

Устойчивый хронический уретрит. Концепция решения вопроса.

ГУ « Институт Урологии НАМН Украины».

Мигов В.Г.

I. По этиологии:

1. Инфекционные:

- | | |
|---------------------|--------------------|
| а) гонорейный; | е) микоплазменный; |
| б) трихомонадный; | ж) вирусный; |
| в) бактериальный; | з) микотический; |
| г) хламидийный; | и) вирусный; |
| д) уреаплазменной; | й) смешанные; |
| е) гарднерельозный; | |

2. Неинфекционные:

- а) травматический;
- б) аллергический;
- в) конгестивный.

- 1) передний;
- 2) задний;
- 3) тотальный.

II. По степени распространения:

III. По клиническому течению:

1. Свежий уретрит:

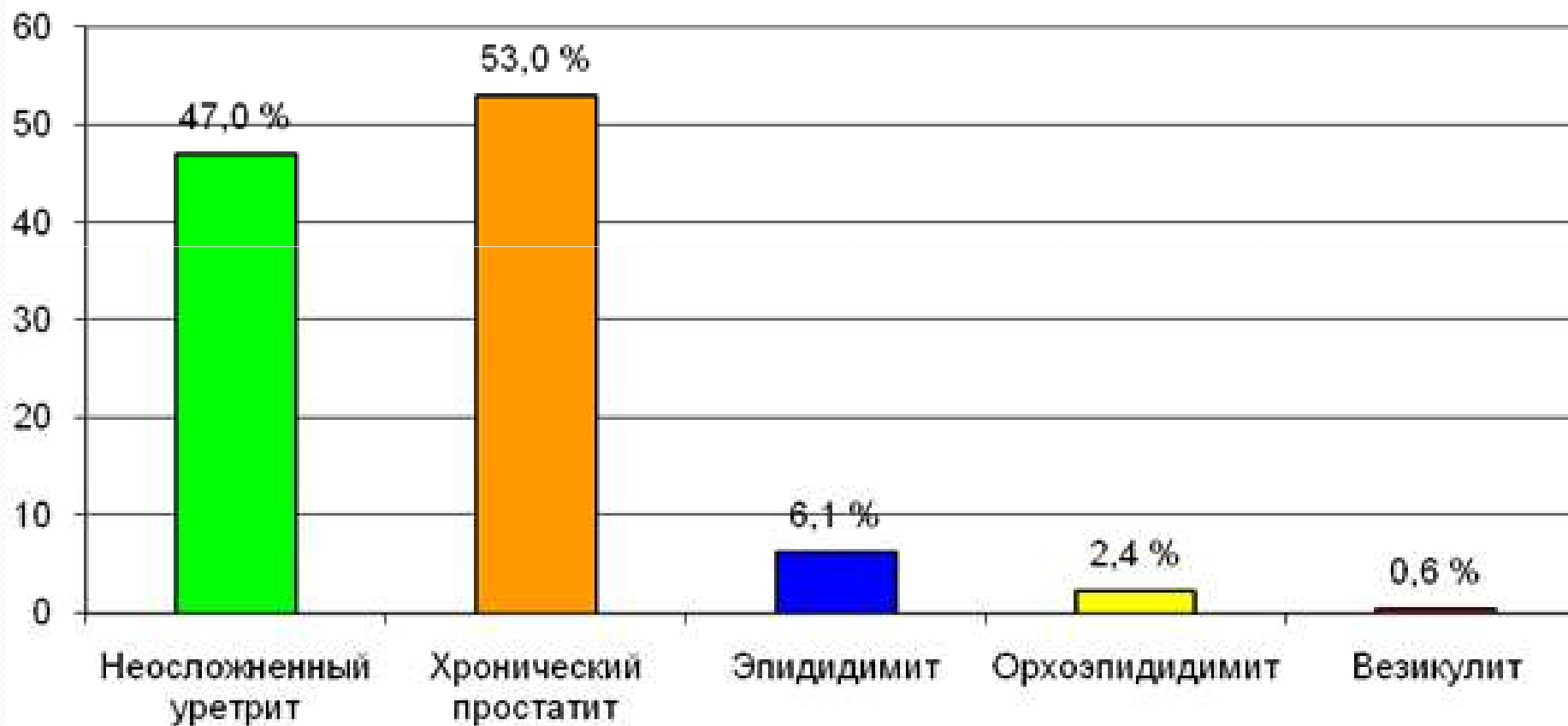
- а) острый;
- б) подострый;
- в) торпидный.

2. Хронический уретрит.

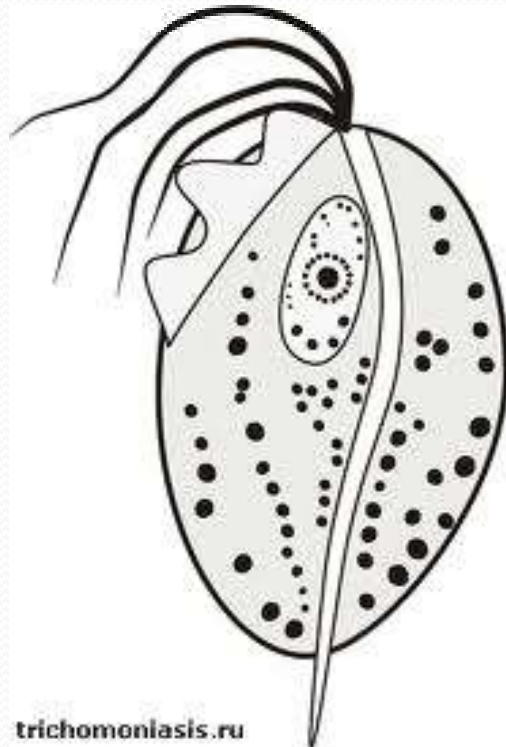
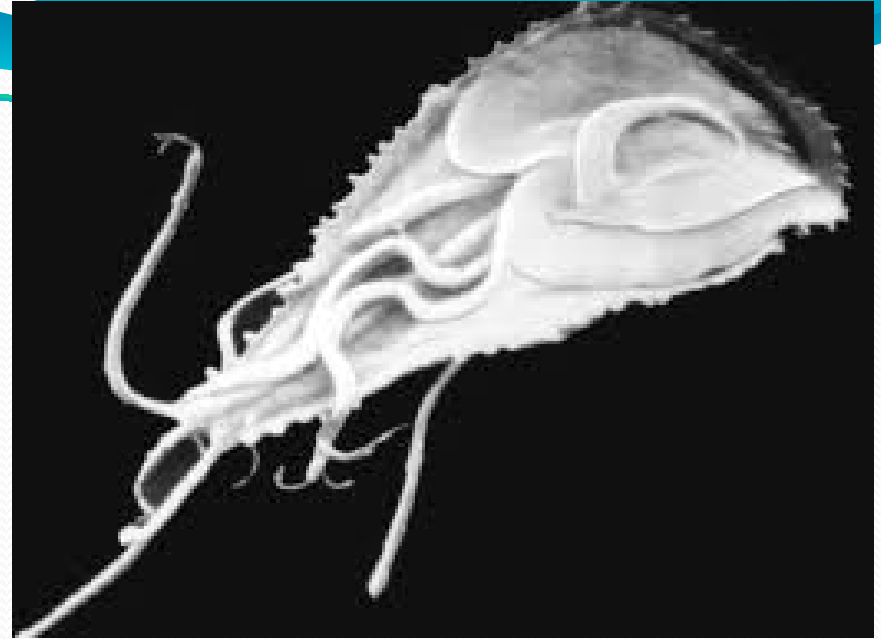
Хронический уретрит:

- **Неосложненный.**
- **Осложненный.**

Последствия (осложнения) уретрита



Ежегодно в мире ВОЗ регистрирует более **333 млн** новых случаев инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), из них на урогенитальный трихомониаз приходится более **170 млн** человек.



Трихомонаде присуще свойство незавершенного фагоцитоза.

Только в 10,5% трихомониаз протекает как моноинфекция.

В 89,5% случаев выявляются смешанные трихомонадные инфекции в различных комбинациях.

Микстинфекция при уретритах



Условнопатогенная микрофлора и уретрит:

- Enterococcus spp. – 26,8 %
- Streptococcus agalactiae – 15,9 %
- Gardnerella vaginalis - 14,6 %
- E. coli – 11,0 %
- Staphylococcus aureus - 10,3 %
- Ureaplasma urealyticum – 8,1%
- Mycoplasma hominis - 7,2 %
- Staphylococcus haemolyticus - 4,9 %
- Klebsiella spp - 1,2 %



По данным ВОЗ за 2009 год

Trichomonas vaginalis в 60% случаев резистентна к стандартным дозировкам препаратов нитроимидазолов. Все нитроимидазолы имеют аналогичные механизмы антимикробной активности, и, следовательно, выявляющаяся устойчивость влагалищных трихомонад к метронидазолу часто подразумевает наличие устойчивости возбудителя и к другим нитроимидазольным препаратам.

Устойчивость носит дозозависимый характер.

В подобных обстоятельствах для эффективного лечения требуется очень высокий токсичный уровень концентрации препарата.

Результат резистентности

- **Повторное лечение.**
- **Токсичные для организма дозировки препарата.**

У мужчин заболевание в большинстве случаев протекает бессимптомно.



Причины обращения пациентов к урологу:

Ухудшение эрекции.

Преждевременное семяизвержение.

Стертость оргазма.

Синдром хронической тазовой боли.

Экскреторно-токсическое бесплодие.

Гемоспермия.

Дизурия.

Направление гинеколога.

Диагностика уретрита

Пациентам проводится микроскопия уретральных выделений.

Соскоб на ПЦР.

Культуральное исследование уретральных выделений.

Анализ секрета простаты.

УЗИ органов малого таза.

При сомнительных результатах необходимо повторное исследование после провокации.

Принципы терапии:

Сочетание системной и местной терапии.

Физиотерапия.

Системная и местная ферменто и энзимотерапия.

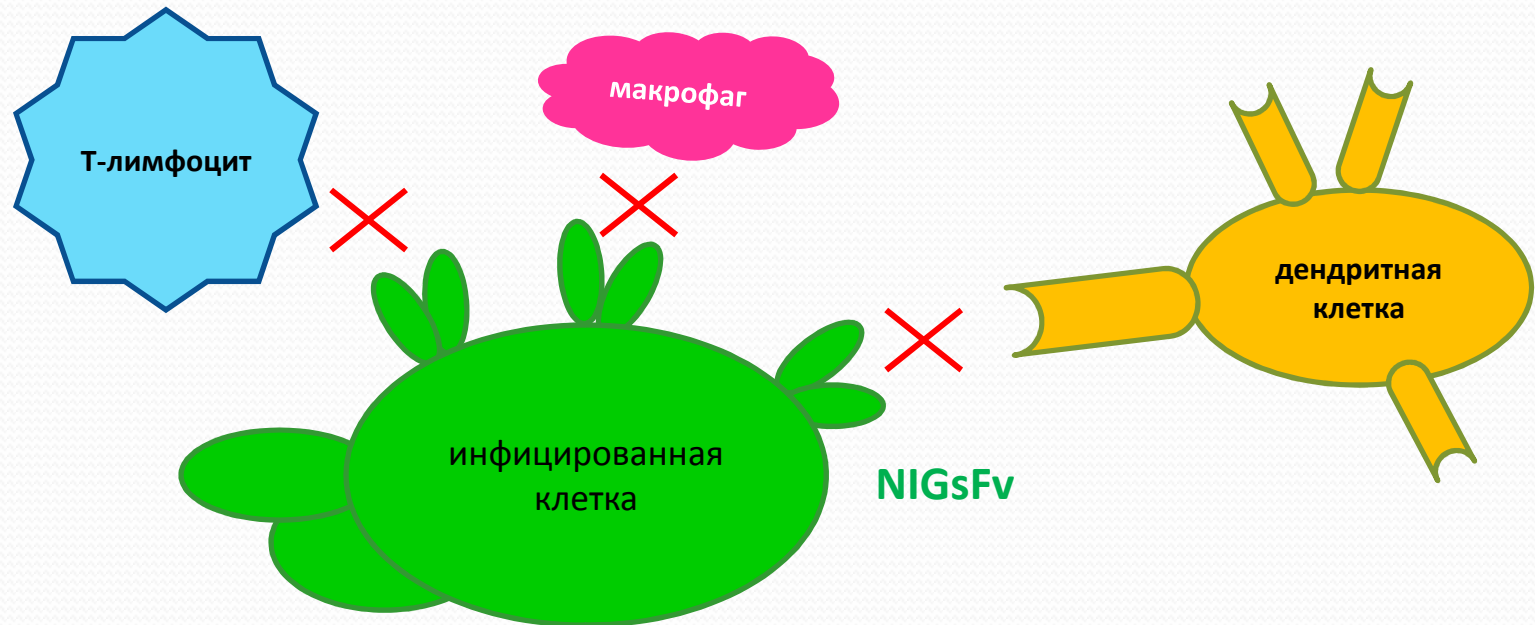
Назначение антибиотиков и фагов согласно данных культуральных исследований.

Иммунотерапия

**В чем причина частых рецидивов
и резистентности урогенитальных инфекций
к разным схемам терапии?**

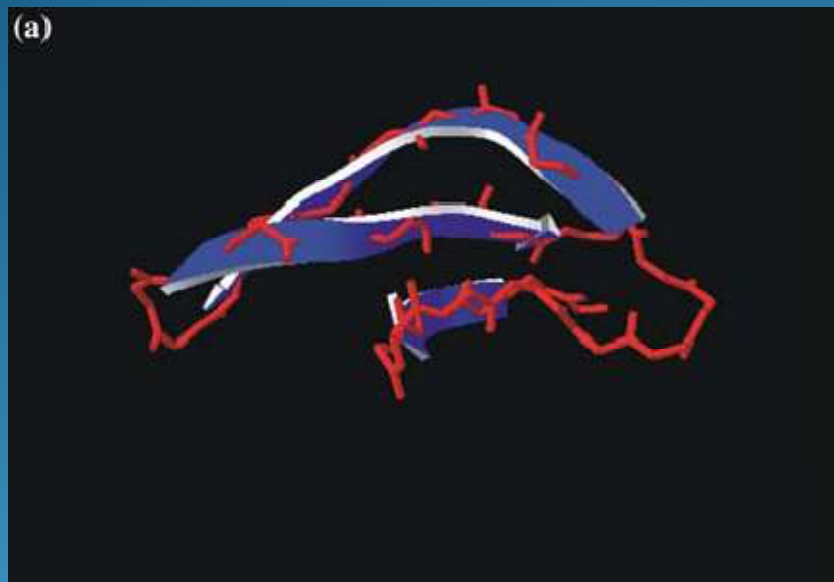
АНТИГЕНЫ ИНФИЦИРОВАННЫХ КЛЕТОК

состоят из иммуногенных (IGsFv) и неиммуногенных (NIGsFv) фрагментов

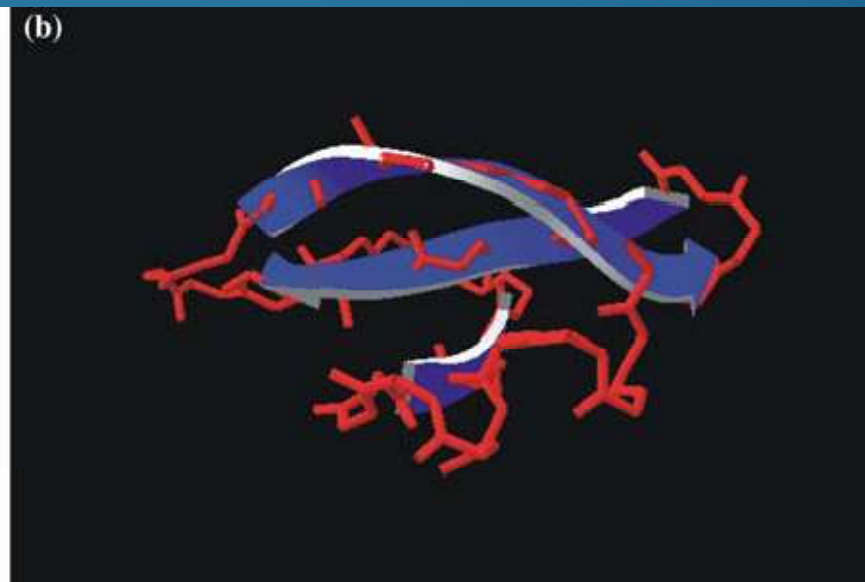


Неиммуногенные фрагменты не взаимодействуют с клетками иммунного надзора, что способствует хронизации инфекционного процесса и рецидивированию

**ПРОПЕС® – препарат регуляторных пептидов,
содержит альфа- и бета-дефенсины.**



дефенсин α



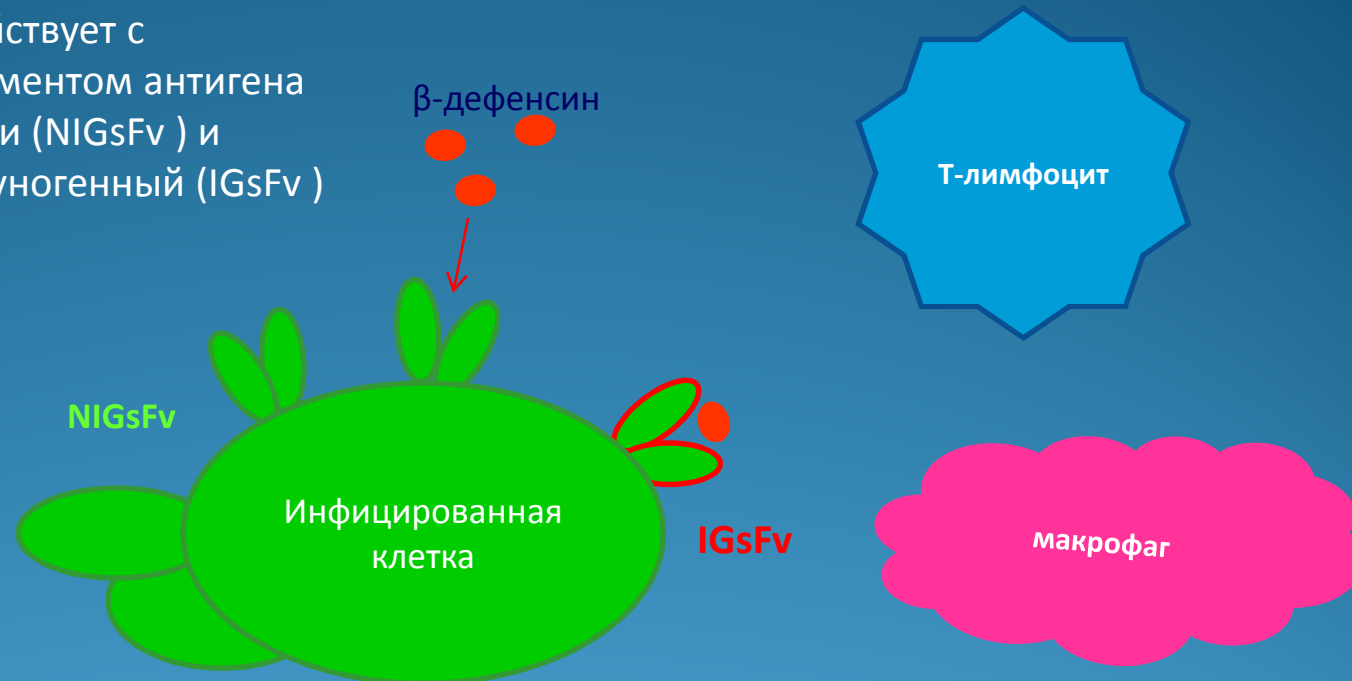
дефенсин β

ПРОПЕС®: БИОЛОГИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ



МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРОПЕСА®

β -дефенсин взаимодействует с неиммуногенным фрагментом антигена инфицированной клетки (NIGsFv) и преобразует его в иммуногенный (IGsFv)



В результате вирусы и инфицированные клетки подвергаются усиленному иммунному надзору и становятся уязвимыми для иммунокомпетентных клеток: макрофагов и Т-лимфоцитов

ПРЕИМУЩЕСТВО В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ

ПРОПЕС - ИММУНОКОРРЕКТОР ПОВЫШАЮЩИЙ
ИММУНОГЕННОСТЬ ИНФИЦИРОВАННЫХ КЛЕТОК, ЧТО ПРИВОДИТ
К ИХ АПОПТОЗУ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИММУННОГО НАДЗОРА



Нами проведено лечение 54 пациентов с хроническим устойчивым уретритом.

Критерием включения в исследование было наличие одного или нескольких курсов терапии, которые не привели к клинико-лабораторному выздоровлению.

Электрофорез уретральный

Метод эффективно сочетает в себе действие двух факторов – лекарственного вещества и гальванического электрического тока.

Лекарственные вещества вводимые трансуретрально поступают в ткани в активной форме в виде ионов через слизистые оболочки.

При помощи постоянного тока лекарственные вещества образуют в пораженном очаге депо препарата.

**Дополнительно к консервативной терапии
пациенты получали:**

Электрофорез уретральный:

- **Метронидазол 500 мг - 100,0**
- **Димексид 30% - 30,0**
- **Гепон (иммуномодулятор) – 2 мг.**

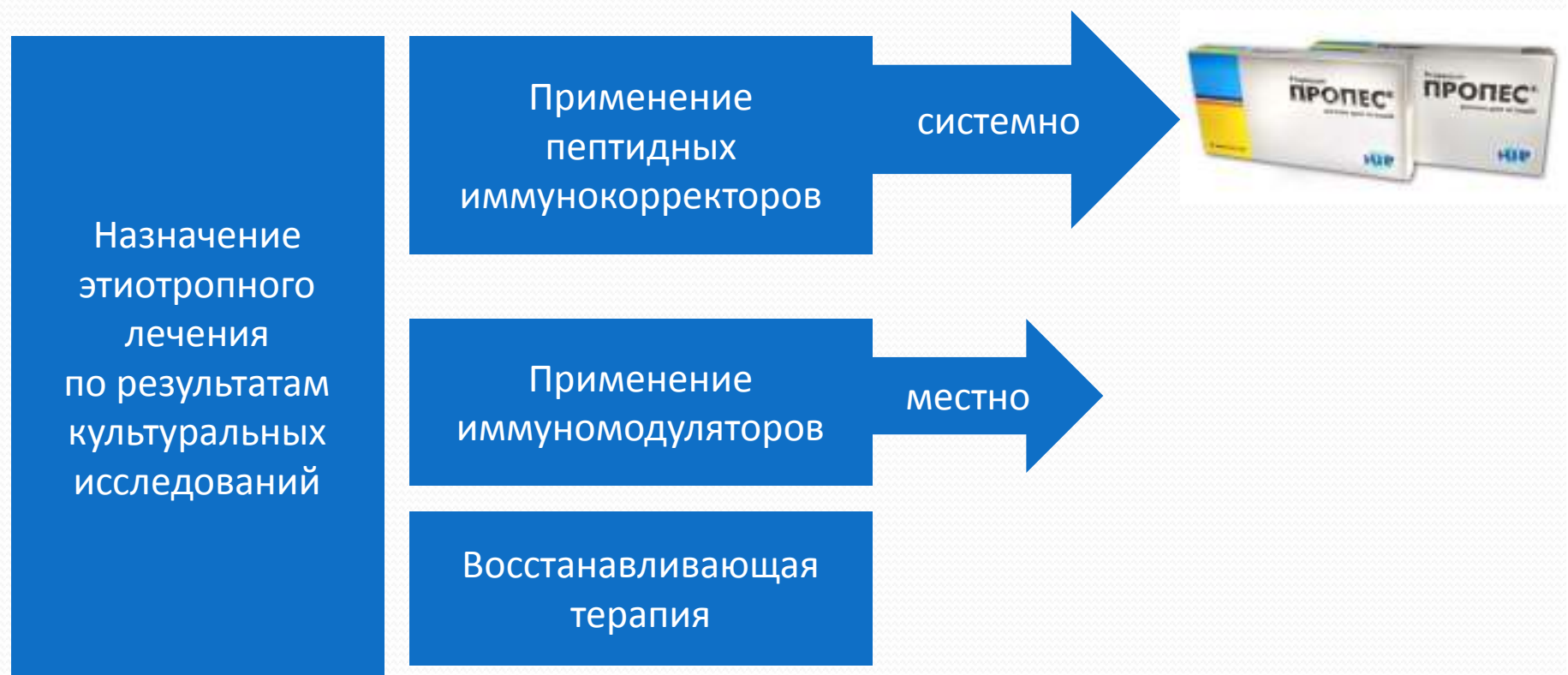


Результаты лечения

В результате проведенного лечения стойкая клинико-лабораторная ремиссия достигнута у 49 пациентов (90,7%).

Контрольное обследование проведено через 3 недели, 3 и 6 месяцев после окончания терапии.

Составляющие успешной терапии устойчивого уретрита





Благодарю за внимание