

УДК 616.61-004-615.01-03-616.033



ОСИПЕНКО О.Д.
НБУ «Медичний центр»

ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ УРОЛОГІЧНИХ НАСТАНОВ ІЗ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У НАЛЕЖНУ ПРАКТИКУ УКРАЇНИ

Вступ

Настанови Європейської асоціації урологів (EAU, 2013–2015) [1–3] з лікування інфекцій сечових шляхів сьогодні, ймовірно, є пріоритетним документом у визначенні діагностичних підходів і лікуванні інфекцій сечових шляхів (ІСШ). Відомо, що ця проблема привертає увагу терапевтів, гінекологів, нефрологів, сімейних лікарів у разі наявності простих ІСШ та урологів — за наявності ускладнених ІСШ.

У практиці лікаря-гінеколога ІСШ відіграють провідну роль як супутні інфекції, що ускладнюють запальні процеси в малому тазі та захворювання, що передаються статевим шляхом. Маючи довіру до свого лікаря, жінки часто звертаються до гінеколога у разі відсутності попереднього анамнезу. Проте нерідко у нашій практиці ми стикаємося з атипovими симптомами, у тому числі у вагітних та жінок періоду перименопаузи, що при подальшому спостереженні є проявами ІСШ. Діагностичний алгоритм у таких пацієнтів не є простим, але ще більше питань виникає у виборі раціональної протимікробної терапії.

У лікуванні неускладнених ІСШ настанови EAU (2015), згідно з даними щодо чутливості мікроорганізмів у Європі, визначають такі препарати вибору емпіричної терапії: фосфоміцину трометамол 3 г одноразово, півмецилінам по 400 мг три рази на добу протягом 3 днів, макрокристали нітрофурантоїну по 100 мг два рази на добу протягом 5 днів (рівень доказовості 1a). Альтернативно слід призначати триметоприм або його поєднання з сульфонамідом, фторхінолони та цефалоспорины 3-ї генерації. Ко-тримоксазол (160/800 мг два рази протягом 3 днів) розглядається як препарат першого вибору лише в регіонах із відомим рівнем резистентності для кишкової палички, нижчим за 20 % (рівень доказовості 1b). Незважаючи на невисокий рівень резистентності, фторхінолони

не вважаються препаратами першого ряду через несприятливі побічні ефекти та формування зростаючої резистентності до них.

В Україні при лікуванні ІСШ, зокрема в практиці лікаря-гінеколога, фосфоміцин використовують лише у вагітних; півмецилінам і макрокристали нітрофурантоїну недоступні в нашій країні; до триметоприму/сульфаметоксазолу сформовано негативне ставлення серед пацієток; фторхінолони використовують за наявності супутньої інфекції, що передається статевим шляхом, а цефалоспорины 3-ї генерації — при підозрі або наявній ускладненій ІСШ. Традиційно в гінекологічній практиці призначають Макмірор, фурамаг та фурадонін (або нітроксолін).

Вищезазначене є обґрунтуванням для проведення ретроспективного дослідження у пацієток із неускладненими ІСШ, яким було призначено лікування цими препаратами і які спостерігались нами упродовж 6–10 місяців після терапії.

Метою наведеного дослідження є ретроспективна порівняльна оцінка ефективності Макмірору, фурамагу та нітрофурантоїну під час безпосереднього лікування та 6-місячного спостереження.

Матеріали та методи

Ретроспективний аналіз лікування неускладнених ІСШ у жінок проведений за результатами лікування Макмірором, фурамагом і нітрофурантоїном у період 2013–2015 рр. в амбулаторній практиці гінекологічного кабінету. В дослідження увійшли 64 пацієтки, які були відібрані за критерієм діагнозу «неускладнена ІСШ, перший епізод», віком до менопаузи (середній

© Осипенко О.Д., 2015

© «Нирки», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

Таблиця 1. Ефективність лікування неускладнених ІСШ у жінок у періоді до менопаузи (n = 64)

Препарат	Результат лікування: одужання		Оцінка вірогідності відмінностей	
	На 5-ту добу	Збереження ремісії на 6-му місяці після лікування	На 5-ту добу	Збереження ремісії на 6-му місяці після лікування
Група 1 Макмірор, n = 33	32 (97 %)	31 (94 %)	Групи 1–2: $\chi^2 = 0,48$; $P \geq 0,05$	Групи 1–2: $\chi^2 = 0,7$; $P \geq 0,05$
Група 2 Фурамаг, n = 32	31 (97 %)	27 (84 %)	Групи 2–3: $\chi^2 = 0,48$; $P \geq 0,05$	Групи 2–3: $\chi^2 = 0,66$; $P \geq 0,05$
Група 3 Нітрофурантоїн, n = 30	28 (93 %)	22 (73 %)	Групи 1–3: $\chi^2 < 0,1$; $P \geq 0,05$	Групи 1–3: $\chi^2 = 3,57$ ($> 3,54$ — вірогідні відмінності); $P \leq 0,05$

вік 34 ± 4 роки), за відсутності захворювань, що передаються статевим шляхом, на момент виникнення ІСШ без суттєвих факторів ризику. Проте у 36 (56 %) із них причиною звернення по гінекологічну допомогу були виникнення дискомфорту у вульві, поява незвичайних виділень (23, або 35 %), запаху (5, або 9 %) або комбінація цих скарг (51, або 78 %). Діагноз встановлювали згідно з критеріями EAU (2013), тривалість лікування становила 5 діб у дозах, визначених інструкціями для застосування зазначених препаратів. Мікробіологічний контроль стерильності сечі не проводили. Профілактичне лікування не призначалось. Супутня терапія включала традиційне місцеве лікування, із спазмолітиків використовували ріабал або но-шпу.

Оцінку результатів терапії ІСШ проводили наприкінці 4–5-ї доби за загальним аналізом сечі та ліквідацією скарг. Протягом 6 місяців жінок спостерігали на предмет відновлення ознак ІСШ або скарг, що характеризували гінекологічні захворювання. Середня тривалість спостереження становила $7,0 \pm 0,3$ місяця.

Ефективність лікування була статистично вірогідною при показнику $\chi^2 > 3,54$ ($P \leq 0,05$).

Результати та їх обговорення

Результати проведеного лікування наведені в табл. 1.

Як впливає з наведених у табл. 1 даних, безпосередній ефект лікування ІСШ статистично не відрізнявся при застосуванні Макмірору, фурамагу та фурадоніну. Через 6 місяців спостереження стійкість ефекту була найвищою в групі Макмірору, проте вірогідних відмінностей з жінками, які отримували фурамаг, виявлено не було. Але серед тих, хто отримував фурадонін, статистично вірогідно збільшилась кількість повторних епізодів ІСШ, що свідчило про нестійкий ефект застосування цього препарату.

Усі зазначені препарати є похідними однієї групи, але мали відмінність щодо стійкості отриманого ефекту, тобто за віддаленим результатом лікування. Крім того, більшість жінок (83 %), в яких спостерігався рецидив ІСШ, мали гінекологічні скарги, що повторно виникали. Такі дані, на наш погляд, обумовлені тим, що антибактеріальна ефективність застосованих препаратів є високою та достатньою для ліквідації ІСШ. Однак протимікробний спектр дії молекул відрізняється [4]. Відомо, що протимікробний спектр Макмірору значно ширший, внаслідок чого можна очікувати не лише лік-

відації причинного уропатогену, а й нормалізації вагінальної флори [5]. Макмірор діє на найпростіші, гриби роду *Candida* та грампозитивну флору, що супроводжує дисбіозу. Це слід брати до уваги, коли проводиться вибір емпіричного препарату при неускладненій ІСШ. Якщо цистит виникає на фоні гінекологічних скарг і не підтверджується наявність захворювання, що передається статевим шляхом, очевидно, перевагу серед похідних нітрофурану слід віддавати саме Макмірору.

Імплементацию європейського досвіду та настанов Європейської асоціації урологів щодо лікування ІСШ у належну практику, безумовно, слід проводити на фоні тих терапевтичних можливостей і традиційно набутого локального досвіду, що мають українські фахівці.

Висновок

Слід відзначити, що досвід гінекологічної практики в межах рекомендацій Європейської асоціації урологів із лікування ІСШ дозволяє розглядати Макмірор як препарат першого ряду в емпіричній терапії у пацієнток, у яких розвинувся цистит на фоні гінекологічних скарг і, можливо, в період становлення та згасання генеративних функцій.

Конфлікт інтересів: автор не представляла інтереси компаній, які є виробниками препаратів, що згадуються в поданому матеріалі.

Рецензенти: рецензент — зав. кафедри нефрології і НЗТ НМАПО імені П.Л. Шупика, д.м.н., проф. Д.Д. Іванов; інформація про другого рецензента є закритою.

Список літератури

1. Grabe M., Bjerklund-Johansen T.E. et al. Guidelines on Urological Infections // European Association of Urology. — 2013.
2. Керівництво з урологічних інфекцій. Оновлені в 2014 році розділи. Європейська асоціація урологів // Почки. — 2014. — № 3(9). — С. 47-51.
3. Європейська асоціація урологів, 2015. Настанови щодо урологічних інфекцій // Почки. — 2015. — № 3(13). — С. 23-39.
4. Домбровский Я.А., Иванов Д.Д. Применение нифуратела в терапии инфекций мочевых путей // Почки. — 2014. — № 4(10). — С. 21-24.
5. Иванова М.Д., Домбровский Я.А. Применение нифуратела в терапии инфекций мочевой системы у гинекологических больных // Почки. — 2015. — № 1(8). — С. 68-71.

Отримано 05.06.15,
надійшла в переробленому варіанті 11.06.15,
прийнята до публікації 12.06.15 ■