

Лечение беременных с заболеваниями мочевыводящих путей

Д.М. Сабилов, Г.Ш. Артикходжаева, Ф.А. Гафурова
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Во время беременности существует риск развития заболеваний почек, что обусловлено нарушениями уродинамики, вызванными изменением топографо-анатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки, воздействием прогестерона и простагландинов на рецепторы мочевыводящих путей.

Адаптивные изменения мочевыделительной системы начинаются в ранние сроки беременности, продолжаются на протяжении всего периода гестации, достигая максимума перед родами. Во время беременности происходит:

- повышение почечного кровотока (50–80%) и клубочковой фильтрации до 30–50%;
- задержка выделения натрия, воды, солей;
- снижение тонуса, перистальтики и подвижности мышц мочевыводящих путей;
- повышение нагрузки, так как обеспечивается выведение продуктов обмена матери и плода;
- механическое сдавление мочевых путей, снижение скорости продвижения мочи;
- увеличение рН мочи, глюкозурия, протеинурия (до 0,3 г/л);
- увеличение мочеточника в диаметре, преимущественно в верхней и средней трети, чаще справа;
- удлинение мочеточника, приобретение извилистой формы;
- тенденция к неполному опорожнению мочевого пузыря;
- развитие везикуло-уретрального рефлюкса;
- повышение экскреции кальция и скорости клубочковой фильтрации.

Понятие «инфекция мочевыводящих путей» – общий термин, связанный с инфекцией мочевого тракта, начиная с мочеиспускательного канала и заканчивая почками.

Около 25–35% женщин в возрасте 20–40 лет переносят цистит в той или иной форме, а 10% страдают хроническим рецидивирующим циститом. Установлено, что у 50% женщин после эпизода цистита в течение года развивается рецидив, у 27% молодых женщин рецидив развивается в течение 6 мес. У беременных циститы встречается до 7%.

По данным исследований риск развития цистита увеличивается в период беременности и его пик приходится на II триместр беременности. Циститы во время беременности часто ассоциируются с различными осложнениями, влияющими на течение беременности и на плод. Многие авторы считают, что развитие указанных осложнений не всегда сопровождается выраженными клиническими симптомами.

В связи с этим лечению цистита во время беременности в современном акушерстве уделяется особое внимание. В

настоящее время многие акушеры-гинекологи при заболеваниях мочевого пузыря назначают антибактериальную терапию. Однако отсутствуют достоверные данные, свидетельствующие об эффективности и целесообразности их применения у женщин во время беременности, так как риск развития осложнений для матери и плода значительно превышает потенциальную пользу. Учитывая патогенетические факторы на протяжении беременности возможны рецидивы, которые требуют многократного использования антибактериальной терапии. В связи с этим актуальным является поиск альтернативных путей терапии циститов во время беременности. На сегодняшний день применение лекарственных растительных средств и безопасность их применения делают фитотерапию привлекательной в акушерстве, где приоритетом является безвредность препарата для плода и матери при лечении.

Цистон – растительный препарат комплексного действия. Комплекс биологически активных веществ, входящих в состав препарата, оказывает литолитическое, диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное и противомикробное действие.

Препарат оказывает бактериостатическое и бактерицидное действие, эффективен при резистентности микроорганизмов к антибиотикам при любом рН мочи, снимает воспаление мочевыводящих путей и уменьшает выраженность болевого синдрома, а также снижает частоту рецидивов цистита.

Цель исследования: изучение эффективности лечения беременных с циститом препаратом Цистон, а также возможных побочных эффектов его применения.

Вид исследования: открытое сравнительное.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводили с 2010 по 2012 г. на базе кафедры акушерства гинекологии и перинатальной медицины Ташкентского института усовершенствования врачей.

В исследование были включены 92 пациентки в возрасте от 19 до 35 лет в 20–26 нед беременности. Критерием включения пациенток в исследование было наличие у них диагноза цистита. Клинические симптомы были зарегистрированы у всех беременных – жалобы на боль над лобком и в поясничной области – 54, дизурия – 88, жжение при мочеиспускании – 87, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря – 90 (таблица). У всех пациенток было проведено исследование мочи, анализ мочи по Нечипоренко до начала и после лечения. Лечение проводили амбулаторно.

Первобеременных было – 58 (63%), повторнобеременных – 34 (37%).

Клинические симптомы, выявленные у беременных

Симптомы	Количество	Процент
Боль над лобком и в поясничной области	54	58,7
Дизурия	88	95,65
Жжение при мочеиспускании	87	94,56
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	90	97,82

Из экстрагенитальных заболеваний диагностированы: анемия легкой и средней степени – 44 (47,8%), диффузный нетоксический зоб – 17 (18,5%), варикозное расширение вен – 3 (3,3%).

При исследовании мочи выявлены лейкоциты – 12–15 в поле зрения у 28 (30,4%) беременных, лейкоциты – 8–10 у 39 (42,4%) женщин, лейкоциты – 6–8 у 25 (27,1%) беременных. Эритроциты обнаружены в количестве 2–3 в поле зрения у 2 (2,17%), у 90 (97,82%) женщин эритроциты не обнаружены. Белок в суточной моче – у 64 (69,56%) беременных обнаружены следы, у 28 (30,4%) беременных – 0,3 г/мл.

Все беременные после исследования и клиничко-лабораторного подтверждения диагноза были разделены на 3 группы.

1-ю группу составили 34 женщины, которые получали антибактериальную терапию растительным уросептиком (Цистон) – ампициллин 0,5 г, через 6 ч 4 раза в течение 7 дней и Цистон по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 мес.

2-ю группу составили 32 женщины, которые получали терапию растительным уросептиком (Цистон) по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1 мес.

3-ю группу составили 26 женщин, которые получали антибактериальную терапию – ампициллин 0,5 г через 6 ч 4 раза в течение 7 дней.

Контроль эффективности лечения на 7-й день и через 1 мес после окончания курса терапии проводили на основании тех же клиничко-лабораторных тестов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ результатов клиничко-лабораторного обследования, проведенного на 7-й день после завершения комплексного лечения 1-й группы, у 88% пациенток отсутствовали субъективные и объективные клинические симптомы. У 12% (4) больных сохранились незначительная боль в области поясницы, жжение при мочеиспускании. При исследовании мочи выделены лейкоциты до 4–7 в поле зрения (рис. 1).

Через 1 мес после окончания комбинированной терапии препаратом Цистон у всех пациенток отсутствовали жалобы и объективные клинические признаки цистита. При исследовании мочи выделены лейкоциты до 0–2 в поле зрения. При использовании комбинированной терапии установлена более высокая эффективность терапии. Однако с учетом риска развития постантибактериального дисбактериоза вагинальной микрофлоры возникла необходимость добавления в комплекс терапии антимикотических препаратов, по которым имеются ограничения приема во время беременности, принимаемая во внимание их побочных эффекты.

Анализ результатов клиничко-лабораторного обследования, проведенного на 7-й день после завершения монотерапии Цистоном 2-й группы, у 84% пациенток отсутствовали субъективные и объективные клинические симптомы. У 16% (5) больных сохранились незначительные жалобы на болевые ощущения переходящего характера в области поясницы, чувство дискомфорта при мочеиспускании. При исследовании мочи выделены лейкоциты до 4–5 в поле зрения (рис. 2).

Через 1 месяц после окончания терапии препаратом Цистон у всех пациенток отсутствовали жалобы и объективные клинические признаки цистита. При исследовании мочи выделены лейкоциты в пределах нормы. В группе женщин, которым проводили монотерапию Цистоном, была выявлена не меньшая клиническая эффективность, что объясняется фармакологической активностью данного препарата. Как было отмечено выше, помимо противовоспалительного и антибактериального действия, препарат обладает выраженным диуретическим и спазмолитическим эффектами, что являет-

1 группа через 7 дней после лечения

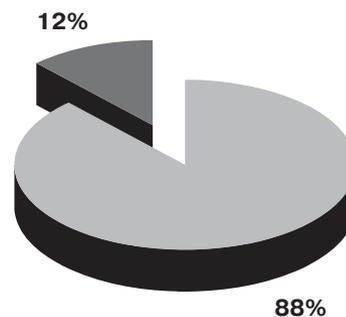


Рис. 1. 1-я группа через 7 дней (пояснения в тексте)

2 группа через 7 дней после лечения

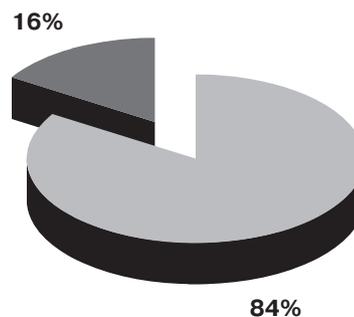


Рис. 2. 2-я группа через 7 дней (пояснения в тексте)

3 группа через 7 дней после лечения

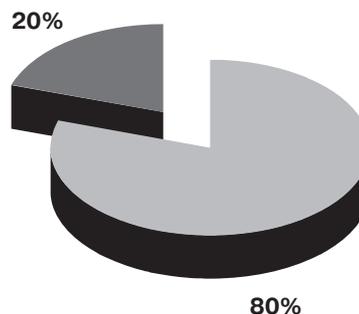


Рис. 3. 3-я группа через 7 дней (пояснения в тексте)

ся дополнительным преимуществом. Также следует отметить хорошую переносимость препарата, поэтому случаев его отмены не наблюдалось.

Анализ результатов клиничко-лабораторного обследования, проведенного на 7-й день после завершения монотерапии ампициллином 3-й группы, у 80% пациенток отсутствовали субъективные и объективные клинические симптомы. У 20% (6) больных сохранились незначительная боль в области поясницы, жжение при мочеиспускании. При исследовании мочи выделены лейкоциты до 4–7 в поле зрения (рис. 3).

Через 1 мес после окончания терапии ампициллином у 88% беременных отсутствовали жалобы и объективные клинические признаки цистита, 12% пациенток повторили комбинированный курс (антибиотики с цистоном). При исследовании мочи выделены лейкоциты до 4–6 в поле зрения. Как свидетельствуют результаты данной группы, понадобился второй курс терапии, что было, по-видимому, обусловлено резистентностью к ампициллину. Не исключено также наличие рецидивов, так как ампициллин в качестве

монотерапии не обеспечивал исключения патогенетического механизма застойной мочи с одной стороны, что доказывают сравнительные данные с 1-й группой, при этом имелись более выраженные клинические проявления вторичных вагинальных кандидозов и дисбиозов, что потребовало дополнительного лечения.

ВЫВОДЫ

1. При неэффективности лечения или при более высоких цифрах лейкоцитов в моче следует назначать антибиотики в сочетании с Цистоном.

2. После прекращения антибактериальной терапии прием Цистона рекомендуется продолжить еще в течение 2–3 нед.

3. Если в анамнезе у женщины есть какие-либо заболевания мочевыводящих путей, желательно назначать профилактический прием с ранних сроков беременности.

4. Отсутствие побочных эффектов, эффективность терапии и безопасность в применении как для матери, так и для

плода, делает возможным применение препарата в амбулаторных условиях семейной поликлиники.

Таким образом, наибольшую эффективность препарат Цистон проявляет при консервативной терапии во время беременности. При этом нивелируются побочные эффекты антибиотиков и необходимость противорецидивной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Никонов А.П.. Инфекция мочевыводящих путей у беременных // Гинекология. – 2002. – № 5, Т. 4. – С. 204–208.
2. Вартанова А.О., Кирющенко А.П., Довлатян А.А. Особенности течения беременности, родов и перинатальные исходы у пациенток с острым гестационным пиелонефритом // Акушерство и гинекология. – 2006. – № 2. – С. 8–11.
3. Энкин М., Кейрс М., Нейлсон Д. Руководство по эффективной помощи беременности и рождения ребенка, 2000. – С. 158–159.
4. Campbells Urology Chapter, 14pp. 515602. Инфекция мочевого тракта Anthony J.Schaeffer, M.D.
5. Evaluation and importance of asymptomatic bacteriuria in pregnancy / Tugrul S. et.al.// Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 32, № 4. – P. 237–240.

Статья поступила в редакцию 04.04.2013