

РЕЦИДИВЫ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ КАК СЛЕДСТВИЕ НЕРАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

© * Локтионова С.И., Филиппенко Н.Г.

Кафедра клинической фармакологии и фармакотерапии
Курского государственного медицинского университета;
* Орловская областная клиническая больница, Орел

Лечение больных имеет свои особенности, так как во время беременности необходимо предусмотреть не только ликвидацию воспалительного процесса в мочевых путях у матери, но и, используя медикаментозные средства, не нанести вреда плоду. Основным средством лечения пиелонефрита служат антибиотики. Данное исследование основано на изучении отдаленных результатов клинической и микробиологической эффективности аминопенициллинов и ингибиторзащищенных аминопенициллинов, применяемых в настоящее время для лечения острого гестационного пиелонефрита. Показано, что наиболее эффективными антибиотиками являются ингибиторзащищенные аминопенициллины.

Ключевые слова: острый гестационный пиелонефрит, антибиотикотерапия, рецидивы инфекции

URINARY SYSTEM INFECTION RECURRENCES, AS A CONSEQUENCE OF IRRATIONAL ANTIBACTERIAL CHEMOTHERAPY OF PYELONEPHRITIS IN PREGNANCY

Loktionova S.I., Filippenko N.G.

The Department of Clinical Pharmacology and Pharmacotherapy
of the Kursk State Medical University;
Orel Regional Clinical Hospital, Orel

The patients' treatment has its particular features since during pregnancy it is necessary to provide not only the elimination of inflammatory process in the urinary system in expecting mothers, but also not to do any harm to a germ using medicamentous therapy. The basic means of treatment of pyelonephritis are antibiotics. The given research is based on studying the remote results of clinical and microbiological efficiency of Aminopenicilline and Aminopenicilline + beta-laktamase-inhibitor, being used for treatment of pyelonephritis in pregnancy. It is shown, that the most effective antibiotics are Aminopenicillines + beta-laktamase-inhibitor.

Key words: pyelonephritis in pregnancy, antibiotic therapy, relapses of an infection.

В последние годы пиелонефрит вышел на второе место по частоте среди экстрагенитальных заболеваний у беременных, что определяет его значение среди факторов, влияющих на исходы беременности и родов для матери и плода [1]. Лечение больных имеет свои особенности, так как во время беременности необходимо предусмотреть не только ликвидацию воспалительного процесса в мочевых путях у матери, но и, используя медикаментозные средства, не нанести вреда плоду. Основным средством лечения пиелонефрита служат антибиотики [2]. Выбор антибактериальных препаратов должен основываться на спектре их антимикробной активности и уровне чувствительности к ним основных возбудителей пиелонефрита [3]. Поэтому обоснование выбора антибактериаль-

ного препарата для лечения острого гестационного пиелонефрита (ОГП) является выж-ным не только с позиций минимизации неблагоприятного действия на мать и плод, но и с позиций увеличения микробиологической эффективности препарата против возбудителя и отсутствия рецидива заболевания.

Цель нашего исследования состояла в том, чтобы оценить клиническую и микробиологическую эффективность антибактериальной терапии острого серозного гестационного пиелонефрита на протяжении беременности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За 2006 год в отделениях патологии беременности МЛПУЗ "Родильный дом г. Орла" и

ОГУЗ "Орловский родильный дом", а также в женских консультациях г. Орла под наблюдением находились пациентки с ОГП, получавшие комплексное лечение данного заболевания (антибактериальные препараты, уро-септики, позиционно-дренирующая терапия и др.). Общее количество беременных пациенток с ОГП - 44. Средний возраст беременных составил $22,4 \pm 3,9$ года, первобеременных – 73%. По локализации воспалительного процесса: правосторонний ОГП – 70%, левосторонний – 30%. Критериями включения в группы наблюдения служили: беременность 10 и более недель, наличие в анамнезе ОГП с консервативным лечением и соответствие критериям излеченности. Критериями исключения были осложненные формы ОГП (на фоне аномалий развития мочеполовой системы, оперативных вмешательств на органах мочевыделительной системы, эндоурологических процедур). 24 пациентки получали лечение на основе амоксициллина клавуланата (0,625 г x 3 раза в сутки per os), средняя длительность приема антибактериального препарата составила 8,7 суток – группа № 1. Группа № 2 – 20 пациенток, принимавших амоксициллин (0,5 x 3 раза в сутки per os), средняя длительность приема антибактериального препарата составила – 9,8 суток. Критериями излеченности служили: исчезновение клинических проявлений заболевания, позитивная динамика при ультразвуковом исследовании почек, а также отсутствие патологических изменений в моче трехкратно и ее стерильность при культуральном исследовании на момент выписки. Дизайн исследования пре-

дусматривал наблюдение за беременными с момента возникновения, излечения ОГП и до родов с регистрацией рецидивов инфекций мочевыделительной системы (ИМС) и их микробиологической верификацией. Клинически значимыми в ходе исследования считались: рецидивы инфекций мочевыделительной системы (бессимптомная бактериурия (ББУ), острый гестационный цистит (ОГЦ) с возбудителями, идентичными предыдущим.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средние сроки наблюдения за пациентками в группе № 1 составили – 19,8 недели, в группе № 2 – 21,2 недели. За время наблюдения у 5 пациенток в группе № 2 были выявлены рецидивы ИМС и у 1 пациентки в группе № 1. Характеристика форм рецидивов ИМС в группах наблюдения представлена в табл. 1.

Важно, что у 4 из 6 пациенток рецидив ИМС возник в сроки до 3 недель с момента окончания приема антибиотика. При рассмотрении клинического течения рецидивов ИМС у беременных в группах наблюдения необходимо отметить, что только в группе № 2 у одной пациентки возник рецидив ОГЦ с последующим развитием ОГП, потребовавшим проведение парентеральной антибактериальной и инфузионной терапии, в других случаях было достаточно перорального приема антибактериальных препаратов в составе комплексной терапии.

Таблица 1

Структура рецидивов инфекций мочевыделительной системы в группах наблюдения (случаев на группу наблюдения)

	Группа № 1 (n=24)	Группа № 2 (n=20)
ББУ	—	2
ОГЦ	1	2
ОГП	—	2
Всего пациенток	1	5

Сравнительная характеристика возбудителей рецидивов ИМС и возбудителей ОГП в группах наблюдения

	Группа № 1		Группа № 2	
	Возбудитель ОГП	Возбудитель рецидива ИМС	Возбудитель ОГП	Возбудитель рецидива ИМС
1.	<i>E. faecalis</i>	<i>E. faecalis</i>		
2.			<i>P. vulgaris</i>	<i>P. vulgaris</i>
3.			<i>E. coli</i>	<i>E. coli</i>
4.			<i>S. epidermidis</i>	<i>Klebsiella</i>
5.			<i>E. coli</i>	<i>E. coli</i>
6.			<i>E. coli</i>	<i>E. coli</i>
7.			<i>E. aerogenes</i>	<i>E. aerogenes</i>

При микробиологической верификации возбудителей рецидивов ИМС и их сравнении с предыдущим возбудителем ОГП, были получены следующие данные (табл. 2).

Данные таблицы свидетельствуют о сходстве возбудителей ИМС в ходе наблюдения, которые представлены в основном грам-отрицательной флорой.

Таким образом, на основании выполненного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Возникновение рецидивов ИМС при беременности, как правило, является следствием нерациональной антибиотикотерапии и обусловлено клинически значимыми возбудителями.

2. В связи с высокой частотой рецидивов ИМС при беременности с клинически значимыми возбудителями использование амоксициллина не рекомендуется.

3. Использование амоксициллина клавуланата при ИМС во время беременности по-

казывает хорошую клиническую и микробиологическую эффективность.

4. Для профилактики рецидивов ИМС рекомендуется проводить ежемесячный микробиологический мониторинг мочи беременных с верификацией возбудителей после перенесенного ОГП или другой инфекции мочевыделительной системы, вне зависимости от наличия клинической симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Гуртовой Б.Л., Шехтман М.М. Акушерская тактика при пиелонефрите беременных // Акуш. и гинек. – 1996. – № 2. – С. 24-26.
2. Шехтман М.М. Лечение пиелонефрита беременных // Терапевтич. архив. – 1996. – № 10. – С. 55-59.
3. Яковлев С.В. Антибактериальная терапия пиелонефрита // Consilium medicum. – Т. 2, № 4. – С. 156-159.