

pressure of 137 patients with total purulent peritonitis, the high effect of the optimized program of the complex treatment was established, which allowed us to perform the correction of the appearing metabolic disease and to reduce sufficiently the frequency of the complicated running in the postoperative period.

Key words: traditional and optimization treatments programs, total purulent peritonitis, endotoxemia, systemic inflammatory response, intraabdominal pressure, complications of postoperative period.

Стаття надійшла до друку 19.11.2013 р.

Кацал Віталій Анатолійович - к.мед.н., доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; am034892@mail.ru

© Тарасюк С.А.

УДК: 612.63:616.67

Тарасюк С.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ІНФЕКЦІЯХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Резюме. Представлені результати лікування безсимптомної бактеріурії у 54 вагітних без супутніх захворювань, 28 з яких протягом 7 днів 4 рази на добу отримували ампіцилін і 26 вагітних, яким проводили терапію монуралом. Встановлено, що безсимптомна бактеріурія у вагітних після лікування монуралом визначалась достовірно рідше порівняно із лікованими ампіциліном (25% проти 3,85%; $p < 0,05$).

Ключові слова: вагітні, інфекція сечовивідних шляхів.

Вступ

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень та прогрес у створенні нових антибактеріальних засобів, проблема інфекції сечових шляхів (ІСШ) жінок дотепер залишається актуальною. Серед причин, що обумовлюють важливість ІСШ можна виокремити їх високу поширеність, схильність до рецидивування та загрозливі наслідки для репродуктивного здоров'я жінки. До інфекцій нижніх сечових шляхів належать уретрит та цистит, верхніх - пієлонефрит. Неускладнені інфекції сечовивідних шляхів виникають у хворих при відсутності будь-яких порушень відтоку сечі із нирок чи сечового міхура, без структурних змін в нирках або сечових шляхах і без суттєвих супутніх захворювань. ІСШ - це наявність бактерій у сечі (бактеріурія) в поєднанні із запальною реакцією епітелію сечових шляхів. Частота запальних захворювань сечо-статевих органів жінок не знижується і становить 55-70% випадків у структурі всіх гінекологічних захворювань, з яких 40-50% - припадає на вагінальні інфекції. Запальні захворювання є найчастішою причиною негормонального безпліддя, ектопічних вагітностей, можуть призводити до патології шийки матки (ектопії, дисплазії) та лейоміоми матки.

ІСШ відноситься до числа станів, які часто зустрічаються у вагітних. Гострота проблеми у вагітних обумовлена явною гіпердіагностикою і, часто, неадекватністю призначуваного лікування та наслідками [Медведь, Туманова, 2007]. Поширеність безсимптомної бактеріурії серед вагітних становить близько 8%, гострої інфекції нижніх сечових шляхів - 1-4%, верхніх - 1-2,5% [Nicolle et al., 2005; Smaill, 2001]. Відомо, що незважаючи на відсутність клінічної картини, безсимптомна бактеріурія при вагітності в 20-30% випадках провокує розви-

ток циститу і пієлонефриту та потребує специфічного лікування. За даними ряду авторів безсимптомна бактеріурія діагностується в середньому у 6% (2-13%) випадків, гострий цистит, гострий пієлонефрит в 1-2%, хронічний пієлонефрит зустрічається у 10-30% вагітних [Боровкова и др., 2010; Delzell, Lefevre, 2000; Smaill, 2003; Nicolle et al., 2005]. При цьому частота гострих маніфестних ІСШ, зокрема пієлонефриту, залежить від виявлення та лікування у вагітних безсимптомної бактеріурії: у разі активного лікування менше ніж у 5% таких жінок клінічно розвивається ІСШ, за відсутності лікування - у 15-57% [Энкин и др., 2003].

Клінічне значення ІСШ у вагітних полягає у підвищенні ризику передчасних пологів (у 2 рази), народження дітей з низькою масою тіла (в 1,5 рази), фетоплацентарної недостатності, захворювання плода та новонародженого, неонатальної смертності, а також виникненню хронічної ІСШ у майбутньому [Набер и др., 2002; Энкин и др., 2003].

Слід зазначити, що у 40% випадків трапляються хибно-позитивні результати та призначається зайве антибактеріальне лікування, ймовірно, у зв'язку з тим, що бактеріологічне дослідження сечі досить кошторисне і тому не завжди виконується обов'язкова умова постановки діагнозу - проведення повторного засіву з метою підтвердження результату, тобто виділення в обох засівах ідентичного збудника [Nicolle et al., 2005]. Окрім того, досить поширеною є практика діагностики пієлонефриту лише на підставі змін в аналізі сечі (піурії), що є недопустимим. Необґрунтованість призначень антибактеріального лікування зумовлена, в тому числі, і тим, що лікарі нерідко при вагітності кваліфікують ІСШ як

ускладнену. Тому слід особливо підкреслити, що фізіологічна вагітність не є "ускладнюючим" фактором і, в той же час, певні зміни в організмі вагітної створюють передумови для розвитку та рецидивування гострих ІСШ. До найбільш значущих чинників, що сприяють інфікуванню сечового тракту у вагітних, відносять гіпотонію та гіпокінезію ниркових мисок та сечоводів, дилатацію сечоводів (внаслідок дії прогестерону); гіпотонію та збільшення об'єму сечового міхура, збільшення кількості залишкової сечі, інколи появу міхуровосечовідного та/або сечовідно-мискового рефлюксу; підвищення рН сечі, появу глюкозурії; механічне стискання сечоводів збільшеною маткою та розширеними яєчникомими венами (у другій половині вагітності, переважно праворуч); ослаблення сфінктера уретри (наприкінці вагітності); гемодинамічні порушення у чашково-мисковій системі та сечоводах (у пізні терміни вагітності); супресію імунологічної реактивності, значне підвищення концентрації глюкокортикоїдів [Медведь, Туманова, 2007]. Описані зміни пов'язані з наростаючою концентрацією прогестерону, кортизолу та естрогенів і в нормі є у кожній вагітній. Крім того, погіршується відтік сечі з нирок у зв'язку з механічним тиском вагітної матки на сечоводи. У зв'язку з цим приблизно в 30% випадків розвивається фізіологічний міхуровосечовідний рефлюкс, який сприяє поширенню збудників інфекції у верхні відділи сечовивідного тракту [Боровкова и др., 2010]. Усі вище перелічені чинники роблять ІСШ у вагітних досить частою патологією, що схильна до рецидивування. Існують певні обмеження застосування антибактеріальних засобів у вагітних, які ускладнюють завдання терапії ІСШ, але залишають достатні можливості.

Мета роботи - порівняння ефективності антибактеріального лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних при застосуванні монуралу й ампіциліну.

Матеріали та методи

576 вагітних, які у 2012 - 2013 р.р. перебували на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні пологового будинку №2 м. Вінниці, пройшли дослідження - висів сечі для визначення мікрофлори. Оскільки асимптоматичною бактеріурією вважають вияв $\geq 10^5$ урпа-

тогенів одного і того ж мікроорганізму в 1 мл сечі в двох послідовних аналізах, взятих з інтервалом більше 24 год. на тлі відсутності клінічних симптомів інфекції сечовивідних шляхів, то діагноз безсимптомної бактеріурії встановлено на основі результатів посівів сечі ($\geq 10^5$ КУО/мл), загального аналізу сечі (≥ 10 лейкоцитів/мм²) та результатів загального аналізу крові, УЗД нирок і сечового міхура. Обстеження вагітних з дворазовим засівом сечі проводили до та після лікування.

Виявлено 54 вагітних без супутніх захворювань з позитивним результатом бактеріологічного засіву, яким поставлено діагноз безсимптомна бактеріурія. Усі обстежені вагітні були розподілені на дві групи: до першої групи ввійшло 28 вагітних, які протягом 7 днів 4 рази на добу отримували ампіцилін (0,5), до другої - 26 вагітних, яким проводили терапію монуралом (3 г одноразово). Зазначимо, що ампіцилін - антибактеріальний бактерицидний засіб широкого спектру дії з групи напівсинтетичних пеніцилінів, серед побічної дії якого відзначають алергічні реакції, диспепсичні прояви, депресію, нейтропенію; монурал (фосфоміцин трометамол) - антибіотик широкого спектру дії, похідний фосфонової кислоти, уросептик, серед побічної дії якого відзначають алергічні реакції та порушення з боку шлунково-кишкового тракту (нудота, блювання, пронос). Окрім того, застосування монуралу в концентраціях, близьких до середнього і максимального рівня, призводить до загибелі всіх патогенів, які викликають гострий цистит при підтримці концентрації препарату в сечі в ефективних дозах протягом 24-48 годин.

Статистично достовірною відмінність вважали при значеннях $p < 0,05$.

Результати. Обговорення

Серед збудників ІСШ у вагітних переважали *Escherichia coli*, що підтверджує думку ряду авторів, які переважаючими збудниками ІСШ у вагітних вважають саме цей мікроорганізм (80%). У 10-15% висіваються грам-негативні мікроорганізми (*Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp.) і в 5-10% - грам-позитивні мікроорганізми (*S. saprophyticus*, *Streptococcus* gr. B) [Петриченко, Чижова, 2002; Карпов, Зайцев, 2003; Foxman et al.,

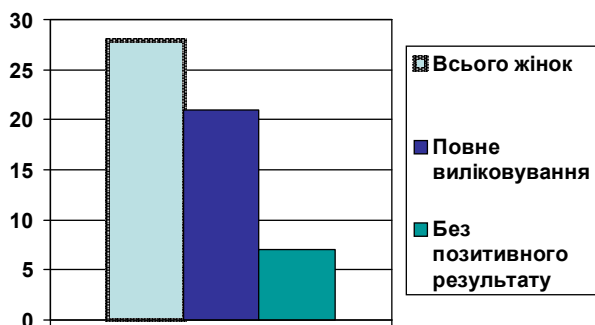


Рис. 1. Результати лікування ампіциліном безсимптомної бактеріурії вагітних.

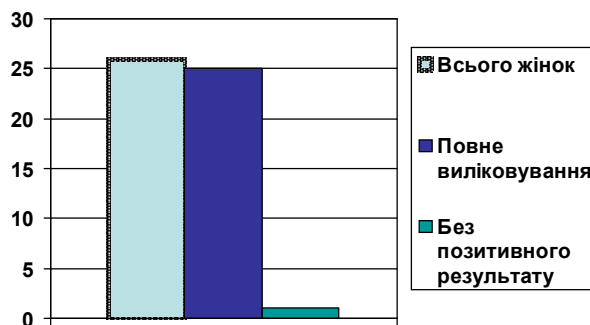


Рис. 2. Результати лікування монуралом безсимптомної бактеріурії вагітних.

2000; McNair et al., 2000; Hooton et al., 2004; Villar et al., 2004].

По завершенню курсу лікування проведено повторне культуральне дослідження сечі з метою оцінки ефективності терапії. Повторне обстеження вагітних, лікованих ампіциліном, продемонструвало позитивний результат у 21 (75,00%) вагітної, а в 7 (25%) вагітних продовжували визначати безсимптомну бактеріурію (рис. 1).

У той же час, в групі вагітних, які отримували монурал, повне вилікування було досягнуто в 25 (96,15%) випадках, а в 1 (3,85%) випадку виявлена безсимптомна бактеріурія (рис. 2).

Отримані результати свідчать на користь достовірності ($p > 0,05$) більшої ефективності застосування монурала порівняно з ампіциліном. Окрім того, перевагами препарату монурал є спосіб застосування (одноразовість), форма випуску (гранули, розчинні у воді) та менша вираженість побічних дій препарату.

Список літератури

- Инфекции мочевыводящих путей во время беременности /Е.И.Боровкова, И.О.Макаров, Н.А.Шешукова, И.А.Куликов //Росс. вестник акушера-гинеколога. - 2010. - №3. - С. 60-63.
- Карпов О.И. Риск применения лекарственных препаратов при беременности и лактации /О.И.Карпов, А.А.Зайцев. - СПб.: Диля, 2003. - 352 с.
- Неускладнені інфекції сечових шляхів у вагітних /В.І.Медведь, Л.Є.Туманова //Therapia.- 2007.- №3 (13).- С. 35-39.
- Петриченко М.И. Инфекции мочеполовой системы у беременных женщин /М.И.Петриченко, Г.В.Чижова. - Новосибирск: Наука, 2002. - 268 с.
- Рекомендации Европейской ассоциации урологов по лечению инфекций мочевыводящих путей и инфекций репродуктивной системы у мужчин /К.Г.Набер, Б.Бергман, М.К.Бишоп [и др.] //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2002. - №4, Т.4. - С. 347-363.
- Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / [Энкин М., Кейрс М., Дж. Нейлсон и др.]; пер. с англ. - Спб: Петрополис, 2003. - 480 с.
- A Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy (Cochrane Review) /J.Villar, M.T.Lydon-Rochelle, A.M.Gulmezoglu [et al.] //The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. - 2004. - Issue 2.
- Delzell J.E. Urinary tract infections during pregnancy /J.E.Delzell, M.L.Lefevre // Am. Fam. Physician. - 2000. - Vol.61. - P. 713.
- Evaluation of the centrifuged and Gram-stained smear, urinalysis, and reagent strip testing to detect asymptomatic bacteriuria in obstetric patients /R.D. McNair, S.R. MacDonald, S.L.Dooley, L.R.Peterson //Am. J. Obstet. Gynec. - 2000. - Vol.182. - P. 1076.
- Foxman B. Urinary tract infections: self-reported incidence and associated costs / B.Foxman, R. Barlow, H. D'Arcy //Ann. Epidemiol. - 2000. - Vol.10. - P. 509.
- Hooton T.M. Acute uncomplicated cystitis in an era of increasing antibiotic resistance: a proposed approach to empirical therapy /T.M.Hooton, R.Besser, B.Foxman // Clin. Infect. Dis. - 2004. - Vol.39. - P. 75.
- Nicolle L.E. Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults /L.E. Nicolle, S.Bradley, R.Colgan //Clin. Infect. Dis.- 2005.- Vol.40.- P. 643.
- Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Cochrane Review) //The Cochrane Library. Oxford: Update Software. - 2003. - Issue 2.
- Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy /F.Smaill // Cochrane Database Syst. Rev. - 2001. - CD000490.

Тарасюк С.А.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ИНФЕКЦИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Резюме. Представлены результаты лечения бессимптомной бактериурии у 54 беременных без сопутствующих заболеваний, 28 из которых в течение 7 дней 4 раза в сутки получали ампициллин и 26 беременных, которым проводили терапию монуралом. Установлено, что бессимптомная бактериурия у беременных после лечения монуралом определялась достоверно реже по сравнению с лечеными ампициллином (25% против 3,85%; $p < 0,05$).

Ключевые слова: беременные, инфекция мочевыводящих путей.

Tarasuk S.A.

CONDUCTING PREGNANCY AT UNCOMPLICATED INFECTIONS OF URINARY WAYS

Summary. The results of treatment of an asymptomatic bacteriuria of 54 pregnant women without accompanying diseases are presented, 28 of whom within 7 days 4 times per day received ampicillin and 26 pregnant women were carried out therapy of the monural. It is established that the asymptomatic bacteriuria of pregnant women after treatment with the monural was defined authentically less often in compared to pregnant women who were treated with ampicillin (25% against 3,85%; $p < 0,05$).

Key words: pregnant women, infection of urinary ways.

Стаття надійшла до друку 24.11.2013 р.

Тарасюк Світлана Анатоліївна - к.мед.н., доц. кафедри акушерства та гінекології №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 27-29-49