

# Современные подходы к лечению неосложненных воспалительных заболеваний нижних отделов мочевыводящих путей

**Инфекции мочевыводящих путей являются не только серьезной медицинской, но и социальной проблемой. Клинические проявления острого цистита вызывают сильный дискомфорт и значительно ухудшают качество жизни человека. О современных подходах к лечению инфекций мочевыводящих путей рассказал ведущий специалист в области урологии в Германии и Европе, профессор Курт Г. Набер (Мюнхенский технический университет) в ходе научно-практической конференции с международным участием «Новейшие технологии в урологии и андрологии», которая состоялась 19-20 сентября в г. Киеве.**

— Одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний мочевыводящих путей является острый неосложненный цистит. Он проявляется воспалительными изменениями в слизистой оболочке мочевого пузыря, вызванными патогенными возбудителями. Неосложненный цистит хорошо поддается антибактериальной терапии, однако у 20-30% женщин наблюдается рецидив этого заболевания (более 3 эпизодов в течение 1 года или 2 эпизодов в течение 6 мес).

Основной причиной инфицирования мочевыводящих путей у сексуально активных женщин в 75-90% случаев является половая жизнь. По данным исследования Hoopes et al (1996), относительный риск развития инфекционных заболеваний мочевыводящих путей повышается с каждым незащищенным половым актом.

В большинстве случаев острый неосложненный цистит вызывается кишечной палочкой (*E. coli*) и только в 15% — другими возбудителями (*Staphylococcus saprophyticus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis*, *Citrobacter* spp., *Enterobacter* spp., *Pseudomonas aeruginosa*). Немаловажное значение в развитии острого неосложненного цистита играет вирулентность патогенного микроорганизма. Не каждая бактерия обладает свойствами адгезии к слизистой оболочке мочевого пузыря и способна спровоцировать развитие заболевания.

Главными задачами в лечении острого неосложненного цистита являются быстрое устранение клинических проявлений и профилактика возможных рецидивов. Подобные цели легко достижимы благодаря краткосрочной антибактериальной терапии. Преимуществами данного вида лечения являются высокий комплаенс, низкая стоимость, низкий риск побочных эффектов, незначительное влияние на периуретральную, вагинальную и кишечную микрофлору.

## Антибиотикорезистентность как следствие и реальность

Согласно рекомендациям по лечению воспалительных заболеваний нижних отделов мочевыводящих путей Европейской ассоциации урологов 2013 г., для эмпирической терапии острого неосложненного цистита у женщин препаратами выбора являются фосфомицин, мезлилин и нитрофурантоин. По мнению группы ученых, фторхинолоны должны использоваться только при тяжелых заболеваниях, желательнее после определения чувствительности к данной группе антибиотиков. Подобное решение связано с повышением резистентности патогенных микроорганизмов к этим средствам.

В сентябре 2003 г. было начато многоцентровое клиническое испытание ARESC (Antimicrobial Resistance Epidemiological Survey on Cystitis — Эпидемиологическое исследование резистентности микроорганизмов к противомикробным препаратам, используемым в лечении цистита), целью которого было оценить чувствительность патогенных возбудителей к основным антибактериальным препаратам.

В данном исследовании участвовали 4264 пациента с инфекционными заболеваниями

нижних отделов мочевыводящих путей из 10 стран (Австрии, Франции, Германии, Венгрии, Италии, Нидерландов, Польши, России, Бразилии и Испании). При проведении бактериологических исследований было выявлено, что в большинстве случаев возбудителем острого неосложненного цистита является кишечная палочка (76,7%). Выделенные штаммы кишечной палочки были высокочувствительны к фосфомицину, мезлилину, нитрофурантоину и ципрофлоксацину; относительно чувствительны к амоксицилину/клавуланату, цефуроксиму и налидиксовой кислоте и практически резистентны к ампициллину и триметоприму/сульфаметоксазолу.

К сожалению, в других странах мира резистентность основных возбудителей инфекций мочевыводящих путей еще выше. Так, согласно данным исследования S.J. Lee и соавт. (2008), проведенного в Корее, резистентность штаммов кишечной палочки к ципрофлоксацину составляет 20-38%, ампициллину — 53-73%, триметоприму/сульфаметоксазолу — 20-40%. Уровни резистентности *E. coli* к антибиотикам в Индии и Пакистане превышают указанные данные.

Проблема возрастания резистентности патогенных микроорганизмов к основным антибактериальным препаратам, которая возникла перед научным сообществом, требует поиска альтернативных решений в лечении распространенных инфекционных заболеваний.

## Что делать думающему врачу?

Одним из вариантов профилактики развития антибиотикорезистентности является ограничительная стратегия в отношении применения антибактериальных препаратов. Как известно, широкое и бесконтрольное использование антибиотиков приводит к резкому повышению резистентности; кроме того, после прекращения применения антибактериального препарата чувствительность к нему микроорганизмов восстанавливается не во всех случаях. Назначение антибиотиков строго по показаниям и в адекватной дозе помогает избежать уменьшения чувствительности к ним патогенов.

## Что меняется в современных рекомендациях?

1. Рассмотрим решение этой проблемы на примере бессимптомной бактериурии. Ранее бессимптомная бактериурия, по мнению ученых, требовала назначения антибактериальных препаратов. Сегодня показаниями к применению антибиотиков являются бессимптомная бактериурия во время беременности, перед урологическими операциями и трансплантацией почек. Во всех остальных случаях антибиотикотерапия при бессимптомной бактериурии не назначается.

2. Обоснованность этих рекомендаций подтверждается результатами исследования Harding et al (2002), в котором сравнивались эффективность антибактериальной терапии и плацебо в лечении бессимптомной бактериурии у пациентов с сахарным диабетом. В обеих группах не наблюдалось эпизодов обострения заболевания.

3. В пользу лечения бессимптомной бактериурии без антибиотиков свидетельствуют также результаты исследования Sait и соавт. (2012). Целью этого исследования было определить, влияет ли отсутствие лечения на частоту развития эпизодов инфекций мочевыводящих путей у женщин. Участницы исследования были разделены на две группы. Одной группе пациенток была назначена антибактериальная терапия, в отношении пациенток другой группы использовалась только тактика наблюдения. Результаты исследования показали, что отсутствие лечения не влияет на количество эпизодов.

## Феномен «хороших» бактерий

Подобный феномен можно объяснить низкой вирулентностью патогенного микроорганизма. Обычно при бессимптомной бактериурии колониеобразующие микроорганизмы обладают гораздо меньшей вирулентностью и не способны вызвать развитие острого воспаления. В то же время эти апатогенные (низковирулентные) бактерии, находящиеся в мочевыводящих путях, не позволяют размножаться там патогенным штаммам благодаря явлению бактериальной интерференции. Данный эффект используется для профилактики острого цистита и его рецидивов.

## Симптоматическая терапия против антибиотикотерапии

В нескольких исследованиях оценивалась эффективность симптоматической и антибактериальной терапии. Так, в рандомизированном контролируемом пилотном исследовании J. Bleidorn и соавт. (2010) оценивалась эффективность ибупрофена и антибиотикотерапии в лечении неосложненных воспалительных заболеваний мочевыводящих путей. В испытании принимали участие 80 относительно здоровых женщин в возрасте от 18 до 85 лет с дизурическими проявлениями, не имеющимиотягощающих факторов.

Больные 1-й группы получали ибупрофен в дозе 400 мг 3 раза в сутки в течение 3 дней, пациентки 2-й группы — ципрофлоксацин в дозе 250 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней. Интенсивность клинических проявлений оценивалась по балльной шкале (от 0 до 4) в начале исследования, на 4-й, 7-й и 28-й день. Результаты испытания продемонстрировали, что клинические проявления острого цистита уменьшились в обеих группах пациенток, однако частота бактериурии была ниже в группе участниц, принимавших ципрофлоксацин.

## Фитотерапия как альтернатива?

В качестве альтернативы антибактериальному лечению неосложненных воспалительных заболеваний мочевыводящих путей рассматривается также применение растительных препаратов, в частности Канефрона Н. В состав этого комбинированного растительного препарата входят золототысячник, любисток и розмарин, которые совместно оказывают диуретический, спазмолитический, антибактериальный, нефропротекторный, антиоксидантный и противовоспалительный эффекты. Все вышеуказанные компоненты препарата содержат активные вещества с противомикробными свойствами, которые способствуют ацидификации мочи и препятствуют росту бактерий.

Канефрон® Н представлен в нескольких лекарственных формах — в таблетированной и в форме капель. Взрослым препарат назначают по 2 таблетки или по 50 капель 3 раза в сутки; детям в возрасте старше 6 лет — по 25 капель или по 1 таблетке 3 раза в сутки, детям от 1 года до 5 лет — по 15 капель 3 раза в сутки.



Курт Г. Набер

Совместно с коллегами мы проанализировали клинический опыт применения препарата Канефрон® Н в профилактике и лечении урогенитальных и гестационных заболеваний в странах Восточной Европы и Центральной Азии. В обзоре были использованы результаты 16 клинических исследований эффективности, безопасности и дополнительных эффектов препарата по сравнению со стандартной терапией. Во всех работах было показано, что Канефрон® Н обладает хорошей клинической эффективностью, однако большинство этих исследований были неконтролируемыми, что снижало степень достоверности полученных данных.

## Эффективность Канефрона Н при инфекциях нижних мочевых путей доказана

Поэтому особого внимания заслуживают результаты нового открытого нерандомизированного многоцентрового исследования Д.Д. Иванова и группы ученых, в котором оценивались эффективность и безопасность монотерапии Канефроном Н в лечении неосложненных инфекционных заболеваний мочевыводящих путей. В исследовании участвовали 125 пациенток, которые принимали препарат в соответствующей дозе в течение 7 дней. Состояние пациентки оценивалось в 1-й, на 7-й и 37-й день с помощью осмотра и проведения лабораторных и инструментальных исследований. Назначение антибиотика было предусмотрено в случае, если клиническая картина ухудшалась или симптомы оставались без изменения.

На 7-й день исследования оценивали состояние пациентки, необходимость назначения антибиотикотерапии и наличие побочных эффектов. Ни у одной из 125 пациенток не было зафиксировано неблагоприятных эффектов, связанных с Канефроном Н. У 97,6% пациенток не потребовалось лечение антибиотиками до 7-го дня монотерапии Канефроном Н, что подтверждало эффективность фитопрепарата.

Также в начале исследования, на 7-й и 37-й день оценивалась интенсивность симптомов (дизурические явления, частота мочеиспусканий и тяжесть состояния) по 5-балльной шкале. На 7-й день 71,2% пациенток характеризовали интенсивность симптомов как незначительную. Важно отметить, что ни у одной из пациенток за время исследования не отмечали рецидивов заболевания.

Таким образом, в современном научном мире должны вестись поиски методов лечения распространенных инфекционных заболеваний, альтернативных использованию антибиотиков, с целью избегания антибиотикорезистентности. С этой позиции особого внимания заслуживают комбинированные растительные препараты, которые позволяют не только устранить клинические проявления заболевания, но и оказывать антибактериальное действие. В урологической практике с целью лечения инфекционных заболеваний нижних отделов мочевыводящих путей и в качестве профилактики рецидивов широко используется эффективный и безопасный препарат Канефрон® Н.

Подготовила Анастасия Лазаренко