

Цистит в практике терапевта и семейного врача: в поисках эффективного лечения

В настоящее время лечением неосложненных инфекций мочевыводящих путей (ИМП) в основном занимаются врачи первичного звена. Наиболее частым проявлением неосложненной инфекции нижних мочевых путей (ИНМП) был и остается острый цистит (ОЦ). Поскольку даже длительные курсы антибиотикотерапии (АБТ) не всегда приводят к успеху, перед терапевтом и семейным врачом стоит серьезная задача выбора наиболее эффективного лечения.

Эпидемиология и сложности лечения

Острый цистит относится к самым частым заболеваниям женщин репродуктивного возраста. Статистические данные свидетельствуют о том, что каждая 2-я женщина хотя бы один раз в жизни столкнулась с этой проблемой. Причем среди женской популяции в возрасте до 24 лет циститом хотя бы однажды переболела каждая 3-я женщина, а в возрасте до 16 лет – каждая 10-я.

Сравнительно высокая частота циститов у женщин объясняется следующими факторами: анатомо-физиологическими особенностями, генетической предрасположенностью, а также способностью микроорганизмов, вызывающих инфекционный процесс в мочевом пузыре, прикрепляться к клеткам эпителия. Сложность проблемы ОЦ, кроме высокой распространенности и значительных финансовых затрат на лечение, заключается также в частых случаях рецидивов заболевания, которые развиваются у 25-50% женщин в течение года после перенесенного ОЦ.

Чаще всего возбудителями неосложненного цистита являются энтеробактерии. Приблизительно в 70-95% случаев выделяется кишечная палочка (*E. coli*). Значительно реже данное заболевание вызывают другие микроорганизмы [1, 2].

Проблема антибиотикорезистентности

В 2014 г. ВОЗ официально заявила о кризисе АБТ, опубликовав доклад, главный вывод которого: мир вступил в постантибиотическую эру. Среди уропатогенов темпы роста антибиотикорезистентности очень высоки. Продолжает увеличиваться количество штаммов *Enterobacteriaceae*, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра (БЛРС). Результаты масштабного исследования РеВАНШ (Козлов Р.С., 2006-2008) позволяют оценить проблему распространенности штаммов *E. coli*, продуцирующих БЛРС, как катастрофическую (>65%). Опасность инфицирования бактериями – продуцентами БЛРС обусловлена тем, что подобные микроорганизмы являются резистентными к основным группам антибиотиков (АБ) (пенициллины, цефалоспорины). Более того, они имеют сопутствующую полирезистентность к другим классам АБ (аминогликозиды, фторхинолоны и др.). Такая устойчивость микроорганизмов к лечению чревата нарастанием тяжести течения заболевания, развитием осложнений и ухудшением результатов терапии [3]. Крайне важно для сохранения все еще эффективных молекул АБ подходить к их назначению осторожно и взвешенно [4].

Какой антибиотик выбрать?

Врачу общей практики для назначения правильного лечения важно помнить, какой именно препарат применяется в качестве первой линии терапии острого неосложненного цистита. Таким антибактериальным средством, рекомендованным и Европейской ассоциацией урологов, и отечественным протоколом, является ФОСФОМИЦИН [5, 6]. Выбор ФОСФОМИЦИНА в данной ситуации абсолютно обоснован.

Во-первых, чувствительность флоры к ФОСФОМИЦИНУ сохраняется наиболее высокой в нашей популяции и составляет >97%. В то время как нерациональный и часто бесконтрольный прием АБ привел к значительному росту устойчивости патогенных штаммов кишечной палочки (наиболее частые возбудители цистита) к ампициллину – устойчивость в 65% случаев, котримоксазолу – в 38%, пипемединовой кислоте – в 26%, фторхинолонам (ципрофлоксацин, норфлоксацин) – в 22%, нитрофуранам – в 11%.

Во-вторых, риск развития антибиотикорезистентности к ФОСФОМИЦИНУ крайне низкий. Более того, вероятность развития перекрестной резистентности с другими АБ мизерна благодаря тому, что ФОСФОМИЦИН активирует лизис патогенных бактерий, используя другие системы активного транспорта (α-глицерофосфатную и глюкозо-6-фосфатную) [7].

В-третьих, по данным последних исследований, уровень активности ФОСФОМИЦИНА против главного возбудителя цистита – уропатогенной *E. coli* неизменно

составляет 90-100%. Причем ФОСФОМИЦИН активен как против обычных штаммов, так и против мультирезистентных бактерий и штаммов, продуцирующих БЛРС.

В-четвертых, ФОСФОМИЦИН оказывает на бактерии двойное патогенетическое действие: не только бактерицидное, но и антиадгезивное. Антиадгезивный эффект очень важен, поскольку благодаря ему снижается вероятность появления бактериальных биопленок, а значит, снижается риск развития персистирующей, хронической инфекции [8].

В-пятых, при приеме ФОСФОМИЦИНА наибольшая его концентрация создается как раз в мочевом пузыре.

Нельзя также не упомянуть о нетоксичности ФОСФОМИЦИНА и его удобном дозировании [9]. При ОЦ достаточным является однократный прием 3 г ФОСФОМИЦИНА. Такой простой способ применения, несомненно, повышает комплаенс пациентов, а следовательно, улучшает результаты лечения.

Среди недостатков препаратов ФОСФОМИЦИНА часто называлась высокая цена. К счастью, в аптечной сети Украины появился новый препарат по приемлемой, доступной многим цене и в то же время европейского качества – ЭСПА-ФОЦИН (esparma GmbH, Aristo group, Германия). Теперь адекватная АБТ цистита становится намного доступнее большинству пациентов.



Как улучшить результат лечения?

Это немаловажный вопрос. Цистит всегда сопровождается и бактериальным инфицированием, и воспалительным процессом. Последний сопряжен с появлением боли и развитием других мучительных симптомов, которые в результате действия АБ купируются не так быстро, как хотелось бы и врачу, и пациенту. Кроме того, риск хронизации цистита – даже при условии адекватно проведенной АБТ – остается высоким. Учитывая это обстоятельство, врачу приходится назначать не только АБ, но и анальгетики, и противовоспалительные средства для уменьшения боли и воспаления. Такие симптомы, как рези и частые позывы к мочеиспусканию, облегчаются с помощью спазмолитиков. Для уменьшения вероятности рецидивирования заболевания комплексная терапия включает также иммуномодуляторы. В некоторых случаях приходится прибегать даже к противогрибковым средствам. Такой длинный список препаратов, конечно же, увеличивает и без того высокую стоимость лечения.

Европейский опыт показывает, что все эти медикаменты можно заменить одним препаратом, оказывающим разнонаправленное комплексное воздействие. Таковым является препарат на основе ЭКСТРАКТА ЗОЛОТАРНИКА (лат. *Solidago*). Единственным в Украине монопрепаратом с высокой концентрацией экстракта золотарника (300 мг в каждой таблетке) является ЦИСТО-АУРИН производства компании esparma GmbH, Aristo group, Германия. В Европе он широко используется на протяжении многих лет. Так, Европейское медицинское агентство на основании длительного опыта применения рекомендует препараты на основе экстракта золотарника для моно- и комбинированной

терапии и в качестве средства санации при ИМП [15]. Для этого есть серьезные основания: экстракт золотарника обладает целым арсеналом терапевтических свойств. Он оказывает анальгетическое, противовоспалительное, спазмолитическое, диуретическое, иммуномодулирующее, антибактериальное и противогрибковое действие. Это, без сомнения, выделяет его из массы других препаратов и делает незаменимым в лечении и профилактике острого и хронического цистита. Тем более что эффективность препарата на основе экстракта золотарника (ЦИСТО-АУРИН) научно доказана в ходе серьезных европейских клинических и экспериментальных исследований (рис.).

Научно доказано, что экстракт золотарника обладает самостоятельным анальгетическим и противовоспалительным действием. Эти свойства проявляются благодаря нескольким механизмам: болеутоляющий эффект связан с достоверным подавлением активации брадикининовых рецепторов; ингибирование лейкоцитарной эластазы, торможение перекисного окисления липидов и нормализация работы надпочечников объясняют значительный противовоспалительный эффект [14, 15]. Еще одним подтверждением разнонаправленного эффекта экстракта золотарника стало исследование, проведенное в 2008 году. Его результаты доказали значимое спазмолитическое действие препарата на основе экстракта золотарника. Механизм спазмолитического эффекта связан с антагонизмом к мускариновым рецепторам. Такое сочетание выраженного анальгетического, противовоспалительного и спазмолитического действия помогает быстрее снять боль и воспаление в мочевом пузыре, причем эффект развивается уже в первые часы после приема ЦИСТО-АУРИНА [16].

Кроме того, проведенные М. F. Molzing и соавт. (2000) исследования выявили активное диуретическое действие экстракта золотарника. Он значительно (на 30%) увеличивает диурез, благодаря чему осуществляются дополнительная санация мочевыводящих путей и профилактика восходящей инфекции [1, 13]. При этом увеличение объема мочи не приводит к потерям натрия, калия, хлора и других ионов, что расширяет возможности применения ЦИСТО-АУРИНА для длительной терапии хронического цистита и для лечения пациентов с сопутствующей кардиологической патологией.

Важнейшим свойством и отличием препарата ЦИСТО-АУРИН является самостоятельная антибактериальная активность в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Входящий в состав препарата экстракт золотарника действует бактерицидно на основных возбудителей неосложненного цистита – *E. coli*, *St. Faecalis*, *St. epidermidis*. Подтверждение наличия антибактериального действия в соответствии со всеми правилами доказательной медицины было получено в 2009 г. группой ученых под руководством Nulya Demir [10, 11, 12]. Тем самым ЦИСТО-АУРИН демонстрирует синергичное действие совместно с основной АБТ, для проведения которой препаратом первого выбора признается ФОСФОМИЦИН. В некоторых случаях (например, при бессимптомной бактериурии) ЦИСТО-АУРИН может применяться, как препарат для монотерапии. Еще одним случаем, когда по решению врача может быть начата монотерапия ЦИСТО-АУРИНОМ, является период до получения результатов анализа на чувствительность уропатогенной флоры к АБ. Более того, зная, что ЦИСТО-АУРИН – безрецептурный препарат, пациент может самостоятельно приобрести его в аптеке до визита к врачу.

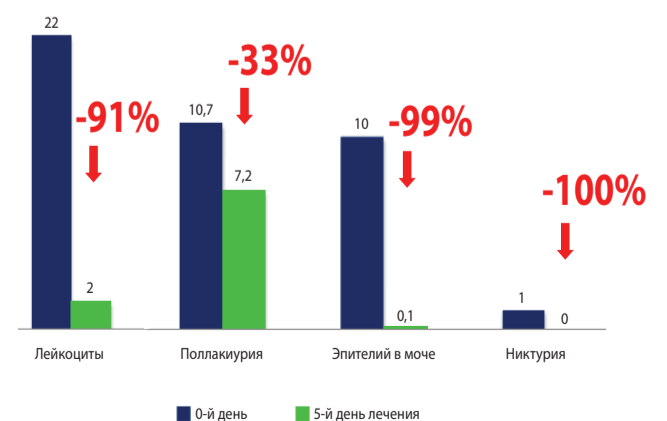


Рис. Эффективность препарата ЦИСТО-АУРИН при цистите [20]

