

Основні підходи лікування інфекції сечовивідних шляхів у практиці сімейного лікаря

Л. Ф. Матюха, Т. А. Титова

Національна медична академія післядипломної освіти імені Л. П. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення ефективності застосування перорального антимікробного препарату Флапрокс та оцінювання динаміки клініко-лабораторних показників порівняно з терапією нітрофуранами у пацієнтів із загостренням хронічної інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) в амбулаторних умовах.

Матеріали та методи. Проведено порівняльне дослідження терапії 40 пацієнтів (16 чоловіків, 24 жінок) із загостренням хронічного пієлонефриту. Учасників дослідження розподілили на групи. До основної групи (А) увійшли 26 хворих, які отримували препарат Флапрокс по 500 мг двічі на добу протягом 10 днів, до контрольної групи (В) – 14 хворих, які отримували препарат нітрофурану 100 мг 4 рази на добу протягом 10 днів. Середній вік пацієнтів становив $39,8 \pm 8,9$ року. **Результати.** Регресування клінічних проявів ІСШ у процесі дослідження відзначено в обох групах. В основній групі динаміка зменшення симптомів загальної інтоксикації та нормалізації місцевих симптомів і запальних змін у крові та сечі мала більш виражену тенденцію вже з 5-го дня лікування і зберігалася протягом всього курсу терапії.

Заключення. Застосування препарату Флапрокс протягом 10 днів дозволяє достовірно зменшити або усунути прояви дизурії, інфікування сечових шляхів (бактеріурія), запального процесу (лейкоцитурія) без негативних змін у біохімічному аналізі крові. Терапія інфекції сечових шляхів препаратом Флапрокс свідчить про ефективність порівняно із застосуванням нітрофуранів та досягнення позитивної динаміки клінічних і лабораторних показників у більш короткі терміни.

Ключові слова: інфекції сечовивідних шляхів, пієлонефрит, Флапрокс, кишкова паличка, біоплівки, лейкоцитурія, бактеріурія.

Терміном «інфекція сечових шляхів» позначають запальний процес, що локалізується в різних відділах сечовидільної системи. У структурі інфекційної захворюваності інфекція сечових шляхів (ІСШ) посідає друге місце, поступаючись лише респіраторним інфекціям, у той час як власне пієлонефрит зустрічається у практиці сімейного лікаря дуже часто в різних його проявах.

Серед дорослої популяції жінки у 30–50 разів частіше, ніж чоловіки, страждають від ІСШ, а протягом життя до 60% жінок стикаються з епізодом ІСШ. У кожній четвертій пацієнтки цієї вікової групи протягом року ІСШ рецидивує. У похилому і старечому віці частота ІСШ у жінок і чоловіків поступово зрівнюється, що зумовлено розвитком практично у 100% доброякісною гіперплазією передміхурової залози (ДГПЗ) у чоловіків, яка порушує уродинаміку.

Часто рецидивуючий гострий пієлонефрит у хворих без ниркового анамнезу спричиняє розвиток хронічного процесу, якому сприяє наявність обструкції сечовивідних шляхів, аномалій і порушення структури ниркової тканини. Персистенція захворювань протягом тривалого часу призводить до зниження функції нирок за рахунок розвитку тубулоінтерстиціальних змін, порушення уродинаміки та розвитку хронічної хвороби нирок. Це зумовлює не тільки медичну, але й економічну значущість даної проблеми.

Пієлонефрит – це інфекційно-запальний процес, який перебігає переважно в чашково-мисковій системі та інтерстиції нирки.

Епідеміологія інфекцій сечовивідних шляхів різна. Структура мікрофлори залежить від нозології захворювання, перебігу хвороби, чинників, які провокують запальний процес. Залежно від виду збудника ІСШ може бути бактеріальної, вірусної, мікотичної та нез'ясованої етіології. Найбільш часто при ІСШ висіваються представники сімейства *Enterobacteriaceae*, а серед них – кишкова паличка (*E. coli*), частка якої, за даними різних авторів, коливається від 40% до 90%.

Багатоцентрове дослідження АРМІДА, проведене в різних містах нашої країни у 2000–2001 р., виявило, що в 57% випадків збудником позаликарняної ІСШ у дітей є кишкова паличка, в 9% – протей, в 9% – ентерококи, в 9% – клібсієли, в 6% – ентеробактери, в 6% – синьогнійна паличка і в 4% – стафілококи.

У процесі вітчизняного багатоцентрового дослідження ДАРМІС (2011) встановлено, що кишкова паличка є збудником ІСШ у 63,5% пацієнтів, проте частота її виділення істотно не відрізняється у хворих з неускладненими та ускладненими інфекціями (мал. 1–3, табл. 1, 2).

Таблиця 1

Класифікація ІСШ (EAU Urological Infections Guidelines, 2017)

Класифікація ІСШ	
Неускладнені інфекції сечовивідних шляхів	Гострі, спорадичні або рецидивуючі інфекції сечовивідних шляхів нижніх (неускладнений цистит) і/або верхніх (неускладнений пієлонефрит). Невагітні жінки, до менопаузи, без відомих анатомічних і функціональних аномалій у сечовому тракті або супутніх захворювань
Ускладнені інфекції сечовивідних шляхів	Усі ІСШ, які не визначені як ускладнені. Усі пацієнти мають ризики ускладненого перебігу ІСШ: усі чоловіки, вагітні, пацієнти з анатомічними або функціональними порушеннями сечового тракту, постійними сечовими катетерами, захворюваннями нирок і/або іншими супутніми імунodefіцитними станами (наприклад, діабет)
Рецидивуючі інфекції сечовивідних шляхів	Повторення неускладнених і/або ускладнених ІСШ з частотою не менше трьох випадків ІСШ на рік або два ІСШ за останні 6 міс
Катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів	Катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів відносяться до ІСШ, що виникають у людини, чиї сечові шляхи в даний час піддаються катетеризації або були катетеризовані протягом останніх 48 год
Уросепсис	Системний, наявна негативна відповідь хазяїна на інфекцію сечовивідних шляхів і/або чоловічих статевих органів. Уросепсис супроводжується ознаками системного запалення, наявністю симптомів органної дисфункції і стійкою гіпотонією, пов'язаною з тканинної анемією

Атипова флора (хламідії трахоматис, уреоплазма і мікоплазма), на думку більшості авторів, здатна викликати уrogenітальні захворювання на дистальному рівні (уретрит, вульвіт, вульвовагініт, баланопостит), але не може бути етіологічним фактором пієлонефриту.

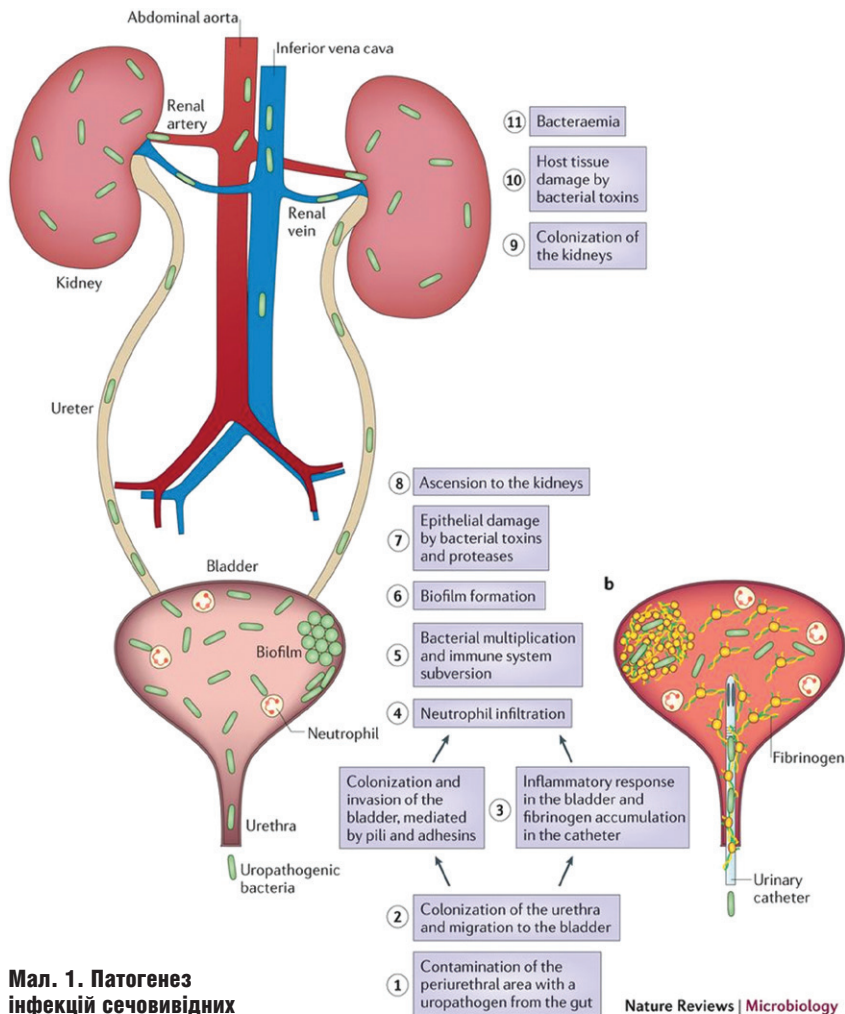
Інфікуванню сечових шляхів перешкоджають захисні бар'єри макроорганізму:

- анатомо-функціональні особливості нижніх відділів сечостатевої системи (довжина сечівника і секрет передміхурової залози у чоловіків, вагінальний секрет у жінок, що інгібують розмноження бактеріальної флори);
- механічна елімінація збудників (відведення під час сечовипускання інфікованої сечі та змив мікробів зі стінок сечового міхура), наявність везикоуретральних клапанів;
- фізико-хімічні показники сечі (низький рівень рН та коливання осмолярності сечі, високий вміст сечовини та органічних кислот);
- морфологічні особливості будови слизової оболонки сечового міхура (наявність глікозаміногліканів на поверхні, присутність макрофагів у підслизовому шарі);
- імунологічні властивості сечі (присутність у сечі імуноглобуліну А і уромодуліну із залишками манози на поверхні, з якими реагують фімбрії *E. coli*).

Виходячи з локалізації, інфекції поділяють на інфекції верхніх (пієлонефрит, абсцес і карбункул нирки, апостематозний пієлонефрит) і нижніх (цистит, уретрит) відділів.

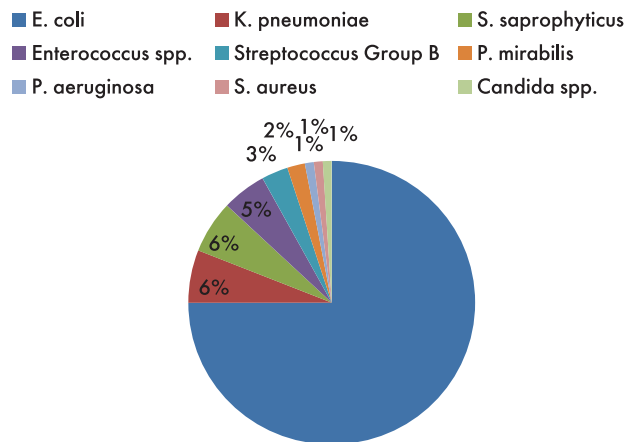
За характером перебігу захворювання поділяють на ускладнені та неускладнені ІСШ.

Неускладнені ІСШ зазвичай виникають без супутніх захворювань і структурних змін у нирках та сечовивідних шляхах і не вимагають госпіталізації.

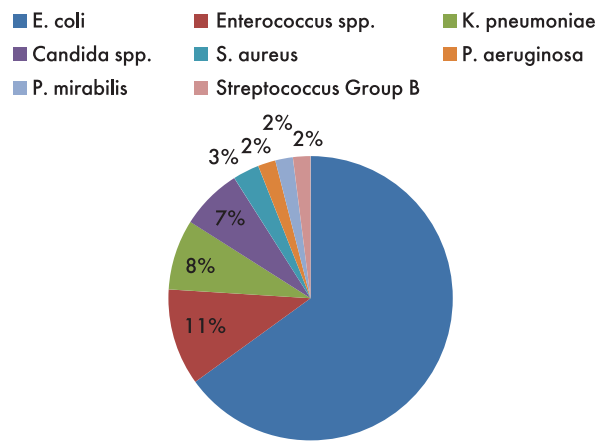


Мал. 1. Патогенез інфекцій сечовивідних шляхів

Ускладнені інфекції виникають у хворих із сечокам'яною хворобою, полікістозом нирок, ДГПЗ, на тлі катетеризації сечового міхура і/або при інструментальних (інвазивних) методах дослідження, а також у хворих із супутніми захворюваннями, такими, як цукровий діабет, подагра, інші метаболічні порушення або пацієнти з анатомічними аномаліями,



Мал. 2. Бактеріальний спектр неускладнених ІСШ (Flores-Mireles, 2015)



Мал. 3. Бактеріальний спектр ускладнених ІСШ (Flores-Mireles, 2015)

Таблиця 2

Класифікація ІСШ (Україна, 2005)

ІСШ		
Гострі	Неускладнені	Хронічні > 3 міс
Цистит	ускладнені	Цистит
Пієлонефрит	Рецидиви	Пієлонефрит
ІСШ без визначення топіки		ІСШ без визначення топіки

що затримують сечу та недостатньо спустошують сечовий міхур. Слід мати на увазі, що для чоловіків будь-які інфекції сечостатевої органів розглядаються як ускладнені.

За походженням поділяють на позалікарняні і нозокоміальні (розвиваються через 48 год у стаціонарі) сечостатевої інфекції. Мікрофлора, що міститься у сечовивідних шляхах хворого, протягом 2 діб в умовах стаціонару заміщається внутрішньолікарняними штамами, які вже несприйнятливі до певних ліків.

Існує певна різниця у проявах клінічних симптомів ІСШ у чоловіків і жінок. У чоловіків сечовивідна бактеріальна інфекція у чистому вигляді зустрічається відносно рідко, у більшості випадків вона пов'язана з відсутністю особистої гігієни. Сечостатева інфекція у чоловіків найчастіше перебігає як уретрит або простатит. Захворювання практично завжди має гостру форму, що змушує чоловіків невідкладно звернутися до лікаря.

Для жінок є характерним швидкий розвиток висхідної інфекції. Бактеріальні інфекції легко можуть потрапити у сечовий міхур з подальшим проникненням по сечоводу в ниркові миски. Найчастіше ІСШ не має гострого характеру і, як наслідок, до лікарів жінка звертається лише через деякий час (табл. 3).

Клінічна картина хронічного пієлонефриту зумовлена поширеністю та активністю запального процесу в нирках, наявністю морфологічних змін у тканинах нирок (вираженість склеротичних процесів), ступенем порушення функціонального стану нирок, наявністю супутніх захворювань. Основною морфологічною ознакою хронічного пієлонефриту, який вирізняє його від інших тубулоінтерстиціальних порушень, є обов'язкове залучення до процесу чашково-мискової системи.

Поза загостренням хронічний пієлонефрит перебігає з незначною симптоматикою, пацієнти відзначають стомлюваність, зниження працездатності тощо, скарги зазвичай не асоціюються з конкретним захворюванням. Виявляються такі симптоми, як епізоди невмотивованого субфебрилітету, дизуричні розлади сечовиділення (поліурія, ніктурія),

можливо біль у ділянці нирок. Нерідко єдиним проявом хронічного пієлонефриту є ізольований сечовий синдром (лейкоцитурія, бактеріурія, протеїнурія, зазвичай не більше 1 г/добу) або поєднання сечового синдрому з анемією (за відсутності ниркової недостатності), артеріальною гіпертензією.

Для підтвердження діагнозу хронічного пієлонефриту особливу роль відіграє внутрішньовенна урографія, що виявляє зниження тону верхніх сечових шляхів, деформацію чашок, пієлоектазії. Комп'ютерна томографія дозволяє отримати інформацію про масу і щільність паренхіми нирок, стан мисок, судинної ніжки, паранефральної клітковини. За допомогою ультразвукових методів уточнюються розміри органа, можна виявити рентгеннегативні камені (уратні, цистинові), внутрішньопаренхіматозні кісти.

Діагноз хронічного пієлонефриту ґрунтується головним чином на виявленні цих відмінностей.

Основним методом лікування ІСШ є антимікробна терапія. Немає доказових даних щодо ефективності інших методів для одужання від ІСШ. Як і при інших бактеріальних інфекціях, чутливість збудників до антибіотиків має вирішальне значення у разі вибору препарату для емпіричної терапії ІСШ. Водночас структура збудників, що викликають неускладнену ІСШ, досить передбачувана, оскільки в більшості випадків інфекцію викликає *E. coli*.

У схемах терапії для лікування ІСШ найчастіше застосовують фторхінолони, які в багатьох міжнародних рекомендаціях та посібниках зазначаються в якості препаратів вибору при терапії ІСШ. Проте останнім часом відзначається швидке зростання резистентності уропатогенної *E. coli* до препаратів цієї групи (табл. 4). Вважається, що при рівні резистентності у популяції більше 10% на застосування препаратів вводяться обмеження.

За результатами міжнародного багатоцентрового дослідження антибіотикорезистентності неускладнених ІСШ, викликаних кишковою паличкою, AREST (2008–2009), чутливість до цiproфлоксацину зберігається на високому рівні, що дозволяє застосовувати його у схемах лікування.

Гострі інфекції сечовивідних шляхів (ГІСШ) характеризуються частими загостреннями, де необхідно диференціювати реактивацію існуючого вогнища інфекції від реінфекції, тому ефективне лікування можливо тільки за умови відновлення нормальної уродинаміки і корекції факторів, що ускладнюють перебіг захворювання і супутніх захворювань.

Мета лікування ГІСШ – профілактика уросенсису, рецидиву захворювання, попередження розвитку ускладнень і пошкодження паренхіми нирок.

Таблиця 3

Критерії встановлення діагнозу ІСШ відповідно до протоколів IDSA/ESMID (EUA, 2011)

Нозологія	Клінічні симптоми	Лабораторні дані
Гострий цистит	Дизурія, часті болючі сечовипускання за відсутності таких проявів протягом останнього місяця	<ul style="list-style-type: none"> Лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$ Колонійутворювальних одиниць $\geq 10^{34}/\text{мл}$
Гострий неускладнений пієлонефрит	Лихоманка, біль у животі або попереку за відсутності інших діагнозів та вад розвитку	<ul style="list-style-type: none"> Лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$ Колонійутворювальних одиниць $\geq 10^4/\text{мл}$
Ускладнені ІСШ	Різноманітні комбінації наведених вище симптомів за наявності факторів ризику	<ul style="list-style-type: none"> Лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$ Колонійутворювальних одиниць $\geq 10^{45}/\text{мл}$
Безсимптомна бактеріурія	Відсутність клінічних симптомів	<ul style="list-style-type: none"> Лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$ Колонійутворювальних одиниць $\geq 10^5/\text{мл}$ у 2 культурах, узятих з інтервалом у 24 год
Рецидивні ІСШ (антибіотикопрофілактика)	Як мінімум 3 епізоди неускладнених ІСШ, що підтверджені посівами протягом останніх 12 міс. Тільки для дівчаток, які не мають структурних або функціональних порушень	<ul style="list-style-type: none"> Лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$ Колонійутворювальних одиниць $\geq 10^4/\text{мл}$

Таблиця 4

Резистентність і чутливість кишкової палички у дослідженні AREST(2008–2009)

Резистентність, %	Чутливість, %
Ампіцилін – 48,3	Фосфоміцин – 98,1
Ко-тримоксазол – 29,4	Мецилінам – 95,8
Налідиксова кислота – 18,6	Нітрофурантоїн – 95,2
	Ципрофлоксацин – 91,7
	Ко-амоксиклав – 82,5
	Цефуроксим – 82,4

Розрізняють три тактики антимікробної терапії інфекції сечовивідних шляхів:

- ерадикаційна – тривалість 2–4 тиж, метою проведення є ерадикація збудника, купіювання симптомів ІСШ та запобігання розвитку ускладнень;
- профілактична – протягом 6 міс застосовують зменшені дози антимікробних препаратів (наприклад, ципрофлоксацин по 100 мг 1 раз на добу), мета – попередження рецидивів захворювання;
- супресивна – тривале застосування (місяці і роки), терапевтична доза антимікробного препарату знижується до підтримувальної.

При лікуванні неускладненого пієлонефриту легкого та середнього ступеня тяжкості рекомендована ерадикаційна терапія антибактеріальними препаратами класу фторхінолонів; альтернативними можуть бути цефалоспорины: цефподоксим, цефтибутен. При визначеній чутливості локальних уропатогенів можливе застосування ко-тримоксазолу або ко-амоксиклаву. Тривалість лікування становить 7–14 днів, при лікуванні левофлоксацином у дозі 750 мг/добу – лише коротший курс (5 днів).

Неускладнений пієлонефрит тяжкої форми вимагає звичай стаціонарного лікування з парентеральним введенням антибактеріальних препаратів, хоча у разі клінічного поліпшення можливе переведення пацієнта на пероральне вживання того самого антибактеріального препарату (табл. 5). Препаратами вибору також залишаються фторхінолони, альтернативними антибактеріальними препаратами – цефалоспорины. У тяжких випадках виправдане застосування карбапенемів (іміпенем, ертапенем, меропенем, доріпенем) і захищених цефалоспоринов (наприклад, цефтолозан/тазобактам, цефтазидим/авібактам, піперацилін/тазобактам).

Емпірична антибіотикотерапія рекомендована також при ускладнених ІСШ. Препаратами вибору залишаються фторхінолони, цефалоспорины III і IV покоління, аміноглікозиди. У випадках повторної терапії (після попередньої невдалої антибіотикотерапії) пацієнту можуть бути показані фторхінолони (якщо спочатку використовувалися антибактеріальні препарати іншого класу), захищені цефалоспорины, карбапенеми.

Хронічний пієлонефрит у фазі загострення загальноприйнято лікувати як гострий пієлонефрит. Не підлягає сумніву

необхідність усунення обструкції, відновлення нормального пажу сечі, стимуляції імунітету, профілактики загострень ІСШ. Значення цих заходів особливо показово у пацієнтів з міхурово-сечовідним рефлексом і рефлекс-нефропатією.

Показанням до госпіталізації є неможливість ліквідації ускладнень або наявність клінічних симптомів сепсису. Для його верифікації використовують тест на прокальцитонін. Після покращення стану пацієнта переводять на пероральне вживання зазначених вище антибіотиків, якщо виявлений мікроорганізм чутливий до них до завершення 1–2-тижневого курсу лікування.

Було проведено дослідження препарату Флапрокс в амбулаторіях сімейної медицини.

Мета дослідження: вивчення динаміки клініко-лабораторних показників у пацієнтів з загостренням хронічної ІСШ на фоні терапії препаратом Флапрокс в амбулаторних умовах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні з одночасним контролем взяли участь 40 пацієнтів (16 чоловіків, 24 жінки) із загостренням хронічного пієлонефриту. До основної групи (А) увійшли 26 хворих, до контрольної (В) – 14 хворих. Середній вік обстежених становив 39,8±8,9 року.

Вплив препарату визначали в умовах амбулаторії селища Хотів Київської області. Усі пацієнти основної групи А (26 хворих) отримували препарат Флапрокс в якості монотерапії, пацієнти контрольної групи В – стандартну терапію фурагіном (антибактеріальний засіб іншої групи). На етапі лікування основна і контрольна група були підібрані за діагнозом, віком, статтю.

Пацієнти групи А приймали препарат Флапрокс по 500 мг двічі на добу протягом 10 днів.

Пацієнти контрольної групи В отримували стандартну терапію, яка передбачала використання нітрофуранів (фурагін) 0,1 г 4 рази на добу протягом 10 днів. Усі пацієнти дотримувалися дієти, водного режиму; у перші 2 дні лікування їм призначали жарознижувальні препарати, які в подальшому були відмінені.

На 5-у добу лікування та на 10-у добу закінчення антибактеріальної терапії був проведений контроль стану пацієнтів. У хворих визначали клінічні прояви загострення ІСШ та симптоми інтоксикації організму. Серед клінічних ознак оцінювали загальні симптоми інтоксикації (підвищення температури, наявність головного болю, біль у м'язах, пітливість, слабкість) і місцеві прояви захворювання у формі дизуричних проявів, болю у попереку, болю при пальпації в області нирок, позитивний симптом Пастернацького. Інформацію про стан хворих і отримані результати терапії заносили в індивідуальні реєстраційні картки.

У динаміці стан пацієнтів та ефективність лікування контролювали також за показниками лабораторних та інструментальних досліджень. Показники крові і сечі оцінювали до початку терапії, на 5-у добу лікування та одразу після закінчення антибактеріальної терапії. Для визначення вираженості загострення процесу в крові визначали рівень лей-

Таблиця 5

Рекомендовані схеми емпіричної пероральної антимікробної терапії при неускладненому пієлонефриті (Guidelines EUA 2017) [9]

Антимікробний препарат	Добова доза	Тривалість терапії	Примітки
Ципрофлоксацин	500–750 мг двічі на добу	7 днів	Стойкість до фторхінолону повинна бути менше 10%.
Левофлоксацин	750 мг на добу	5 днів	
Триметоприм сульфаметоксазол	160/800 мг двічі на добу	14 днів	Якщо такі агенти використовують емпірично, слід вводити первинну внутрішньовенну дозу тривалої парентеральної антимікробної терапії (наприклад, цефтриаксону).
Цефподоксим	200 мг двічі на добу	10 днів	
Цефтибутен	400 мг на добу	10 днів	

Таблиця 6

Загальні симптоми інтоксикації

Показник	До лікування		3-я доба лікування		10-а доба лікування	
	Група А	Група В	Група А	Група В	Група А	Група В
Симптоми інтоксикації						
Температура	підвищена	підвищена	-	52%	-	-
Головний біль	+++	+++	+	++	-	-
Біль у м'язах	+++	+++	+	++	-	-
Пітливість	+++	+++	+	++	-	-
Слабкість	+++	+++	+	+++	-	+

Таблиця 7

Місцеві симптоми

Показник	До лікування		5-а доба лікування		10-а доба лікування	
	Група А	Група В	Група А	Група В	Група А	Група В
Місцеві клінічні прояви						
Дизурія	100%	100%	31%	43%	0%	1%
Біль у попереку	100%	100%	48%	56%	0%	0%
Болючість при пальпації в ділянці нирок	100%	100%	59%	68%	0%	0%
Симптом Пастернацького	позитивний	позитивний	негативний	позитивний 62%	негативний	негативний

Таблиця 8

Лабораторні показники

Показник	До лікування		5-а доба лікування		10-а доба лікування	
	Група А	Група В	Група А	Група В	Група А	Група В
Сечовий осад						
Лейкоцитурія	100%	100%	18%	23%	0%	0%
За Нечипоренком	100%	100%	26%	34%	0%	11%
Бактеріурія	++	++	-	+	-	-
Епітелій сечових шляхів	+++	+++	+	++ 17%	-	+ 3%
Кров						
Лейкоцитоз	+++	+++	+	++	-	-
ШОЕ	++	++	++	+++	+	++
УЗД						
Ультразвукова візуалізація нирок (зміни кортико-медулярного шару)	+++	+++	+	++	-	+

коцитозу, зміщення лейкоциторної формули вліво, динаміку швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ); за даними загального аналізу сечі й аналізу сечі за Нечипоренком, проводили макроскопічне дослідження сечі та мікроскопічне дослідження сечового осаду (лейкоцитурія, ураження епітелію сечових шляхів, наявність бактеріурії).

Ультразвукове дослідження проводили усім хворим до антибактеріальної терапії і після, в ході якого оцінювали стан кортико-медулярного шару.

У пацієнтів, які брали участь у дослідженні, супутні захворювання були у стані ремісії та компенсації.

Критерії виключення з дослідження:

- хронічна ниркова недостатність;
- об'ємні процеси;
- вагітність;
- наявність сечового катетера;
- гострий пієлонефрит;
- гострий цистит;
- анемія.

Критерії ефективності: зменшення клінічних проявів (дизурії, болю у попереку, зниження температури, больового синдрому, болю у м'язах, пітливості, слабкості), лабораторних ознак загострення (лейкоцитурія, бактеріурія),

ультразвукових змін (покращення стану кортико-медулярного шару).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Включення препарату Флопрокс до лікування загострення хронічної ІСШ дозволяє швидше, ніж у контрольній групі, досягти бажаного терапевтичного ефекту. У пацієнтів основної групи (А) швидше, ніж в контрольній (В) зменшувалися клінічні прояви, лабораторні та інструментальні показники. Симптоми інтоксикації, головний біль проходили на 3-ю добу. Дизуричні прояви зменшувалися на 5-у добу в 69% пацієнтів основної групи та у 57% – контрольної. Симптом Пастернацького ставав негативним на 5-у добу, чутливість при пальпації нирок зберігалася на 5-у добу у 59% пацієнтів першої групи та 68% – контрольної (табл. 6, 7).

Під час лабораторних досліджень виявлено зникнення змін у сечі. Так, лейкоцитурія поступово зменшувалася у двох групах, однак у групі А швидше, і показники кількості на 5-у добу були меншими; лейкоцити у пробі за Нечипоренком знизилися до 10–20 у полі зору ± 3–4 (p<0,01) в А групі у 100% пацієнтів 10-у добу, у контрольній групі В – у 89% хворих. Зменшення бактеріурії відмічалася в обох групах однаково на 10-у добу (табл. 8).

ВИСНОВКИ

Отримані результати свідчать про швидкий терапевтичний ефект лікування загострень хронічної інфекції сечовидних шляхів (ІСШ) лікарським засобом Флапрокс в дозу-

Основные подходы лечения инфекции мочевыводящих путей в практике семейного врача
Т.Ф. Матюха, Т.А. Титова

Цель исследования: изучение эффективности применения перорального антимикробного препарата Флапрокс и оценка динамики клинико-лабораторных показателей по сравнению с терапией нитрофуранами у пациентов с обострением хронической инфекции мочевыводящих путей (ИМП) в амбулаторных условиях.

Материалы и методы. Проведено сравнительное исследование терапии 40 пациентов (16 мужчин, 24 женщин) с обострением хронического пиелонефрита. Участники исследования были разделены на группы. В основную группу (А) вошли 26 больных, получавших препарат Флапрокс по 500 мг дважды в сутки в течение 10 дней, в контрольную группу (В) – 14 больных, получавших препарат нитрофурана 100 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней. Средний возраст пациентов составил 39,8±8,9 года.

Результаты. Регрессирование клинических проявлений ИМП в процессе исследования отмечено в обеих группах. В основной группе динамика уменьшения симптомов общей интоксикации и нормализации местных симптомов и воспалительных изменений в крови и моче имела более выраженную тенденцию уже с 5-го дня лечения и сохранялась в течение всего курса терапии

Заключение. Применение препарата Флапрокс в течение 10 дней позволяет достоверно уменьшить или устранить проявления дизурии, инфицирование мочевых путей (бактериурия), воспалительного процесса (лейкоцитурия) без негативных изменений в биохимическом анализе крови. Терапия инфекции мочевых путей препаратом Флапрокс показывает эффективность по сравнению с применением нитрофуранов и достижение положительной динамики клинических и лабораторных показателей в более короткие сроки.

Ключевые слова: инфекции мочевыводящих путей, пиелонефрит, Флапрокс, кишечная палочка, биопленки, лейкоцитурия, бактериурия.

ванні по 500 мг двічі на добу. На тлі застосування препарату швидше змінювалися загальні і місцеві клінічні прояви, лабораторні та інструментальні показники. Це дозволяє рекомендувати препарат Флапрокс як монотерапію при лікуванні загострень хронічної ІСШ.

Basic approaches to treatment of urinary tract infection in the practice of a family doctor
L.F. Matyukha, T.A. Titova

The objective: a comparative study was aimed at the study of the effectiveness and evaluation of the dynamics of clinical and laboratory parameters of therapy with oral antimicrobial Flaprox versus nitrofurantoin therapy in patients with exacerbation of chronic urinary tract infection in outpatient settings.

Materials and methods. The study included 40 patients (16 men, 24 women) with exacerbation of chronic pyelonephritis. Participants in the study were divided into 2 groups: 26 patients who received Flaprox 500 mg twice a day for 10 days in the main group (A), 14 patients in the control group (B) received nitrofurantoin 100 mg 4 once a day for 10 days. The mean age of the patients was 39,8±8,9 years.

Results. The regression of clinical manifestations of urinary tract infection in the study process was noted in both groups. In the main group, the dynamics of reduction of symptoms of general intoxication and normalization of local symptoms and inflammatory changes in blood and urine has a more pronounced tendency from 5 days of treatment and persisted throughout the course of therapy.

Conclusions. Flaprox using for 10 days allowed to reliably reduce or eliminate dysuria, infection of the urinary tract (bacteriuria), and inflammatory process (leukocyturia) without negative changes in the blood biochemistry analysis. Therapy of UTI with Flaprox demonstrates efficacy in comparison with the use of nitrofurans and the achievement of positive dynamics of clinical and laboratory parameters in a shorter time.

Key words: urinary tract infections, pyelonephritis, Flaprox, Escherichia coli, biofilms, leukocyturia, bacteriuria.

Сведения об авторах

Матюха Лариса Федоровна – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени Л.П. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

Титова Татьяна Анатольевна – Кафедра семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени Л.П. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (044) 205-49-46

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ермоленко В.М., Филатова Н.Н., Малоч А.В. Инфекция мочевых путей и ее лечение в возрастном аспекте / Лечащий врач. – 2012. – № 8.
2. Палагин И.С. и соавт. Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011). /Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2012. – Т. 14, № 4.
3. Синякова Л.А., Косова И.В. Антимикробная терапия неосложненных инфекций мочевых путей / Consilium Medicum. – 2014. – № 07.
4. Перепанова Т.С., Козлов Р.С. и др. Эмпирический выбор антимикробных препаратов при неосложненной инфекции нижних мочевых путей: исследование резистентности возбудителей «ДАРМИС»/ Экспериментальная и клиническая урология. – 2012. – № 2.
5. Ana L. Flores-Mireles, Jennifer N. Walker, Michael Caparon & Scott J. Hultgren. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. Nature Reviews Microbiology 13, 269–284 (2015).
6. Guidelines on urological infections/ European Association of Urology, 2015.
7. Иванов Д.Д., Кушніренко С.В. Інфекції сечових шляхів у практиці сімейного лікаря / Семейная медицина. – 2015. – № 2 (58).
8. Иванов Д.Д. Інфекції сечових шляхів: лікування піелонефриту / Журнал «Почки». – 2013. – № 3.
9. Guidelines on urological infections /European Association of Urology, 2017.

Статья поступила в редакцию 07.06.2018