

УДК 616.61 - 002.3 - 08:618.2

А.В. СеменякБуковинський державний медичний
університет, м. Чернівці**ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО
ПІЄЛОНЕФРИТУ В РІЗНІ ТЕРМІНИ
ВАГІТНОСТІ****Ключові слова:** пієлонефрит,
гестаційний пієлонефрит,
"ступенева" антибактеріальна
терапія, супресивна терапія.**Резюме.** Проведено обстеження та лікування 30 вагітних із гестаційним пієлонефритом, що виник у різні терміни вагітності, використовуючи "ступеневу" антибактеріальну терапію з переходом на супресивну терапію до кінця вагітності. Групу порівняння становили 25 вагітних із пієлонефритом, яким не призначалося супресивної терапії. Встановлено вірогідну відсутність рецидивів у вагітних основної групи, незалежно від препарату, що застосовувався для супресивної терапії, за появи пієлонефриту в другому триместрі вагітності.**Вступ**

Інфекції сечовидільної системи, зокрема пієлонефрит, під час вагітності становлять серйозну проблему акушерства та урології, оскільки характеризуються високою частотою (згідно з різними даними літератури від 0,3 до 10% випадків), значним ризиком акушерських та неонатальних ускладнень. Важливим для лікування є те, що найчастіше у вагітних збудниками пієлонефриту є умовно-патогенні мікроорганізми. *Escherichia coli* висівається в 36-88% вагітних, *Staphylococcus saprophyticus* - до 10% випадків, *Proteus mirabilis* - від 5 до 20%), рідше виявляються *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella saprophyticus*, *Enterobacter saprophyticus*. Запальний процес можуть викликати також *Candida*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, анаеробні мікроорганізми [1, 3, 5].

Після встановлення діагнозу необхідним завданням є призначення адекватного лікування, однак, згідно з даними літератури, єдиного підходу до лікування немає [2, 4, 6], що ускладнює вибір методики та тривалості лікування. Спектр антибактеріальних препаратів, що застосовуються для лікування, дещо змінився, що зумовлено розвитком резистентності до деяких препаратів та створенням нових лікарських препаратів, безпечних для матері та плода. У даний час пропонується "ступінчаста" антибактеріальна терапія. У цьому випадку впродовж 3-5 днів застосовують препарати однієї групи (в/в або в/м) із подальшою заміною їх на таблетовані форми. Для лікування пієлонефриту під час вагітності рекомендується використовувати антибіотики, безпечні для плода: пеніциліни та їх похідні, цефалоспорини II-III покоління, до яких зберегли свою чутливість уропатогени. В основному, вибір антибіотика при інфекції сечовивідних шляхів проводиться на емпіричній основі, але для

цього необхідно мати дані про регіональні особливості спектра уропатогенів і їхньої чутливості до антибактеріальних препаратів. Після визначення чутливості виділеного збудника може бути проведена корекція вибраної терапії. Крім того, зміна антибактеріального препарату проводиться за відсутності ефекту від лікування впродовж 2-3 діб [4]. Лікування гестаційного пієлонефриту вагітних має бути комплексним. Медикаментозна терапія починається після відновлення пасажу сечі. При призначенні медикаментозної терапії необхідно враховувати термін вагітності, тяжкість та тривалість захворювання, індивідуальне перенесення даного препарату, алергологічний анамнез, функціональний стан нирок та печінки, можливість проникнення ліків через плаценту. Щодо тривалості лікування, то в більшості пропонується курс антибактеріальної терапії впродовж 10-14 днів, з призначенням тривалої супресивної терапії, незалежно від терміну вагітності [6].

Зростання стійкості мікрофлори та поява рецидивів можуть бути спричинені нераціональною та необґрунтованою антибактеріальною терапією, неправильним розрахунком дози препарату та тривалістю лікування, частим, неконтрольованим застосуванням препаратів, нераціональним поєднанням антибіотиків [2].

Мета дослідження

Визначити ефективність лікування при застосуванні різних схем антибактеріальних засобів для підвищення ефективності лікування пієлонефриту під час вагітності та запобігання рецидивам захворювання.

Матеріал і методи

Проведено обстеження та лікування 30 жінок із гестаційним пієлонефритом, що становили

основну групу: у 5 (16,6 %) вперше діагностовано піелонефрит у терміні 4-6 тижнів вагітності (перша підгрупа), у 14 (40 %) вагітних - у терміні 23-28 тижнів вагітності (друга підгрупа), та в 11 (31,4 %) - у терміні 32-34 тижнів вагітності (третья підгрупа). Даний розподіл вагітних на підгрупи проведено згідно з класифікацією критичних термінів розвитку гестаційного піелонефриту. Усім вагітним основної групи призначалася супресивна антибактеріальна терапія до кінця вагітності.

Групу порівняння становили 25 вагітних із гестаційним піелонефритом, у 5 (20 %) вперше діагностовано гестаційний піелонефрит у терміні 4-6 тижнів вагітності, у 12 (48 %) вагітних діагностовано гестаційний піелонефрит в терміні 23-28 тижнів вагітності з та в 8 (32 %) - у терміні 32-34 тижнів вагітності. Групи вагітних були репрезентативними щодо частоти появи та загострення піелонефриту. Усім вагітним групи порівняння лікування проводилося впродовж семи днів - в/м або таблетованими формами, супресивної терапії не призначалося, оскільки вагітні відмовлялися від тривалого застосування антибактеріальних препаратів.

Вік жінок коливався від 22 до 37 років (у середньому $30,5 \pm 0,45$ року) ($p > 0,05$).

Обстеження вагітних проводилося за допомогою клінічно-лабораторного і мікробіологічного методів. Виконувалися клінічний і біохімічний аналіз крові, загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Зимницьким і за Нечипоренком, бактеріологічне дослідження сечі та виділень з піхви, мазок із піхви на мікрофлору, УЗД плода і нирок.

Обговорення результатів дослідження

Лікування вагітних першої підгрупи вагітних основної групи (перший триместр вагітності - період органогенезу) проводилося малотоксичними напівсинтетичними пеніцилінами через можливість шкідливої дії на плід. Застосовувалася "ступенева" терапія за допомогою ампіциліну/сульбактам $1,5 \text{ г} \times 3 \text{ р./добу}$, оксациліну $1,0 \text{ г} \times 4 \text{ р./добу}$ в/в, з переходом на в/м введення, бензилпеніциліну $2-3 \text{ млн. ОД} \times 4 \text{ р./добу}$ впродовж 5-7 днів. Потім продовження лікування

аналогічними таблетованими формами впродовж 10 днів. Загальна тривалість лікування антибактеріальними засобами не менше 14 днів. Призначено супресивну терапію. У подальшому до кінця вагітності рецидивів захворювання не спостерігалось. У вагітних із гестаційним піелонефритом групи порівняння терміном вагітності 4-6 тижнів також рецидивів не спостерігалось.

У другому та третьому триместрах вагітності після завершення органогенезу плода і початку функціонування плаценти, яка виконує бар'єрну функцію щодо деяких антибіотиків, спектр антибактеріальних лікарських засобів може бути розширений. Крім напівсинтетичних пеніцилінів нами застосовувалися цефалоспорины, а у випадку виявлення хламідій - макроліди. Лікування проводилося "ступенево": в/в, в/м із подальшим переходом на відповідні таблетовані форми. Нами використовувалися один із препаратів - ампіцилін/сульбактам $1,5 \text{ г} \times 3 \text{ р./добу}$, оксацилін $1,0 \text{ г} \times 4 \text{ р./добу}$ в/в, з переходом на в/м, бензилпеніцилін $2-3 \text{ млн. ОД} \times 4 \text{ р./добу}$, цефуроксим $0,75-1,5 \text{ г} \times 3 \text{ р./добу}$, цефтріаксон $1 \text{ г} \times 2 \text{ р./добу}$, цефеперазон $1 \text{ г} \times 2 \text{ р./добу}$, цефатоксим $1 \text{ г} \times 2 \text{ р./добу}$ впродовж 5-7 днів. Таблетовані форми антибіотиків аналогічних груп призначалися впродовж 10 днів. У подальшому нами призначалася супресивна терапія всім вагітним другої та третьої підгруп основної групи (25 вагітних). Супресивна терапія проводилася за допомогою амоксициліну по 250 мг щовечора перед сном або фосфаміцину триметамолом по 3 г ввечері перед сном 1 раз на 10 днів до кінця вагітності. Встановлено відсутність рецидивів у 21 вагітної ($84 \% \pm 9,75$) основної групи незалежно від препарату, що застосовувався для супресивної терапії.

У всіх вагітних групи порівняння другої підгрупи спостерігалися рецидиви захворювання - від одного до трьох, що може бути спричиненим недостатньою тривалістю основної антибактеріальної терапії (сім днів) або відсутністю супресивної терапії ($p < 0,001$). У вагітних групи порівняння третьої підгрупи відсутність рецидиву була у п'яти вагітних ($62,5 \pm 14,8 \%$) (табл. 1).

Таблиця 1

Термін появи піелонефриту (тиждень вагітності)	Основна група (n=30)	Група порівняння (n=25)	Доцільність застосування супресивної терапії
4-6	5 (16,6 %)	5 (20 %)	($p > 0,05$)
23-28	14 (40 %)	12 (48 %)	($p < 0,001$)
32-34	11(31,4%)	8 (32 %)	($p > 0,05$)

Висновки

1. За наявності гестаційного пієлонефриту, що вперше виник у терміні вагітності 4-6 тижнів і у 32-34 тижні, не встановлено доцільності застосування супресивної терапії до кінця вагітності.

2. Антибактеріальна терапія тривалістю сім днів без застосування супресивної терапії не запобігала появі рецидивів під час вагітності, особливо при виникненні гестаційного пієлонефриту у другому триместрі вагітності.

3. Тривалість антибактеріальної терапії не менше 14 днів у другому та третьому триместрах вагітності з подальшим переходом на супресивну антибактеріальну терапію виявилися ефективним методом лікування гестаційного пієлонефриту та профілактики рецидивів.

Перспективи подальших досліджень

Визначення доцільності призначення супресивної терапії у дослідженнях з більшою кількістю пацієнтів.

Література. 1. Принципы диагностики и терапии (формулярная система) инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц / А.И. Емельянова Б.Л. Гуртовой, А.Б. Погорелова [и др.] // Акушерство, гинекол. -2003. -№3. -С.3-9. 2. Кушевская Е. А. Лечение пиелонефрита и ретенционно-обструктивных поражений верхних мочевых путей у беременных / Е.А. Кушевская // Ж РОАГ. 2009. - №2. - С. 23 - 27. 3. Медведь В.І. / Неускладнені інфекції сечових шляхів у вагітних / В.І. Медведь, Л.Є. Туманова // Therapia. -2010. -С.35-39. 4. Паньків В.І. Особливості перебігу та лікування хронічного пієлонефриту у хворих на цукровий діабет // Клин, иммунология. Аллергология. Инфектология. - 2008. - №13. - С.43-45. 5. Потапов В.О. Гестаційний пієлонефрит / В.О. Потапов, Г.Г. Березницька // Жін. лікар. - 2006. -№2. -С.17. 6. Шехтман М.М. Руководство. по экстрагенитальной патологии у беременных. -М.: Триада, 2005. -816 с.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА В РАЗНЫЕ СТРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

А.В. Семеняк

Резюме. Проведено обстеження і лікування 30 вагітних з пієлонефритом, що виник в різні строки вагітності, використовуючи "ступенчасту" антибактеріальну терапію з переходом на супресивну терапію до кінця вагітності. Групу порівняння становили 25 вагітних жінок з пієлонефритом, яким не було призначено супресивну терапію. Встановлено достовірне відсутність рецидивів у вагітних основної групи незалежно від препарату, що використовувався для супресивної терапії, якщо розвиток гестаційного пієлонефриту виникло во втором триместре вагітності.

Ключевые слова: пиелонефрит, гестационный пиелонефрит, "ступенчатая" антибактериальная терапия, супресивная терапия.

TREATING PYELONEPHRITES DURING PREGNANCY

A. V. Semenyak

Abstract. The authors have carried out an examination and treatment of 30 pregnant women with pyelonephritis, which arose during different terms of pregnancy, using a "stepwise" antibiotic therapy with the transition to suppressive therapy until the end of pregnancy. A comparison group was made up of 25 pregnant women with pyelonephritis, who were not prescribed suppressive therapy. The absence of recurrences in the gravidas of the basic group has been established, irrespective of the drug used for suppressive therapy.

Key words: pyelonephritis, gestational pyelonephritis, "stepwise" antibiotic therapy, suppressive therapy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol. - 2014. - Vol.13, №2 (48). -P.124-126.

Надійшла до редакції 01.06.2014

Рецензент – проф. О. В. Кравченко

© А.В. Семеняк, 2014