



Современная парадигма профилактики и лечения инфекций мочевыделительной системы

Многочисленные эпидемиологические исследования показали, что инфекции мочевыводящих путей (ИМП) по-прежнему занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости в Украине и других странах мира. К сожалению, не утратила своей актуальности и проблема рецидивов данных заболеваний.



О причинах значительной распространенности цистита и пиелонефрита, современных методах профилактики и лечения ИМП в интервью нашему корреспонденту рассказал **главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Детская нефрология», заведующий кафедрой нефрологии и почечнозаместительной терапии Национальной медицинской академии последилового образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Иванович Иванов.**

? Расскажите, пожалуйста, с какими факторами связан рост заболеваемости циститом и пиелонефритом? Кто входит в группы риска?

— В летний период ИМП по частоте выявления находятся на 3-м месте среди всех инфекционных заболеваний, уступая только бронхолегочной и гастроинтестинальной патологии, тогда как в зимний сезон ИМП занимают лидирующую позицию наряду с респираторными нарушениями.

Основным возбудителем, ответственным за развитие неосложненных ИМП, в т. ч. цистита и пиелонефрита, признана *E. coli*: с данным патогеном связано около 75% случаев инфекционных нарушений со стороны нижних отделов мочевыделительной системы. *E. coli* постоянно находится в организме человека, а при наличии предрасполагающих факторов риска может реализовать свои патогенные свойства.

В зависимости от возраста выделяют несколько групп риска: 1-я — дети до 3 лет; 2-я — лица молодого возраста, ведущие активную половую жизнь; 3-я — женщины в период менопаузы. Высокая вероятность ИМП отмечается и у некоторых пациенток до вступления в менопаузу, например у больных сахарным диабетом. Мужчины с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и нарушением уродинамики составляют отдельную группу риска.

? Какая классификация цистита и пиелонефрита используется в настоящее время в клинической практике?

— В клинической практике применяется отечественная классификация, согласно которой инфекции подразделяют на острые (до 3 мес) и хронические (более 3 мес). В нефрологической классификации выделяют 3 нозологии: цистит, пиелонефрит и инфекции без определения топики (в тех случаях, когда врач затрудняется определить локализацию инфекции). Урологическая классификация базируется на европейских рекомендациях и выделяет 4 нозологии: цистит, пиелонефрит, уретрит, уросепсис. Также различают осложненные и неосложненные инфекции.

? Какими клиническими проявлениями характеризуются ИМП? Каких осложнений следует опасаться?

— При ИМП наблюдается типичный симптомокомплекс, который сопровождается определенными изменениями в анализе мочи (средней порции). Пациентки с острым циститом предъявляют жалобы на дизурию, появление частых болезненных мочеиспусканий, боли в надлобковой области, отсутствовавшей на протяжении предшествующих 4 нед. Адекватная терапия острых ИМП обеспечивает хороший результат и низкий риск повторных обострений. Высокий риск рецидивов заболевания (как у женщин, так и у мужчин) наблюдается при наличииотяающих факторов: выделения атипичной флоры, в случае аномалий строения органов мочеполовой системы, сопутствующей мочекаменной болезни или инфекций, передающихся половым путем, и др., которые создают условия для поддержания воспалительного процесса.

? Какие дополнительные методы диагностики используются в клинической практике?

— Кроме стандартных методов, таких как общий анализ крови и мочи, наиболее перспективным является метод полимеразной цепной реакции, который позволяет быстро и точно проводить идентификацию бактерий путем анализа их генетического материала. Мы осуществляем выбор дополнительных методов диагностики на основании индивидуальных особенностей пациентов. В соответствии с европейскими руководствами после 1-го эпизода фебрильной ИМП необходимо выполнять педиатрическим пациентам (как мальчикам, так и девочкам) микционную цистографию (разновидность рентгенографического исследования мочевого пузыря).

Украинские согласительные документы рекомендуют выполнять микционную цистографию девочкам — после 2-го, мальчикам — после 1-го эпизода, у взрослых пациентов данная процедура практически не используется.

У больных, ведущих активную половую жизнь, предпочтительно проведение полимеразной цепной реакции, поскольку рецидив заболевания может быть связан с инфекциями, передающимися половым путем. Женщинам, вступающим в период менопаузы, показаны ультразвуковое исследование уретры и консультация гинеколога.

? В каких клинических ситуациях больным пиелонефритом и циститом необходимо назначать антибиотики? Каким препаратам следует отдавать предпочтение?

— Существует 2 подхода к выбору терапии. Европейские рекомендации предлагают начинать лечение цистита с антибактериальных средств. Также в качестве стартовой терапии можно применять уроантисептики (например, в случае первого эпизода неосложненного цистита у женщины). Если ИМП возникла у мужчины и/или на фоне факторов, не позволяющих установить диагноз, также назначаются антибиотики.

При пиелонефрите оправданным считается назначение цефалоспоринов III поколения и фторхинолонов. При этом цефалоспорины III поколения имеют более широкий спектр действия, обладают менее выраженным негативным влиянием на сердечно-сосудистую, нервную и гепатобилиарную системы. Фторхинолоны также реализуют мощное антибактериальное влияние, но их применение ассоциируется с повышенным риском тендовагинита и разрывов сухожилий, что не характерно для цефалоспоринов.

Следует учитывать, что выбор антибактериального средства с оптимальным профилем эффективности и безопасности представляет значительные сложности в силу возрастающей устойчивости патогенов к препаратам данного класса. Резистентность основного возбудителя ИМП — *E. coli* — к цефалоспорином III поколения ниже, чем к фторхинолонам.

Препаратами выбора при рецидивах цистита и пиелонефрита могут считаться цефалоспорины III поколения, в частности цефиксим (Супракс Солютаб производства компании Astellas Pharma Europe). Говоря о его преимуществах, следует отметить, что для цефиксима характерна устойчивость к действию β -лактамаз, продуцируемых многими грамположительными и грамотрицательными бактериями. Кроме того, он является слабым индуктором хромосомных β -лактамаз класса C, продуцируемых *Enterobacter spp.*, а также отличается активностью в отношении *E. coli*, продуцирующей плазмидные β -лактамазы широкого спектра. Препарат накапливается в паренхиме почек, что препятствует восходящей инфекции.

Дополнительные преимущества обеспечивает использование при производстве диспергируемых таблеток технологии Солютаб. Цефиксим необходимо принимать всего 1 р/сут (в зависимости от клинической ситуации и личного желания пациента можно проглатывать таблетку целиком, запивая ее достаточным количеством воды, либо растворять в воде

и употреблять полученный раствор сразу после приготовления). Независимо от выбранного способа приема фармакокинетические свойства и клиническая эффективность лекарственного средства не изменяются. Супракс Солютаб применяют у взрослых и детей в возрасте старше 12 лет при острых и хронических ИМП; стандартная суточная доза препарата составляет 400 мг в 1 или 2 приема.

Препарат можно применять независимо от приема пищи. Продолжительность лечения зависит от характера течения заболевания и тяжести процесса. После исчезновения симптомов инфекции и/или лихорадки целесообразно продолжать терапию препаратом на протяжении не менее 48-72 ч.

? Возможно ли проведение профилактической терапии у пациентов с частыми рецидивами заболевания?

— Факторы, провоцирующие рецидив, не всегда удается устранить; иногда они не выявляются клиницистами в полном объеме. Необходимо принимать меры, направленные на минимизацию риска рецидива пиелонефрита и цистита.

Назначение антибиотиков с целью профилактики повторных эпизодов острого цистита зачастую оказывается неэффективным и приводит к развитию нежелательных последствий.

На вероятность развития острых и хронических ИМП влияет состояние иммунной системы. Вакцинацию осуществляют с помощью аутовакцины или «вакцины в таблетке» (иммуноактивного препарата Уро-Ваксом). Учитывая недостатки использования аутовакцины, такие как инвазивность и высокая стоимость, на практике преимущество отдают «вакцине в таблетке».

Эксперты Европейской ассоциации урологов (European Association of Urology — EAU) рекомендуют применять в качестве профилактики ИМП иммуноактивный препарат Уро-Ваксом (Astellas Pharma Europe), в состав которого входит лиофилизированный лизат 18 штаммов основного возбудителя ИМП — *E. coli*. Основываясь на данных клинических исследований этого препарата, можно с уверенностью заявить о его эффективности и безопасности в качестве средства профилактики рецидивов цистита. Необходимо учесть, что при сахарном диабете, хронических персистирующих вирусных инфекциях, в условиях хронического стресса, после оперативных вмешательств терапия Уро-Ваксомом должна назначаться на более длительный период, поскольку вышеперечисленные состояния сопровождаются снижением ресурсов иммунной системы.

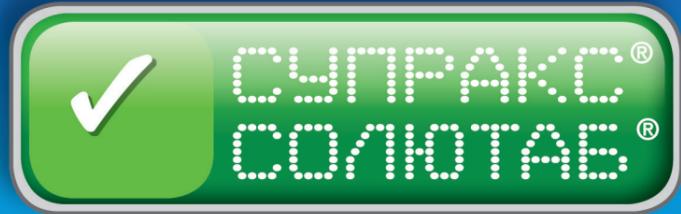
Уро-Ваксом применяется по 1 капсуле в сутки натощак ежедневно на протяжении 3 мес. Клинические испытания продемонстрировали положительный эффект при продолжении лечения после 3-месячного перерыва еще на 3 мес (10 дней каждого месяца). Если у пациента наблюдается уменьшение частоты ИМП, мы принимаем решение о приеме каждые 6 мес (по 1 капсуле на протяжении 30 дней в весенний и осенний периоды).

Следует отметить, что прием уроантисептиков в профилактических дозах у мужчин сопровождается низкой эффективностью; рациональным вариантом профилактической терапии у данного контингента больных признано использование Уро-Ваксома или аутовакцины.

Терапия ИМП должна включать и антибактериальные, и иммуноактивные препараты. Уро-Ваксом можно назначать в период обострения заболевания и сочетать с противомикробной терапией, что обеспечивает надежную защиту мочевыводящих путей от реинфицирования на протяжении 3-12 мес.

Таким образом, в качестве оптимального противомикробного средства, которое может использоваться для лечения ИМП, рассматривается Супракс Солютаб.

Использование Супракса Солютаб (400 мг/сут) курсом 3-7 дней с одновременным приемом Уро-Ваксома (6 мг/сут) в течение 3 мес обеспечивает высокую эффективность в профилактике рецидивов ИМП, такая терапия хорошо переносится пациентами.



СУПРАКС® СОЛЮТАБ®

КОРОТКА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРСЬКИЙ ЗАСІБ СУПРАКС® СОЛЮТАБ®. **Склад:** діюча речовина: цефаксим; 1 таблетка містить 400 мг цефаксиму (у вигляді цефаксиму тригідрату). **Лікарська форма.** Таблетки, що диспергуються. **Фармакотерапевтична група.** Антибіотик групи цефалоспоринів III покоління. Код АТС J01D D08. **Клінічні характеристики. Показання.** Інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами: інфекції дихальних шляхів; інфекції ЛОР-органів; гострі та хронічні інфекції сечовивідних шляхів; гостра неускладнена гонорея. **Противпоказання.** Гіперчутливість до цефаксиму або компонентів препарату, інших цефалоспоринів або пеніцилінів. Хворі на порфірію. Дитячий вік до 12 років (рекомендується прийом суспензії для точного дозування). Цефалор Солютаб не слід приймати пацієнтам з явною схильністю до алергії в анамнезі (наприклад, пацієнти, що мають в анамнезі кропив'янку або висипання на шкірі) або з бронхіальною астмою. **Спосіб застосування та дози.** Для дорослих і дітей віком від 12 років добова доза становить 400 мг за 1 або 2 прийоми. Таблетку можна проковтнути цілою, заливаючи достатньою кількістю води, або розчинити у воді і випити отриманий розчин відразу після приготування. Препарат можна приймати незалежно від прийому їжі. Таблетка може бути розділена на 2 дози. Тривалість лікування залежить від характеру перебігу захворювання і виду інфекції. Після зникнення симптомів інфекції та/або гарячки доцільно продовжувати прийом препарату протягом щонайменше 48–72 годин. З метою запобігання ускладненням застосування цефаксиму при лікуванні інфекцій верхніх дихальних шляхів або сечовивідних шляхів зазвичай продовжується 5–10 днів, а при інфекціях нижніх дихальних шляхів – протягом 10–14 днів. Лікування запалення середнього вуха зазвичай триває 10–14 днів. При інфекціях, викликаних бета-гемолітичним стрептококом групи А, з метою запобігання виникненню пізніх ускладнень (гострого суглобового ревматизму, гломерулонефриту) лікування повинно тривати не менше ніж 10 днів. При неускладненій гонорейі препарат призначають у дозі 400 мг одноразово. При неускладнених інфекціях нижніх сечових шляхів у жінок препарат може застосовуватися протягом 1–3 днів. Пацієнтам з нирковою недостатністю препарат варто призначати з обережністю; при кліренсі креатиніну ≤ 20 мл/хв необхідне зменшення добової дози препарату до 200 мг. Для пацієнтів літнього віку немає застережень до дозування, пов'язаних з віком. **Побічні реакції.** Побічні реакції класифіковані в такі групи, відповідно до частоти виникнення: дуже часто (понад 1%), часто (1–10%), нечасто (0,1–1%), рідко (0,01–0,1%), дуже рідко (менше 0,01%), невідомо (для встановлення частоти яких даних недостатньо). **З боку системи крові й органів кровотворення.** Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): транзиторна лейкопенія, агранулоцитоз, панцитопенія, тромбоцитопенія або еозинофілія. Відзначалися окремі випадки порушень згортання крові. **Алергічні реакції.** Рідко (0,01–0,1%): алергічні реакції (наприклад, кропив'янка, свербіж шкіри). Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): синдром Лайєлла (у цьому випадку препарат варто негайно відмінити); інші алергічні реакції, зв'язані із сенсibiliзацією (зокрема лікарська гарячка, сироваткоподібний синдром, гемолітична анемія та інтерстиціальний нефрит; мультиформна еритема, синдром Стивена-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз). **З боку нервової системи.** Нечасто ($> 0,1-1\%$): головний біль, запаморочення, дисфорія. **Реакції з боку травного тракту.** Нечасто ($> 0,1-1\%$): біль у животі, порушення травлення, нудота, блювання, діарея, метеоризм. Дуже рідко ($> 0,01\%$): псевдомембранозний коліт. **З боку гепатобіліарної системи.** Рідко (0,01–0,1%): підвищення рівня лужної фосфатази і трансаміназ. Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): окремі випадки гепатиту і холестатичної жовтяниці. **З боку сечостатевої системи.** Дуже рідко ($\leq 0,01\%$): невелике підвищення рівня сечовини або креатиніну в сироватці крові, гематурія. **З боку репродуктивної системи та молочних залоз.** Рідко (0,01–0,1%): генітальний свербіж, вагініти, моніліаз. **Інформація для фахівців охорони здоров'я.** Є **противпоказання.** Перед застосуванням необхідно ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування, що затверджена МОЗ України, на <http://www.drz.kiev.ua>

ТОВ «Астеллас Фарма»:
04050, м. Київ, вул. Пимоненка, 13, корп. 7В, оф. 41.
Тел./факс: +38 (044) 490–68–25.

 **astellas**
Світло, що веде до життя