Антибиотикотерапия инфекций мочевых путей в практике семейного врача

Врачам общего профиля часто приходится сталкиваться с легкими и среднетяжелыми неосложненными инфекциями мочевых путей (ИМП) у женщин. Так, ежегодно 20-30% взрослых женщин переносят неосложненный острый цистит. Рациональная эмпирическая антибиотикотерапия является краеугольным камнем эффективного лечения ИМП, но в силу различных причин не всегда применяется в клинической практике.

Согласно рекомендациям Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных заболеваний (ESCMID) по лечению острых неосложненных ИМП у женщин, рекомендациям Американской ассоциации инфекционных болезней и Европейской ассоциации микробиологии и инфекционных заболеваний в эмпирическую терапию первой линии входят такие препараты, как фосфомицин, триметоприм/сульфаметоксазол, нитрофурантоин и пивмециллинам. Препараты группы фторхинолонов и бета-лактамные антибиотики не были включены в группу препаратов первой линии, поскольку уровень резистентности к ним достигает 35% и более в зависимости от региона. Кроме того, фторхинолоны противопоказаны в случае беременности, а бета-лактамные антибиотики в целом имеют меньшую эффективность в сравнении с другими противомикробными препаратами, применяемыми при ИМП.

! В украинском унифицированном протоколе по лечению неосложненного цистита у женщин, так же как и в протоколе европейском, на первом месте среди препаратов первой линии находится ФОСФОМИЦИН. Пожалуй, из всех препаратов первой линии он является самым перспективным.

Фосфомицин представляет собой противомикробный препарат широкого спектра действия, активный по отношению к наиболее распространенным уропатогенам. Основные возбудители неосложненных ИМП, такие как *Escherichia coli* (76,7% случаев заболевания), *Staphylococcus saprophyticus* (3,6%), *Klebsiella pneumoniae* (3,5%), *Proteus mirabilis* (3,5%) и др.), характеризуются высокой чувствительностью к фосфомицину, несмотря на его многолетнее применение в клинической практике.

К сожалению, нерациональное применение антибиотиков даже в тех странах, где протоколы зачастую соблюдаются, приводит к неуклонному росту резистентности бактерий. В клинической практике врачи общего профиля, стремясь назначить более сильный антибиотик, нередко отходят от рекомендованных схем терапии ИМП. Они не используют препараты первого ряда и начинают лечение, например, с антибиотиков группы фторхинолонов, что способствует более быстрому росту резистентности. Наглядным примером служат результаты многоцентрового исследования, проведенного в Испании. Целью данной работы было оценить степень приверженности врачей общей практики к рекомендованным схемам лечения ИМП у женщин. В испытании приняли участие 110 врачей, под наблюдением которых находилось 658 женщин с осложненными и неосложненными ИМП. Антибиотикотерапия была назначена 96,4% пациенток, но рекомендованные схемы антибиотикотерапии первой линии использовались только в 17,5% случаев (Llor C. et al., 2010).

В то время как большинство широко используемых антибиотиков стали менее эффективны в лечении ИМП в связи с закономерным ростом бактериальной резистентности, особенно после распространения уропатогенных штаммов *E. coli*, способных продуцировать β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС), фосфомицин оказался исключением из этого правила. За десятилетия активного клинического применения препарат не утратил своей эффективности в терапии ИМП. В исследовании Y. H. Cho и соавт. (2015) были изучены профили чувствительности микроорганизмов, продуцирующих БЛРС, выделенных из образцов мочи пациентов с ИМП. Согласно результатам данной работы 243 из 247 выделенных штаммов были чувствительны к фосфомицину. Наиболее высокая активность фосфомицина отмечалась по отношению к *E. coli*, продуцирующей БЛРС (94,9%).

Неизменная эффективность фосфомицина в лечении ИМП, его высокая активность в отношении резистентных штаммов объясняются уникальным двухфакторным механизмом действия: препарат подавляет синтез клеточной стенки бактерий, а также снижает бактериальную адгезию (Sanjay S. et al., 1997).

Как известно, именно адгезия уропатогенов к эпителию мочевых путей обусловливает главную клиническую проблему ИМП – высокий риск рецидивирования. Таким образом, фосфомицин является препаратом выбора в терапии ИМП не только в связи с эффективной эрадикацией возбудителя и быстрым купированием симптомов заболевания, но и благодаря снижению вероятности рецидива.

Отдельное внимание следует уделить профилю безопасности фосфомицина. Препарат практически не оказывает системного действия. Следовательно, формирование резистентности возбудителей за пределами урогенитального тракта, а также увеличение риска развития антибиотикассоциированной диареи на фоне применения фосфомицина маловероятны.

Положительное влияние на переносимость лечения оказывает и режим приема препарата. Рекомендованная схема эмпирической терапии неосложненной ИМП фосфомицином заключается в однократном назначении препарата в дозе 3 г. В исследованиях in vitro было показано, что при использовании фосфомицина в дозе 3 г уровень эрадикации *E. coli, P. mirabilis, P. aeruginosa, E. faecalis, S. aureus, K. pneumoniae* в мочевом пузыре достигает 99% (Sanjay S. et al., 1997). Благодаря быстрому достижению бактерицидных концентраций фосфомицина при лечении ИМП, выбор в пользу этого препарата позволяет улучшить переносимость лечения при сохранении высоких показателей эрадикации возбудителя.

В Украине появился новый препарат фосфомицина под торговым названием ЭСПА-ФОЦИН (Esparma GmbH, Aristo group, Германия). Важным преимуществом ЭСПА-ФОЦИНА по сравнению с другими препаратами фосфомицина является высокое немецкое качество в сочетании с более доступной стоимостью. Экономическая доступность ЭСПА-ФОЦИНА, а также возможность однократного приема в дозе 3 г позволяют значительно снизить затраты пациентов на терапию неосложненных ИМП. Таким образом, пополнение арсенала практического врача таким эффективным и доступным инструментом терапии превращает соблюдение рекомендаций по лечению ИМП в простую задачу.

Выводы

- **Эмпирический подход в лечении ИМП на сегодняшний день признается наиболее эффективным и безопасным, позволяет начать лечение как можно быстрее, значительно повысить комплайенс пациентов, снизить нагрузку на систему здравоохранения и затраты на медикаменты.**
- **ЭСПА-ФОЦИН обладает высокой активностью против возбудителей ИМП и является препаратом первого ряда в рекомендованных схемах эмпирической терапии.**
- **Благодаря двойному механизму действия ЭСПА-ФОЦИН не только блокирует синтез клеточной стенки, но и препятствует осуществлению бактериальной адгезии, что значительно снижает риск развития резистентности и рецидивных эпизодов ИМП.**
- **Однократный прием препарата и доступная цена обеспечивают высокий комплайенс, делают терапию ИМП экономически оптимальной.**

Подготовил ***Игорь Кравченко***