

Перспективы применения Монурала в гинекологической и урологической практике

Бабюк И.А.[†], Цветкова П.Д.[‡], Шамраев С.Н.[†], Рымарь И.Б.[†], Найденко С.И.[†]

[†]Донецкий национальный медицинский университет

[‡]Софийский институт экспериментальной морфологии и антропологии

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ МОНУРАЛУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ТА УРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Бабюк І.О., Цветкова П.Д., Шамраєв С.М., Римар І.Б., Найденко С.І.

Представлено огляд літератури з клініки й лікування циститу, обґрунтовано раціональність застосування Монуралу. Дана порівняльна характеристика Монуралу з іншими препаратами, відмічена ефективність терапії циститу із застосуванням Монуралу.

RESPECTIVE EXPERIENCE ON MONURAL IN GYNECOLOGICAL AND UROLOGICAL PRACTICE

Babiuk I.A., Tzvetkova P.D., Shamrayev S.N., Rimar I.B., Naydenko S.I.

A literature review on clinic and treatment of cystitis is presented; rationality of choosing Monural is substantiated. Comparative assessment of Monural against other drugs has been given; the cystitis therapy efficiency with the use of Monural has been noted.

Одной из актуальных проблем современной медицины являются воспалительные заболевания мочеполовой системы, которые чрезвычайно распространены, имеют тенденцию к росту заболеваемости, заметно ухудшают качество жизни пациентов, в ряде случаев могут приводить к серьезным осложнениям.

Исследования показывают, что у 5 % молодых женщин можно выявить бессимптомную бактериурию, что нередко приводит к возникновению рецидивирующего цистита. У женщин в возрасте 20-40 лет неосложненные инфекции нижних мочевых путей составляют 25-35 %. Среди беременных до 4 % женщин переносят цистит, 1-2 % – пиелонефрит. Женщины болеют инфекцией половых путей примерно в 30 раз чаще, чем мужчины; однако после 50-летнего возраста ситуация постепенно выравнивается. Степень рецидивирования в течение года после перенесенного цистита может достичь значения 30-40 %. Указанные повторные инфекции при этом принято делить на два типа: истинно рецидивные и так наз. недолеченные.

Основным проявлением острого цистита является частое, малыми порциями, болезненное, с ощущением рези и жжения мочеиспускание. Некоторые больные указывают на дискомфорт или боль внизу живота и повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Фебрильная температура тела нехарактерна для острого цистита. Практически у всех женщин при остром неосложненном воспалении нижних мочевыво-

дящих путей диагностируется пиурия и бактериурия. Моча становится мутной, иногда с примесью крови, особенно в конце мочеиспускания.

Многочисленные исследования убедительно свидетельствуют, что этиологическим фактором острого неосложненного цистита у женщин является:

- кишечная палочка *E. coli* – в 80-95 % случаев;
- *S. saprophyticus* – в 5-19 % случаев;
- *P. mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Enterococci* – значительно реже.

Способность штаммов *E. coli* к адгезии к клеткам уротелия, а также их высокая пролиферативная активность в моче имеют важное значение в патогенезе острого неосложненного воспаления нижних мочевыводящих путей. Таким образом, характер микрофлоры, вызывающей острый цистит, и спектр её антибактериальной чувствительности в подавляющем большинстве случаев предсказуем, что позволяет не ждать результатов посева мочи. Для установления диагноза и начала терапии достаточно бывает оценки клинических симптомов и данных анализа мочи.

Другим важным моментом в правильной тактике ведения пациента с острым циститом является учет так наз. перекрестной резистентности штаммов возбудителя к традиционным уросептикам, т. е. прием средств народной медицины либо общепринятых антибиотиков может нивелировать симптоматику острого воспалительного процесса, но не излечить заболевание. Рутинный подход представляет серьезную опасность, особенно у лиц пожилого возраста, в плане развития

ряда осложнений:

- формирования абсцесса почки;
- развития уросепсиса, бактериемии, бактериального шока.

Поэтому важным аспектом амбулаторной помощи является не только постановка диагноза, но и правильная оценка потенциальных опасностей того заболевания, с которым больной обращается к врачу.

В последнее десятилетие отмечена возрастающая распространенность уропатогенных штаммов *E.coli*, устойчивых к широко используемому в настоящее время антибактериальным препаратам:

- к ампициллину – 33,3 % штаммов;
- к триметоприму – 20,3 %;
- к тримоксазолу – 18,4 %;
- к нитроксолину – 94,1 %, –

т. е. ампициллин, нитроксолин, сульфаниламидные препараты уже не являются препаратами выбора для лечения мочеполовых инфекций.

В настоящее время наименьшая резистентность штаммов уропатогенных возбудителей установлена к фосфомицину трометамолу (Монуралу) и фторхинолонам. Однако фторхиналоны часто влияют на возникновение побочных эффектов. J. V. J. Voerma *et al* (2000) указывают, что однократное применение Монурала (3 г), в сравнении с приемом норфлоксацина, в течение 7 дней дают приблизительно одинаковый процент клинического излечения, тогда как эрадикация инициального инфекционного агента, соответственно, составила 98 % и 96 %. К. Набер (2008) считает, что самый низкий уровень резистентных штаммов к Монуралу (фосфомицину трометамолу) объясняется тем, что данный антибиотик весьма эффективен в лечении бактериального цистита в монодозе (3 г).

Беременным фторхинолоны и тетрациклины не рекомендованы из-за возможного развития серьезных побочных действий и аномалий плода; использование триметоприма в первом триместре и сульфаметоксазола - в последнем триместре опасно возникновением врожденных уродств у ребенка. Монурал (фосфомицина трометамол), наоборот, с 2002 г. имеет категорию В, т. е. рекомендован при лечении цистита, бессимп-

ЛИТЕРАТУРА

1. Винаров А.З. Современные подходы к диагностике и лечению неосложненной инфекции мочевыводящих путей: результаты исследования ARESC. - 2009. - № 3. - С. 6-9.
2. Синяков Л.А., Косова И.В. Инфекции мочевых путей у беременных, современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. – 2008. - № 1. - С. 15-18.
3. Bishop M.C. Uncomplicated Urinary tract infection // Eur. Urol. – 2004. –Vol. 2, No 3. - P. 143-150.

томной бактериурии у подростков, взрослых и беременных благодаря своей безопасности, эффективности, удачным параметрам фармакокинетики. При этом прием пищи, возраст, пол, состояние организма не влияют на достижение терапевтических концентраций препарата в моче и сыворотке. После однократного приема (3 г) через 4 ч в моче концентрация Монурала достигает 3,5 тыс. нг/мл и удерживается до 80 часов, что выгодно отличает данный препарат от других уросептиков (Табл. 1).

Перед приемом гранулы Монурала (3 г) растворяют в $\frac{1}{3}$ стакана воды. Препарат принимают 1 раз в сутки натощак за 2 ч до или после еды (предпочтительно перед сном), предварительно опорожнив мочевой пузырь.

Таблица 1 - Режим дозирования препарата Монурал

Показания	Режим дозирования
Острый цистит	Взрослые: 3 г однократно Дети: 2 г однократно
Рецидивирующий цистит	По 3 г каждые 10 суток в течение трёх месяцев
Бессимптомная бактериурия беременных	3 г однократно
Профилактика гнойно-воспалительных осложнений при трансуретральных исследованиях и диагностических вмешательствах	3 г за 3 часа до исследования и 3 г – через 24 часа после исследования

Выводы

1. Адекватная антибиотикотерапия лежит в основе успешного лечения острой неосложненной инфекции мочевыводящих путей (цистита, пиелонефрита).
2. Формирование резистентных штаммов патогенных микроорганизмов к традиционным антибиотикам заставляет пересмотреть спектр лекарственных средств, назначаемых для терапии цистита и пиелонефрита.
3. В настоящее время наиболее безопасным и высокоэффективным уросептиком для эмпирического лечения неосложненных инфекций нижних мочевых путей можно считать препарат Монурал (фосфомицина трометамол).

4. Emody L., Kerenyi M., Nagy G. Virulence factors of uropathogenic Escherichia coli // Antimicrobial Agents. - 2003. - Suppl. 22. - No 2. -P. 29-33.
5. Schaeffer A.J. New concepts in the pathogenesis of urinary tract infection // Urologic clinics of north America. - 2002. -Vol. 29. -P. 245-247.
6. Foxman B., Gillespie B., Koopman J. *et al*. Risk factors for second urinary tract infection among college women // Am. J. Epidemiol. - 2000. - Vol. 151. - P. 1194-1205.