ПОЧКИ
НИРКИ KIDNEYS

Професійний інтернет-портал «Нефрологія» для лікарів

Інфекції нижніх сечових шляхів

Відповідає проф. Д.Д. Іванов (Національна медична академія післядипломної освіти П.Л. Шупика, м. Київ, Україна)

Яку класифікацію сьогодні слід використовувати при встановленні діагнозу «цистит»?

— Єдиної класифікації на сьогодні немає. Для практики зручним є виділення гострого циститу, рецидиву циститу, з перебігом понад 3 місяці, хронічного циститу.

Які додаткові обстеження слід проводити при рецидиві циститу в дорослих?

— У сексуально активних людей доцільно зробити тести на наявність захворювань, що передаються статевим шляхом, а саме на уреаплазму уреалітикум, мікоплазму геніталіум, хламідію трахоматіс і гарднерелу вагіналіс (полімеразна ланцюгова реакція ранкової сечі для чоловіків або полімеразна ланцюгова реакція генітальних мазків у жінок), у період перименопаузи показана консультація гінеколога для оцінки естрогенового статусу, тому що зниження кількості або активності естрогенів у жінок сприяє рецидивам циститу. Враховуючи, що при першому епізоді циститу стандартно не проводиться посів сечі та ультразвукове дослідження, при повторенні циститу важливим є виконання послідовно 2–3 посівів сечі для встановлення можливого збудника інфекції. Також необхідно провести ультразвукове дослідження нирок і сечового міхура, а жінкам після 45-річного віку — анатомічної форми уретри й оцінити стан м'язів тазового дна.

Які настанови слід використовувати при лікуванні циститу?

— За основу лікування циститу нами прийняті рекомендації Європейської асоціації урологів, що оновлюються щорічно, настанови деяких європейських країн і російські рекомендації. Українські рекомендації протягом останніх років не затверджуються МОЗ України. Важливим є розуміння того, що ці країни є сусідніми державами, їх населення має етнічну схожість з нашою популяцією, а мікробіом і оточуюче середовище більш близьке, ніж, наприклад, у США або інших країнах світу.

Разом з тим ми розуміємо, що настанови використовують як науково обгрунтовані дані, так і думки експертів, що спираються на локальний досвід і відзначаються певним консерватизмом. До числа авторів рекомендацій Європейської асоціації урологів входять в основному експерти північноєвропейських країн. Мабуть, це одна з причин того, що в настановах не фігурують уроантисептики європейського походження з Італії (Макмірор) або Латвії.

Тому в ідеалі треба було б спиратись також на думку спеціалістів з України (мікробіологів, терапевтів, урологів, сімейних лікарів, нефрологів), приймаючи сильні доказові дані країн, що оточують нас.

Які особливості сучасної антимікробної терапії циститу?

— Із настанов Європейської асоціації урологів для лікування циститу з 2018 року вилучені антибіотики фторхінолонового ряду (табл. 1). Про зростаючу резистентність до фторхінолонів і необхідність обмеження їх застосування в лікуванні гострих бронхітів, неускладнених інфекцій сечового тракту й гострих синуситів говорять і наші заокеанські колеги (FDA, 2016). Чесно кажучи, у практиці для лікування циститу ми завжди використовували лише левофлоксацин, і тільки за наявної уреаплазмової або хламідійної інфекції, залишаючи фторхінолони поряд із цефалоспоринами для лікування пієлонефриту. Тому можна сказати, що наша практика випереджала настанови на декілька років.

У табл. 1 наведені півмецилінам, що не зареєстрований в Україні, нітрофурантоїн, що набагато токсичніший за Макмірор і фурамаг, і фосфоміцин, що призводить до низької елімінації збудника при задекларованому одноденного прийомі. З огляду на європейську тенденцію до відмови від протимікробних препаратів у цілому на користь рослинних субстанцій застосування фосфоміцину взагалі вважається півзаходом.

Враховуючи вищенаведене, кафедра нефрології НМАПО імені П.Л. Шупика в навчальному процесі рекомендує як препарат першого вибору в лікуванні циститу для жінок Макмірор або магнієву сіль фурагіну, як альтернативу — триметоприм/сульфаметоксазол. Для чоловіків препаратами вибору лиша-

Таблиця 1. Європейська асоціація урологів, 2018 (https://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3)

Група	Добова доза	Тривалість терапії
Фосфоміцину трометамол	3 г одноразово	1 день
Нітрофурантоїн макрокристалічний	50–100 мг 4 рази 100 мг одноразово (повільного виведення)	5 днів
Півмецилінам	200 мг двічі на добу	3–5 днів
Альтернативні		
Цефалоспорини		3 дні
Якщо локальна резистентність відома (для E.coli < 20 %)		
Триметоприм/сульфаметоксазол	160/800 мг двічі на добу	3 дні
Триметоприм	200 мг двічі на добу	5 днів
Для чоловіків триметоприм/сульфаметоксазол	160/800 мг двічі на добу	7 днів

ються цефалоспорини 3-ї генерації й фторхінолони, зокрема ципро- і левофлоксацин.

Які засоби є найбільш ефективними в запобіганні рецидивам циститу?

— Після успішної ерадикації етіологічного збудника (бактерії) й супутнього агента (наприклад, уреаплазми) доцільно застосовувати таку комбінацію заходів: профілактична доза нітрофуранового препарату або триметоприму/сульфаметоксазолу, вакцинація уриваком протягом 3 місяців і ревакцинація через 6 місяців, фітонірингова терапія (канефрон Н), підкислення сечі (наприклад, уропак-36) протягом щонайменше 6–9 місяців. За наявності дефіциту естрогенів — місцева терапія або замісна гормональна терапія, за наявності зміни кута уретри або опущення тазового дна — фізичне тренування (наприклад, вправи Кегеля).

Більше інформації: телеграм-канал «Медична практика проф. Д. Іванова»