Новый взгляд на лечение инфекций мочевыводящей системы

14 марта в г. Киеве состоялась научно-практическая конференция «Здоровые почки всем и везде», посвященная Всемирному дню почки. В мероприятии принимали участие ведущие отечественные специалисты-нефрологи.

Большой интерес аудитории вызвал доклад **руководителя отдела эфферентных технологий ГУ «Институт нефрологии НАМН Украины» (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Ирины Алексеевны Дударь**, в котором были представлены основные аспекты этиологии инфекций мочевыводящей системы (ИМС), рассмотрены проблемные аспекты лечения этих заболеваний и возможные терапевтические решения. Предлагаем ознакомиться с обзором этого доклада в формате «вопрос – ответ».

Часто ли встречаются ИМС среди населения?

ИМС занимают 2-е место по распространенности среди всех инфекционных заболеваний (после инфекций дыхательных путей). Ежегодно в мире регистрируется 150 млн случаев ИМС. В амбулаторной практике это наиболее частая бактериальная инфекция: хотя бы раз в течение жизни эпизод ИМС имеет место у 50-70% женщин, из них у 25-40% в ближайшие 6-12 мес заболевание рецидивирует.

Кто болеет чаще – мужчины или женщины?

Показатели заболеваемости варьируют в зависимости от возраста. Так, в детстве девочки болеют реже. Среди младенцев до 3 мес распространенность ИМС составляет 7,5% у девочек против 20,1% у мальчиков. Затем соотношение выравнивается и в возрасте до 1 года ИМС болеют 2% девочек и 3,7% мальчиков. Во взрослой популяции ИМС у женщин встречается в 5-10 раз чаще, чем у мужчин.

Какие бактерии наиболее часто становятся причиной ИМС?

Основным возбудителем ИМС является *Escherichia coli*. В глобальном масштабе на долю этого микроорганизма приходится 75% неосложненных ИМС и 65% осложненных случаев инфекции. Реже причиной ИМС выступают *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Candida spp.*

Результаты анализа региональной резистентности также подтверждают преобладание *E. coli* среди возбудителей ИМС. Например, в ходе проводившегося в период с 2005 по 2015 год анализа этиологического спектра уропатогенов, идентифицированных в моче женщин с хронической неосложненной ИМС, которые проживают в Киевском регионе, в 51% случаев обнаруживали *E. coli*, в 21,6% – *Enterococcus spp.* (среди которых *E. faecalis* идентифицирован в 80,5% случаев, *E. faecium* – в 19,5%).

Таблица. **Критерии неосложненных и осложненных ИМС**

Критерии	Неосложненные ИМС	Осложненные ИМС
Демографические	Молодые небеременные женщины	Мужчины и женщины пожилого возраста
Состояние мочевыводящих путей	Анатомические и функциональные аномалии отсутствуют	Анатомические и функциональные нарушения
Инвазивные урологические процедуры	Нет	Цистоскопия, уретроскопия, катетеризация почки и другие эндоуретральные манипуляции
Сопутствующие заболевания	Нет	Мочекаменная болезнь, поликистозная болезнь почек, сахарный диабет и др.
Репродуктивный статус	Сексуально активные женщины	Беременность, постменопаузальный период
Возбудители	Преимущественно один	Часто микст-инфекция
Лечение	Амбулаторное	Стационарное

Как классифицируют ИМС?

ИМС делятся на неосложненные (цистит, пиелонефрит, рецидивирующая инфекция) и осложненные (катетерассоциированные инфекции, ИМС у мужчин, уросепсис). Критерии неосложненной и осложненной ИМС более подробно представлены в таблице.

Какому препарату следует отдать предпочтение?

Для лечения ИМС могут применяться антибиотики широкого спектра (фторхинолоны, ингибиторзащищенные аминопенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды) и уросептики. При выборе препарата нужно учитывать такие показатели, как эффективность в клинических исследованиях, спектр действия, чувствительность и уровень резистентности уропатогенов, а также соотношение цены и качества лекарственного средства, профиль безопасности, возможные побочные эффекты и режим дозирования.

С какими проблемами сталкиваются врачи и пациенты в лечении ИМС?

В Guidelines EAU 2018 г. отмечено, что проблема антибиотикорезистентности по-прежнему остается актуальной. За период 2005-2015 гг. наблюдалось увеличение резистентности возбудителей ИМС к триметоприму/сульфаметоксазолу, хинолонам/фторхинолонам, цефалоспоринам III поколения, пенициллинам и карбапенемам. Резистентность штаммов *E. coli* <10% установлена для цефалоспоринов II-IV поколения, аминогликозидов и производных нитрофуранов; *Enterococcus spp.* – для цефалоспоринов IV поколения, пенициллинов и производных нитрофуранов.

Какие меры профилактики используются для предупреждения рецидивов ИМС?

Общеизвестно, что у 25-40% женщин после первого эпизода ИМС случается рецидив. С профилактической целью рекомендуется длительный прием антибактериальных средств в низких дозах. Альтернативным способом борьбы с рецидивированием ИМС является посткоитальная антибактериальная профилактика.

Применяются ли фитопрепараты для лечения ИМС?

Следует отметить, что сегодня растительные препараты для лечения ИМС используются все шире. Это связано с развитием резистентности возбудителей ИМС к антибактериальным средствам. Препараты на растительной основе можно использовать длительно, что важно для профилактики рецидивов ИМС, их прием хорошо переносится пациентами. Из всех фитопрепаратов самую большую доказательную базу имеет Канефрон® Н.

Как действует Канефрон® Н?

Канефрон® Н – это растительный лекарственный препарат, в состав которого входит трава золототысячника, корень любистка и листья розмарина. Препарат обладает диуретическим, спазмолитическим, противовоспалительным, антибактериальным и нефропротекторным действием.

Проводились ли исследования по оценке эффективности и безопасности Канефрона Н?

Данный фитопрепарат подтвердил свою результативность при ИМС в исследованиях. Так, например, в 2015 г. были опубликованы результаты открытого нерандомизированного клинического исследования с участием 125 пациенток, страдающих неосложненной ИМС. Исследование проводилось в 9 украинских центрах. Терапевтическая схема предполагала прием препарата Канефрон® Н в течение 7 дней с последующим периодом наблюдения до 37-го дня. При наличии сохраняющихся симптомов допускался прием антибиотиков. Было показано, что на фоне монотерапии Канефроном Н у женщин с острой формой неосложненного цистита частота положительного ответа на лечение составляла 71,2%. При этом до 7-го дня 97,6% пациенток не понадобилась антибиотикотерапия, и только менее чем в 3% случаев пришлось перейти на прием антибактериального препарата. Рецидивов заболевания до 37-го дня не зафиксировано. В целом было зарегистрировано 19 нежелательных явлений, из них ни один эпизод не был расценен как серьезный. Таким образом, Канефрон® Н продемонстрировал высокий профиль эффективности и безопасности в монотерапии неосложненных ИМС. При необходимости возможно также его применение в комплексе с антибиотиком.

Результаты сравнения лечения препаратами растительного происхождения (Канефрон® Н) и антибактериальной терапии (фосфомицина трометамол) в случае острых неосложненных инфекций нижних мочевыводящих путей у женщин были опубликованы в 2018 г. В двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое многоцентровое (51 центр Европы: 16 центров в Германии, 22 – в Украине, 13 – в Польше) исследование III фазы были включены 659 пациенток с неосложненным циститом (Wagenlehner et al., 2018). В течение 7 дней участницы основной группы получали Канефрон® Н и плацебо, имитирующее фосфомицина трометамол, контрольной – фосфомицина трометамол и плацебо, имитирующее Канефрон® Н. По данным исследования, скорость регрессирования симптомов цистита в группе фосфомицина несколько опережала таковую в группе Канефрона Н. Однако по критерию «потребность в дополнительной антибиотикотерапии» Канефрон® Н продемонстрировал сопоставимую эффективность с однократными приемом фосфомицина. Так, дополнительный прием антибиотиков к 3-му дню наблюдения не понадобился у 89,9% пациенток в группе фосфомицина и у 83,5% женщин в группе Канефрона Н.

Подготовила ***Ксения Брящей***