



ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ У ВАГІТНИХ ІЗ УРАХУВАННЯМ ЗМІН В ІМУНІТЕТІ ТА ФУНКЦІЇ НИРОК

Л.В. Ринжук, В.Є. Ринжук
Буковинський державний медичний університет

Резюме

У статті наведено результати оцінки клінічної ефективності диференційованого підходу до комплексного лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних із урахуванням змін прозапальної ланки імунітету, стану нирок, ниркового кровотоку.

Ключові слова

Безсимптомна бактеріурія, вагітні, прозапальна ланка імунітету, комплексне лікування.

Екстрагенітальна патологія як фоновий стан, на якому перебігає вагітність, із кожним роком зростає як за частотою, так і по різноманіттю нозологічних форм, створюючи серйозні проблеми у виношуванні вагітності та перебігу гестаційного й пологового процесу [2, 5]. Безсимптомна бактеріурія (ББ) — стан, коли, за відсутності симптомів інфекції сечових шляхів, із сечі, взятої без катетера, висівають 10⁵ й більше колоній будь-якого мікроорганізму в 1 мл [1]. Особливого значення ця проблема набуває у вагітних, оскільки створює серйозну загрозу для здоров'я матері й плода.

Дані проведених нами на попередніх етапах досліджень прозапальної ланки цитокінового статусу вагітних із безсимптомною бактеріурією [4], а також оцінки показників ультразвукових характеристик нирок та ниркового кровотоку [3] чітко вказують на те, що зазначені зміни так званого «прозапального напруження» мають місце лише у 39,78% вагітних із

ББ, а в інших 60,22% означені показники не відрізняються від когорти практично здорових вагітних.

Мета дослідження — оцінка клінічної ефективності диференційованого підходу до комплексного лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних з урахуванням змін прозапальної ланки імунітету, стану нирок, ниркового кровотоку.

Матеріали та методи дослідження

Для реалізації означеної мети нами відібрана когорта пацієнток із безсимптомною бактеріурією, яка методом простої рандомізації була розподілена на такі групи: І групу склали вагітні із ББ (46 пацієнток), яким проводилось традиційне лікування цього ускладнення (антибіотикотерапія з вибором препарату за даними антибіотикограми протягом 5 діб). Ця група була розподілена на дві підгрупи: Іа — 18 вагітних із ББ, які мали

зміни в показниках системи факторів прозапального імунітету, структурному індексі та доплерометрії ниркових артерій; Ib – 28 вагітних із ББ, в яких зазначені вище параметри не відрізнялися від практично здорових вагітних. До II групи порівняння (всього 47 пацієнток) увійшли вагітні з ББ, яким проводилось запропоноване нами комплексне диференційоване лікування. Ця група за аналогічним принципом була розподілена на підгрупи: IIa – 19 вагітних із ББ, які мали зміни в показниках системи факторів прозапального імунітету, структурному індексі та доплерометрії ниркових артерій, і яким призначалась антибактеріальна терапія в поєднанні з Лекраном (із першого дня антибіотикотерапії протягом 14 днів по 2 капсули двічі на добу під час або після їжі); IIb – 28 вагітних із ББ, в яких зазначені вище параметри не відрізнялися від практично здорових вагітних і яким була призначена монотерапія препаратом Лекран за наведеною вище схемою. III групу обстеження (контроль) склали 37 практично здорових вагітних. Контроль ефективності щодо санації сечовивідних шляхів проводили бактеріологічним методом через 2 тижні після завершення лікування та щомісячно до завершення вагітності. Клінічну ефективність запропонованого лікування оцінювали за аналізом перебігу вагітності, пологів та оцінкою стану немовлят при народженні.

Результати та їх обговорення

Перший бактеріологічний контроль, що був проведений через 2 тижні після лікування, визначив повну санацію сечовивідних шляхів у всіх групах і підгрупах обстежених пацієнток. Однак, при аналізі результатів другого бактеріологічного контролю (через 1 місяць) виявлено певні особливості. У вагітних Ia та Ib підгруп констатовано рецидив безсимптомної бактеріурії: у 3 пацієнток Ia підгрупи ($16,67 \pm 1,92\%$) та у 5 пацієнток Ib підгрупи ($17,85 \pm 1,52\%$), що було приводом для призначення повторного курсу антибактеріальної терапії зі зміною антибактеріального засобу. Також 2 випадки рецидиву мали місце у вагітних підгрупи IIb ($7,14 \pm 1,75\%$). При наступних бактеріологічних дослідженнях сечі мав місце один випадок третього рецидиву в пацієнтки з підгрупи Ib, який після проведення вже третього курсу лікування завершився санацією сечовивідних шляхів.

Щодо розвитку гестаційного пієлонефриту як варіанту найнесприятливішого перебігу безсимптомної бактеріурії, то це ускладнення мало місце в 4 вагітних із підгрупи Ia ($22,22 \pm 1,76\%$) і не ускладнювало перебіг вагітності в усіх інших групах і підгрупах порівняння.

Аналіз даних щодо подальшого перебігу вагітності в пацієнток визначених груп обстеження встановив, що за переважною більшістю ускладнень гестаційного процесу зазначені групи вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$). Виключення складала частота плацентарної дисфункції, яка в 1,76 рази частіше траплялась у вагітних підгрупи Ia ($33,33 \pm 1,36\%$ проти $18,92 \pm 1,19\%$, $p < 0,05$) та в 1,70 рази – у вагітних підгрупи Ib ($32,14 \pm 1,30\%$ проти $18,92 \pm 1,19\%$, $p < 0,05$) у порівнянні з контролем. Також у вагітних підгрупи Ia вірогідно частіше порівняно з контролем траплялися багатоводдя ($22,22 \pm 1,76\%$ порівняно з $10,81 \pm 1,46\%$, $p < 0,05$), синдром затримки росту плода ($27,78 \pm 1,38\%$ порівняно з $10,81 \pm 1,46\%$, $p < 0,01$) та передчасний розрив плодових оболонок ($22,22 \pm 1,76\%$ порівняно з $10,81 \pm 1,46\%$, $p < 0,05$). Синдром затримки розвитку плода (СЗРП) вірогідно частіше зустрічався також у вагітних підгрупи Ib, перевищуючи показник у групі контролю в 2,31 рази ($p < 0,05$).

Аналіз даних про результати завершення вагітності в пацієнток груп обстеження виявив таке. Якщо за питомою часткою термінових пологів визначені нами групи порівняння вірогідно не відрізнялись, то щодо частоти передчасних пологів цей показник перевищував відповідний у контрольній групі практично у 2 рази ($22,22 \pm 1,76\%$ порівняно з $10,81 \pm 1,46\%$, $p < 0,05$) у підгрупі Ia та мав тенденцію до зростання в усіх інших підгрупах порівняння, а найбільш суттєво – у підгрупі Ib.

Щодо перебігу пологового процесу в обстежених пацієнток, то не зважаючи на різноманіття ускладнень і втручань у пологах, вірогідної різниці за даними показниками між групами порівняння констатовано не було.

Усі немовлята груп порівняння народилися живими. У контрольній групі одна дитина загинула антенатально через внутрішньоутробну асфіксію, викликану передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти. За частотою народження недоношених дітей вірогідно переважала підгрупа Ia, в якій цей показник перевищував контрольний в 2,5 рази



($26,32 \pm 1,58\%$ порівняно з $10,53 \pm 1,44\%$, $p < 0,01$). Останній факт, звичайно, корелює з показником передчасних пологів у цій підгрупі, а той, у свою чергу, — із частотою виникнення гестаційного пієлонефриту в цієї категорії вагітних.

Середня оцінка за шкалою Апгар на 1-й та 5-й хвилині у всіх групах обстеження вірогідно не відрізнялась. Що ж до подальшого розподілу немовлят груп дослідження, то перевагу серед новонароджених у підгрупі Ia мали ті, хто народилися з порушеннями ранньої післяпологової адаптації (з оцінковими межами 6-7 балів за шкалою Апгар). Крім того, ця когорта немовлят підгрупи Ia чисельно тенденційно перевищувала відповідні їм в інших підгрупах порівняння та в 1,82 рази перевищила показник групи контролю ($52,63 \pm 0,53\%$ порівняно з $28,94 \pm 1,05\%$, $p < 0,05$). Відповідно, суттєво чисельно нижчою в цій підгрупі була й когорта немовлят, які народилися в задовільному стані (8-10 балів за шкалою Апгар) — в 1,79 рази ($36,85 \pm 1,18\%$ порівняно з $65,80 \pm 0,91\%$, $p < 0,05$). У групах порівняння намітилась чітка тенденція до зниження масово-ростових параметрів новонароджених, хоча в жодному випадку ця різниця не сягала меж вірогідності порівняно з контрольною.

Висновки

Таким чином, вивчення клінічної ефективності запропонованого нами диференційованого підходу до комплексного лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних дало змогу стверджувати таке:

1. Прослідковується позитивний вплив комплексного лікування з поєднанням антибактеріальної терапії та пробіотика з антисептичною дією Лекрану, про що свідчить відсутність рецидивів безсимптомної бактеріурії та випадків виникнення гестаційного пієлонефриту у вагітних, які мали ознаки «прозапального напруження», зміни структурного індексу нирки та показників ниркового кровотоку порівняно з традиційною терапією цього ускладнення.
2. У вагітних із безсимптомною бактеріурією, в яких показники цитокінового статусу, структурного індексу нирки та доплерометрії ниркового кровотоку не відрізнялися від практично здорових вагітних, застосування Лекрану в якості монотерапії є більш ефективним, ніж традиційна антибактеріальна терапія, що базується на частоті рецидивів ББ у зазначеної когорти пацієнток.

Надійшла до редакції 20.04.2015 р.

Список використаної літератури

1. Наказ МОЗ України № 906 від 27.12.2006 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції».
2. Ринжук Л.В. Безсимптомна бактеріурія: сучасні погляди на механізми колонізації сечовивідних шляхів під час вагітності / Л.В. Ринжук // Буковинський медичний вісник. — 2012. — Том 16, № 2(62). — С. 108-110.
3. Ринжук Л.В. Структурно-функціональні особливості нирок та ниркового кровотоку у вагітних з безсимптомною бактеріурією / Л.В. Ринжук, В.Є. Ринжук // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Вітчизняна медицина в умовах сучасності». — Дніпропетровськ, 2013. — С. 75-77.
4. Ринжук Л.В. Прозапальний цитокіновий статус у вагітних з безсимптомною бактеріурією / Л.В. Ринжук, В.Є. Ринжук, М.Д. Гресько // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Медицина наука та практика XXI століття». — Київ, 2013. — С. 68-69.
5. Graham J.C. Analysis of E.coli strains causing bacteriuria during pregnancy: selection for stains that do not express type 1 fimbriae / J.C. Graham, J.B. Leathert // Infec.Immun. — 2011. — Vol. 69, № 2. — P. 794-799.