

Перспективы применения Монурала в гинекологической и урологической практике

И.А. Бабюк², П.Д. Цветкова¹, Е.Н. Борис², С.Н. Шамраев², И.Б. Рымарь², С.И. Найденко², О.В. Шашков², Н.В. Побережная²

¹ Софийский институт экспериментальной морфологии и антропологии

² Донецкий национальный медицинский университет

Представлен обзор литературы по клинике и лечению цистита. Обоснована рациональность применения препарата Монурал. Дана сравнительная характеристика Монурала и других препаратов. Отмечена эффективность терапии цистита при использовании препарата Монурал.

Ключевые слова: мочеполая система, цистит, эффективность лечения, Монурал.

Одной из актуальных проблем современной медицины являются воспалительные заболевания мочеполовой системы, которые чрезвычайно распространены, имеют тенденцию к росту заболеваемости, заметно ухудшают качество жизни пациентов, в ряде случаев могут приводить к серьезным осложнениям [3, 5].

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что у 5% женщин молодого возраста можно выявить бессимптомную бактериурию, что нередко приводит к возникновению рецидивирующего цистита. У женщин в возрасте 20–40 лет неосложненные инфекции нижних мочевых путей составляют 25–35%. Среди беременных до 4% переносят цистит, 1–2% – пиелонефрит. У женщин инфекции половых путей диагностируют примерно в 30 раз чаще, чем у мужчин. Однако после 50 лет ситуация постепенно выравнивается [3, 5]. Степень рецидивирования в течение года после перенесенного цистита может достигнуть – 30–40%. Указанные повторные инфекции при этом принято делить на два типа: истинно рецидивные и так называемые недовлеченные.

Основным проявлением острого цистита является частое, малыми порциями, болезненное, с ощущением рези и жжения мочеиспускание. Некоторые больные отмечают дискомфорт или боль внизу живота и повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Фебрильная температура тела нехарактерна для острого цистита. Практически у всех женщин при остром неосложненном воспалении нижних мочевыводящих путей диагностируют пиурию и бактериурию. Моча становится мутной, иногда с примесью крови, особенно в конце мочеиспускания.

Результаты многочисленных исследований убедительно свидетельствуют, что этиологическим фактором острого неосложненного цистита у женщин в 80–95% случаев является кишечная палочка *E.coli*, в 5–19% – *S.saprophiticus*, значительно реже – *P.mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Enterococci* [3, 4]. Способность штаммов *E.coli* к адгезии к клеткам уротелия, а также их высокая пролиферативная активность в моче играют важную роль в патогенезе острого неосложненного воспаления нижних мочевыводящих путей. Таким образом, характер микрофлоры, вызывающей острый цистит, и спектр ее антибактериальной чувствительности в подавляющем большинстве случаев предсказуем, что позволяет не ждать результатов посева мочи. Для установления диагноза и начала терапии достаточно оценить клинические симптомы и данные анализа мочи.

Другим важным моментом в правильной тактике ведения пациента с острым циститом является учет так называемой перекрестной резистентности штаммов возбудителя к традиционным уросептикам. То есть, прием средств народной медицины либо общепринятых антибиотиков может нивелировать симптоматику острого воспалительного процесса, но не излечить заболевание. Рутинный подход представляет серьезную опасность, особенно у лиц пожилого возраста, в плане развития ряда осложнений: формирования абсцесса почки, развития уросепсиса, бактериемии, бактериального шока. Поэтому важным аспектом амбулаторной помощи является не только установление диагноза, но и правильная оценка потенциальных опасностей того заболевания, с которым больной обращается к врачу [3, 4].

В последнее десятилетие отмечена возрастающая распространенность уропатогенных штаммов *E.coli*, устойчивых к широко используемым в настоящее время антибактериальным препаратам (33,3% – к ампициллину, 20,3% – к триметоприму, 18,4% – к тримоксазолу, 94,1% – нитроксолону). То есть, ампициллин, нитроксилин, сульфаниламидные лекарственные средства уже не являются препаратами выбора для лечения мочеполовых инфекций. В настоящее время наименьшая резистентность штаммов уропатогенных возбудителей установлена к фосфомицину трометамолу (Монуралу) и фторхинолонам [5]. Однако последние часто влияют на развитие побочных эффектов. J.V.J. Воегма и соавторы (2000) указывают, что однократное применение Монурала (3 г) в сравнении с приемом норфлоксацина в течение 7 дней дают приблизительно одинаковый процент (92% и 96%) клинического излечения, тогда как эрадикация инициального инфекционного агента соответственно составила 98% и 96%. К. Набер (2008) считает, что самый низкий уровень резистентных штаммов к Монуралу (фосфомицину) объясняется тем, что данный антибиотик весьма эффективен в лечении бактериального цистита в монодозе (3 г).

Беременным фторхинолоны и тетрациклины не рекомендованы из-за возможного развития серьезных побочных действий и аномалий плода, использование метаприма в I триместре и сульфаметоксазола в III триместре опасно из-за возникновения врожденных уродств у ребенка. Монурал (фосфомицин), наоборот, с 2002 года имеет категорию В, то есть, рекомендован для лечения цистита, бессимптомной бактериурии у подростков, взрослых и беременных благодаря своей безопасности, эффективности, удачным параметрам фармакокинетики [1, 2]. При этом прием пищи, возраст, пол, состояние организма не влияют на достижение терапевтических концентраций препарата в моче и сыровотке. После однократного приема (3 г) в моче через 4 ч концентрация Монурала достигает 3,5 тыс. нанограмм на миллиметр и удерживается до 80 ч, что выгодно отличает препарат от других уросептиков (таблица).

Перед приемом гранулы растворяют в 1/3 стакана воды. Препарат принимают 1 раз в сутки натощак за 2 ч до или

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ

Режим дозирования препарата Монурал

Показания	Режим дозирования
Острый цистит	Взрослые: однократно 3 г Дети старше 5 лет: однократно 2 г
Рецидивирующий цистит	Однократно по 3 (2) г каждые 10 сут в течение 3 мес
Бессимптомная бактериурия беременных	Однократно 3 г
Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при трансуретральных исследованиях и диагностических вмешательствах	2 г за 3 ч до исследования, через 24 ч еще 2 г

после еды (предпочтительно перед сном), предварительно опорожнив мочевой пузырь.

ВЫВОДЫ

1. Адекватная антибиотикотерапия лежит в основе успешного лечения острой неосложненной инфекции мочевыводящих путей (цистита, пиелонефрита).

2. Формирование резистентных штаммов патогенных микроорганизмов к традиционным антибиотикам заставляет пересмотреть спектр лекарственных средств, назначаемых для терапии цистита и пиелонефрита.

3. В настоящее время наиболее безопасным и высокоэффективным уросептиком для эмпирического лечения неосложненной инфекции нижних мочевых путей можно считать Монурал (фосфомицин).

Перспективы застосування препарату Монурал у гінекологічній та урологічній практиці

І.О. Бабюк, П.Д. Цветкова, С.М. Шамраєв, І.Б. Римар, С.І. Найдено, О.В. Шашков, Н.В. Побережна

Представлено огляд літератури з клініки і лікування циститу. Обґрунтовано раціональність застосування препарату Монурал. Дана порівняльна характеристика Монуралу та інших препаратів. Відзначена ефективність терапії циститу із застосуванням препарату Монурал.
Ключові слова: сечостатева система, цистит, ефективність лікування, Монурал.

Respective experience on monural in gynecological and urological practice

I.A. Babiuk, P.D. Tzvetkova, Ye.N. Boris, C.N. Shamrayev, I.B. Rimar, S.I. Naydenko, N.V. Poberezhnaya

A review of the literature on clinic and treatment of cystitis. A background on rational choice Monural from various medicines in cystitis treatment is presented. Comparative assessment of preparation monural against other preparations has been given. Efficiency of therapy of cystitis with the use of monural has been marked.

Key words: cystitis, efficiency, Monural.

ЛИТЕРАТУРА

1. Винаров А.З. Современные подходы к диагностике и лечению неосложненной инфекции мочевыводящих путей: результаты исследования ARESC. – 2009. – № 3. – С. 6–9.
2. Сняжков Л.А., Косова И.В. Инфекции мочевых путей у беременных, современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2008. – № 1. – С. 15–18.
3. Bishop M.C. Uncomplicated Urinary tract infection // Eur. Urol. – 2004. – Vol. 2, N 3. – P. 143–150.
4. Emody L., Kerenyi M., Nagy G. Virulence factors of uropathogenic Escherichia coli // Antimicrob Agents. – 2003. – Suppl. 22. – N 2. – P. 29–33.
5. Scyaefter A.J. New concepts in the pathogenesis of urinary tract infection // Urologic clinics of North America. – 2002. – Vol. 29. – P. 245–247.
6. Foxman B., Gillespie B., Koopman J. et al. Risk factors for second urinary tract infection among college women // Am. J. Epidemiol. – 2000. – Vol. 151. – P. 1194–1205.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D ПРИВОДИТ СОСУДЫ К ПОТЕРЕ ЭЛАСТИЧНОСТИ

Недостаток витамина D в крови может привести к потере эластичности сосудов, утверждают британские эксперты.

Ученые в ходе исследования выяснили, что даже если учесть такие факторы риска, как возраст, вес и холестерин, недостаток в организме витамина D остается важным фактором,

влияющим на эластичность сосудов. Нехватка витамина D делает кровеносные сосуды недостаточно эластичными, что приводит к повышению артериального давления, поскольку функция расслабления сосудов нарушена, пояснили специалисты.

По окончании эксперимента, к участникам с пони-

женной эластичностью сосудов и пониженной концентрацией витамина D в организме была применена терапия витаминами, а также приемы солнечных ванн. После этого медики констатировали нормализацию работы сосудов и снижение давления.

www.medicinform.net