

УДК 616.62-022.7-085:615.254/.33

УРОАНТИСЕПТИКИ ИЛИ АНТИБИОТИКИ В ЛЕЧЕНИИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ?

Состояние проблемы

Рекомендации Европейской ассоциации урологов, являющиеся прототипом для назначения лечения в связи с инфекцией нижних мочевых путей или неосложненной инфекцией по классификации EAU (2016), предполагают назначение следующих препаратов (табл. 1) [1].

Анализ приведенных в табл. 1 рекомендаций свидетельствует, что большинство предлагаемых молекул не используется в клинической рутинной практике в силу тех или иных причин:

- фосфомицин не обеспечивает стойкого эффекта, хотя остается интересным в акушерской практике из-за высокой безопасности;

- макрокристаллы нитрофурантоина малодоступны в Украине;

- пивмециллиам не зарегистрирован в Украине;

- альтернативные препараты, такие как:

- фторхинолоны — обычно назначаются при сопутствующей инфекции, передающейся половым путем (чаще левофлоксацин, чем офлоксацин), рецидиве ИМП (ципрофлоксацин; норфлоксацин обоснованно из этого списка исключен с 2015 года);

- цефалоспорины 1–2-го поколения — целесообразнее замещать цефалоспоринами 3-го поколения (например, цефиксимом);

- триметоприм/сульфаметоксазол — получил такой негативный общественный резонанс (чаще неподтвержденный для Украины), что его назначение нередко вызывает непонимание у пациентов. Фактически его применяют только для профилактического лечения.

Европейская ассоциация урологов в 2014 году констатировала, что пероральные цефалоспорины в целом не так эффективны в качестве кратковременной терапии и не рекомендуются для эмпирического лечения, хотя и могут быть использованы в отдельных случаях. Эти отдельные случаи хорошо понятны клиницистам, а именно: рецидив ИМП (без носительства внутриклеточ-

ных возбудителей), диагностические сложности в определении точной топики ИМП, детская возрастная группа.

Традиционно в странах постсоветского пространства для стартовой терапии неосложненных инфекций (нижних) мочевых путей используются уроантисептики. История их применения привела к отказу от нитроксилина, фурагина и повсеместному использованию магниевой соли фурагина и в последнее время — Макмирора. Сохранение высокой чувствительности кишечной палочки к этой фармакологической группе дает хорошие клинические результаты при 5-дневном терапевтическом курсе (при рецидиве — 7-дневном приеме). Одновременно эти же препараты, наряду с триметопримом/сульфаметоксазолом используют у лиц женского пола с генитальными рисками в качестве профилактической дозы, составляющей 1/3–1/4 от эффективной терапевтической, однократно на ночь. Справедливости ради следует отметить, что эти молекулы имеют и региональные традиции. Так, фурамаг активно используют в Прибалтике, а Макмирор в стране-производителе Италии разрешен для беременных и детей с момента рождения, в России — с 2-летнего возраста, в Украине — с 6-летнего.

Среди самих названных уроантисептиков в практике сложились определенные группы для предпочтительной терапии. Магниевую соль фурагина обычно используют при отсутствии рисков генитальной контаминации при ИМП, Макмирор — при сопутствующих вульвитах самой различной природы (поэтому этот препарат активно используют гинекологи) [2].

Адрес для переписки с автором:

Иванов Дмитрий Дмитриевич

E-mail: ivanovdd@i.kiev.ua

© Иванов Д.Д., 2016

© «Почки», 2016

© Заславский А.Ю., 2016

Таблиця 1. Резюме рекомендацій по антибактеріальній терапії в урології

Діагноз	Найбільш часті возбудители/види	Начальна емпірична антимікробна терапія	Длительность терапії
Бессимптомная бактеріурия	<i>E. coli</i> (низковирулентная). Также могут определяться другие возбудители	Лечение не назначается. Исключение: перед урологическим хирургическим вмешательством и во время беременности (в стадии обсуждения)	За 3–5 дней до операции в соответствии с данными культуры мочи ¹
Острый неосложненный цистит у практически здоровых женщин	<i>E. coli</i> , <i>Klebsiella</i> spp., <i>Proteus</i> spp., <i>Staphylococci</i>	Фосфомицина трометамол Макрокристаллы нитрофурантоина Пивмециллинам Альтернативно Цефалоспорины (1-й или 2-й генерации) ТМП-СМК ² Фторхинолон ^{3,4}	Одна доза 3 г однократно 5 дней 3–5 дней 3 дня 3 дня 3 дня

Примечания: ¹ — бактеріурия является фактором риска, однако в доступной литературе тактика не определена окончательно. Данная рекомендация является целесообразной по мнению эксперта; ² — только в регионах с уровнем резистентности менее 20 % для кишечной палочки; ³ — фторхинолоны с преимущественным путем экскреции почками; ⁴ — избегайте назначения фторхинолонов при остром спорадическом цистите, когда это возможно; ТМП — триметоприм; СМК — сульфаметоксазол.

Клинические ситуации



Профиль пациента

- 16 лет.
- Клинико-лабораторные признаки острого цистита, первый эпизод, возникший после переохлаждения.
- ЗППП: здорова.

Группа выбора?

1. Защищенный пенициллин.
2. Цефалоспорины.
- 3) Уроантисептик.

Верно: уроантисептик, при определенных клинических ситуациях — цефалоспорин.

Доза Макмирора (А) или цефиксима (Б)

А	Б
1. 200 мг в сутки	1. 200 мг в сутки
2. 400 мг в сутки	2. 400 мг в сутки
3. 800 мг в сутки	3. 800 мг в сутки

Верно: А — 3, Б — 2.

Длительность лечения?

1. Один день.
2. Три — пять дней.
3. Семь дней.
4. Десять дней.

Верно: три — пять дней в зависимости от выбранного препарата.

Список литературы

1. Guidelines on Urological Infections / Grabe M. (Chair), R. Bartoletti, Bjerklund Johansen T.E., Cai T. (Guidelines Associate), Çek M., Köves B. (Guidelines Associate), Naber K.G., Pickard R.S., Tenke P., Wagenlehner F., Wullt B.; European Association of Urology, 2015.

2. Осипенко О.Д. Імплементация урологічних настанов з лікування інфекцій сечових шляхів в

належну практику України // Нирки. — 2015. — № 4(13). — С. 21-23.

Подготовил проф. Иванов Д.Д.
Зав. кафедрой нефрологии
и ПЗТ НМАПО имени П.Л. Шупика, г. Киев

Получено 20.01.16 ■