

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: РАЗНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Подход к лечению урологических заболеваний в России и Европе имеет определенные отличия, что отражается в клинических рекомендациях разных стран. О причинах разногласий, а также месте неантибактериальных средств в терапии инфекций мочевыводящих путей рассказал д.м.н., профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова **Леонид Григорьевич Спивак**.



– Леонид Григорьевич, расскажите, в чем разница между российскими и европейскими подходами к лечению инфекций мочевыводящих путей. Каковы основные разногласия и почему они существуют?

– Полагаю, различные подходы могут быть связаны в первую очередь со стандартами терапии. В меньшей степени это относится к стандартам диагностики, тем более к этиопатогенетическому пониманию инфекций мочевыводящих путей. Наши отечественные

рекомендации ориентируются на ежегодно обновляемые клинические рекомендации коллег из Европейской ассоциации урологов. Но учитывается местная специфика – наличие или отсутствие лекарственных средств или форм, подходов и возможностей диагностики и профилактики. К примеру, в России нет антибактериального препарата пивмециллином, соответственно, его не включили в Российские клинические рекомендации. Увы, редко в нашей стране применяются и тест-полоски для быстрого получения ответа о наличии

воспаления в мочевыводящих путях. В Российских рекомендациях уделено внимание профилактике рецидивов цистита, что кажется мне особенно важным. К примеру, упоминается клюквенный сок или таблетки, содержащие проантоцианидин, которые часто рекомендуются для снижения риска рецидивирующей инфекции мочевого пузыря у женщин.

– Каковы российские рекомендации в отношении бессимптомной бактериурии? Это норма или патология? Какой должна быть тактика ведения пациентов с этим диагнозом?

– В отечественных рекомендациях сказано, что очень важно отличать бессимптомную бактериурию от симптоматической инфекции нижних мочевыводящих путей, то есть цистита. Колонизация мочевыводящих путей и соответственно наличие бактерий в моче без клинических проявлений определяется как асимптоматическая бактериурия (АСБ). Она диагностируется в случае выделения одного и того же штамма бактерий в двух образцах, взятых с интервалом в 24 часа. Количество бактерий при этом должно достигать значения $\geq 10^5$ КОЕ/мл.

В российских рекомендациях есть указание, что АСБ не требует лечения, кроме ситуаций проведения инвазивных вмешательств на мочевыводящих путях и половых органах, при которых возможны кровотечения и повреждение слизистой оболочки. Также есть указание на лечение АСБ у беременных женщин. Следует отметить (и это подчеркивают наши коллеги

из Европы), что ситуация с подходом к лечению беременных будет меняться. Эти рекомендации носят слабую степень доказательности. В их основе лежат исследования, проведенные 20 и более лет назад.

– Что вы думаете о проблеме антибиотикорезистентности? Каковы могут быть пути ее решения?

– Я полагаю, данная проблема актуальна в большей степени для России. К сожалению, у нас врачи не всегда следуют рекомендациям и назначают препараты первой линии. Более того, имеются случаи применения тех антибактериальных средств, которые исключены из рекомендаций по лечению цистита, и это очень прискорбно. С другой стороны, нежелание пациенток обращаться за квалифицированной помощью, самолечение, несоблюдение адекватных курсов и дозировок antimicrobных препаратов. Все это лишь ужесточает проблему антибиотикорезистентности. Кстати, хотел бы акцентировать внимание читателей на том, что неантибактериальный подход к профилактике и лечению урологических заболеваний заслуживает все большего внимания.

– В каких ситуациях может быть показан неантибактериальный подход? Можно ли рекомендовать его пациентам с инфекцией мочевыводящих путей?

– Продолжая свою мысль, скажу: именно неантимикробный подход в лечении и профилактике рецидивов цистита становится все более обоснованным с научной точки зрения. Появляются интересные

исследования, проведенные по всем правилам добросовестной клинической практики, или GCP, демонстрирующие эффективность различных неантимикробных подходов к лечению рецидивов осложненных инфекций мочевыводящих путей. Так, препараты, содержащие в себе D-маннозу, экстракт клюквы и другие компоненты, могут быть хорошим дополнением к терапии и профилактике. В европейских рекомендациях указаны даже конкретные дозировки, например, D-манноза рекомендуется в дозировке 2 грамма.

– Можно ли создать условия для раннего начала терапии острой неосложненной инфекции мочевыводящих путей пациентами?

– Условия для раннего начала терапии возможны при возможности безрецептурной выдачи ряда antimicrobных препаратов первой линии. Необходимо также информирование пациенток о правильной тактике и необходимости своевременной лабораторной диагностики цистита (до начала приема антибиотиков). В терапии следует использовать симптоматические обезболивающие и неантибактериальные препараты, наиболее изученные в клинических исследованиях и с хорошей доказательной базой. Это могут быть иммунотерапия, D-манноза в эффективной дозе 2 грамма, стандартизированный экстракт клюквы с содержанием проантоцианидинов (36 мг), витамин D и др. Сейчас врачи разных специальностей говорят о необходимости приема витамина D, особенно это актуально в несолнечной России. Применение

витамина D при инфекциях мочевыводящих путей обусловлено его способностью повышать синтез антимикробных белков на слизистой мочевого пузыря и усиливать местный иммунитет.

– Можно ли совмещать неантимикробную терапию со стандартными подходами?

– Нет никаких противоречий в том, чтобы начинать неантимикробную терапию одновременно с антимикробной. Это можно рассматривать как недельный курс именно лечения инфекции мочевыводящих путей.

– Если говорить о профилактике инфекции мочевыводящих путей, какова оптимальная продолжительность?

– Если мы говорим о профилактике хронического рецидивирующего цистита, безусловно, ее необходимо проводить длительное время – от двух-трех месяцев и дольше. Она должна быть патогенетически обоснованной. Важно использовать подходящие для пациента препараты с благоприятным профилем безопасности. В этом случае обычно не возникает проблем с длительной медикаментозной профилактикой. Но для пациентов наиболее удобны короткие курсы приема препаратов. Такая профилактика тоже иногда бывает уместна. Например, у жен-

щин, страдающих посткоитальным циститом, чтобы предотвратить рецидив, может быть достаточно однократного приема препарата после полового акта.

– Какое место занимают препараты D-маннозы, стандартизованный экстракт клюквы в профилактике инфекции мочевыводящих путей?

– Место этих двух компонентов уже не первый год обсуждается в рекомендациях Европейской ассоциации урологов. В российских рекомендациях отражены возможности препаратов клюквы и D-маннозы. К примеру, существует исследование, которое подтверждает, что D-манноза не уступает нитрофуранам, если используется для профилактики цистита. Но в рутинной клинической практике нужно использовать дозировки, которые были в исследовании. Для D-маннозы – это 2 грамма, экстракт клюквы должен быть стандартизованным и содержать 36 мг проантоцианидинов.

Мы провели обзорное исследование применения D-маннозы в дозировке 2 грамма у пациенток с рецидивирующей инфекцией мочевыводящих путей. Результаты опубликуем в ближайшее время. Они весьма впечатляющие.

– Существуют ли стандартизованные продукты, содержащие требуемое количество D-маннозы и стандартизированный экстракт проантоцианидинов?

– Это очень перспективная комбинация. В Европе используют Uromannose, в России он называется Уронекст. В состав комбинации наряду с двумя граммами D-маннозы и витамином D входит стандартизированный экстракт клюквы. Этот компонент производится компанией PNI (Канада) по особой технологии CranMax, которая обеспечивает лучшую доступность веществ.

– Какие шаги необходимо еще предпринять, чтобы повысить качество лечения пациентов с инфекцией мочевыводящих путей?

– Необходимо повышать образовательный уровень врачей (особенно терапевтов и акушеров-гинекологов). Важно, чтобы они своевременно получали самую актуальную информацию. Важно информирование пациенток о новых методах лечения, препаратах и их возможностях. Конечно, я вижу перспективу в смещении акцентов на неантибактериальную терапию.

Светлана Кудинова