacterium sp.</i>	1	2,7	0	0
гр+ пал. недифф.	3	8,1	0	0

Как видно из таблицы, микробный состав уретры чаще всего был представлен кокковой микрофлорой, из энтеробактерий лишь дважды была выделена *Escherichia coli*. Возбудители встречались либо в виде моноинфекций, либо в сочетаниях. Что касается оценки значения выявленных условно-патогенных микроорганизмов, то это сделать проблематично, поскольку указанные микроорганизмы выделялись как в высокой, этиологически значимой контаминации, так и низкой.

С учетом высокой чувствительности выделенной микрофлоры к ципрофлоксацину/офлоксацину, для лечения пациентов были использованы фторхинолоновые антибиотики: офлоксацин – 16 человек, левофлоксацин – 9, моксифлоксацин – 2. Целесообразность назначения фторхинолонов мотивировалась также их высокой эффективностью в отношении возможного инфицирования *Mycoplasma genitalium*. Антибиотики назначались в стандартных терапевтических дозировках, продолжительность лечения составляла 10 суток. Из других препаратов некоторым больным назначались иммуномодуляторы, витамины; при простатите - ректальные свечи, физиотерапия. Решение о

назначении лечения половым партнерам принималось, в основном, гинекологом.

Результаты лечения показали хорошие результаты. Воспалительные изменения со стороны уретры полностью регрессировали у 33 пациентов (89,2%), что сопровождалось стойкой нормализацией лейкоцитоза в мазках. У 4 пациентов явления уретрита сохранялись, что потребовало изменения тактики лечения. В частности, симптоматика упорно протекающего уретрита наблюдалась у одного пациента с предшествовавшим эндоскопическим вмешательством, а также у пациента с диагнозом хронический пиелонефрит. Двое других больных также характеризовались неблагоприятным урологическим анамнезом, - неоднократно проводимыми ранее безуспешными курсами лечения.

Выводы:

1. Микробный состав уретры у пациентов с идиопатическим уретритом представлен разнообразной условно-патогенной микрофлорой, преимущественно кокковой, этиологическое значение которой достаточно трудно оценить в развитии воспалительной патологии.

2. У 56,8% пациентов с идиопатическим уретритом отмечается неблагоприятный урологический анамнез: предшествовавшие заболевания мочевыводящих путей, эндоскопические вмешательства, неоднократные безуспешные курсы лечения и др.

3. С учетом высокого уровня чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам фторхинолонового ряда, представляется целесообразным их широкое использование у данной категории пациентов.

4. Результаты лечения пациентов с идиопатическим уретритом фторхинолоновыми антибиотиками подтверждают их высокую результативность в плане реабилитации данной категории больных.

Литература.

1. Медицинская микробиология / Гл. ред. В.И.Покровский, О.К.Поздеев. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – С.618-623.

2. Страчунский Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – С. 285-289.

3. Bacterial vaginosis-associated bacteria in men: association of *Leptotrichia/Sneathia* spp. with nongonococcal urethritis / L.E.Manhart , С.М.Khosropour , С.Liu et al. // Sex. Transm. Dis. – 2013.- Vol.40, N12. – P.944-949.

4. Wetmore С.М., Manhart L.E., Golden M.R. Idiopathic urethritis in young men in the United States: prevalence and comparison to infections with known sexually transmitted pathogens // J. Adolesc. Health. – 2009.- Vol.45, N5. – P.463-472.

