



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (52) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

*Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (52)

2023

Received: 20.01.2023
Accepted: 10.02.2023
Published: 10.02.2023

УДК 618.3-06: 618.3-008.6

ТЕРАПИЯ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Назирбаева Зилола Курбандурдиевна

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

✓ Резюме

Инфекционные процессы мочевыводящих путей — группа часто встречающихся в клинической практике заболеваний. Наиболее частым патологическим состоянием во время беременности является бессимптомная бактериурия (ББ). При позднем назначении антибактериальной терапии и без учета чувствительности возбудителей может развиваться восходящая инфекция, вызывающая гестационный пиелонефрит и другие осложнения беременности. Кроме того, возрастающая антибиотикорезистентность микробных агентов создает трудности при санации мочевых путей во время беременности.

Ключевые слова: бессимптомная бактериурия, инфекции мочевыводящих путей, беременность, антибиотик, гестационный пиелонефрит, производные фосфомицина трометамол.

THERAPY OF ASYMPTOMATIC BACTERIURIA IN PREGNANT WOMEN AS PREVENTION OF GESTATIONAL PYELONEPHRITIS

Nazirbayeva Zilola Kurbandurdievna

Urgench branch of the Tashkent Medical Academy

✓ Resume

Urinary tract infections are common in daily clinical practice. In pregnancy, the most common pathological condition is asymptomatic bacteriuria. Late antibacterial treatment regardless of microbial susceptibility may result in ascending infections, which provoke gestational pyelonephritis and other complications. In addition, increasing antimicrobial resistance presents difficulties for urinary tract sanitation during pregnancy.

Keywords: asymptomatic bacteriuria, urinary tract infections, pregnancy, antibacterial, gestational pyelonephritis, derivatives fosfomycin trometamol.

HOMILADA AYOLLARDA ASSIMPTOM BAKTERIURIYASINI TERAPIYASI GESTATSION PYELONEFRITI RIVOJLANISHINI PROFILAKTIKASI SIFATIDA

Nazirbayeva Zilola Qurbandurdievna

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali

✓ Rezyume

Siydik chiqarish yo'llarining yuqumli jarayonlari klinik amaliyotda tez-tez uchraydigan kasalliklar guruhidir. Homiladorlik davrida eng ko'p uchraydigan patologik holat asemptomatik bakteriuriya (BB). Antibiotik terapiyasining kechikishi bilan va patogenlarning sezgirligini hisobga olmagan holda, ko'tarilgan infektsiya rivojlanishi mumkin, bu homiladorlik pyelonefritini va homiladorlikning boshqa asoratlarini keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, mikrobial agentlarning antibiotiklarga chidamliligi ortib borishi homiladorlik davrida siydik yo'llarini sanitariya qilishda qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Kalit so'zlar: asemptomatik bakteriuriya, siydik yo'llarining infektsiyalari, homiladorlik, antibiotik, homiladorlik pielonefrit, fosfomitsin trometamol hosilalari.



Актуальность

Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) являются частым гестационным осложнением. Отсутствие своевременной и адекватной терапии ИМП нижних отделов во время беременности приводит к развитию гестационного пиелонефрита, угрозе невынашивания, перинатальной заболеваемости [1]. Данная проблема и на сегодняшний день остается актуальной, т. к. частота таких осложнений не имеет тенденции к снижению [2]. Бессимптомная бактериурия (ББ), согласно общепринятому в мире определению Американского общества инфекционных болезней, определяется при выделении 10⁵ и более бактерий в 1 мл мочи, полученной от лиц, не имеющих клинических симптомов ИМП [3]. В отечественных клинических рекомендациях ББ рассматривается наряду с острым циститом и пиелонефритом в качестве одной из основных нозологических форм ИМП у беременных [4]. Согласно результатам ряда исследований, проведенных в разных странах, частота ББ составляет от 3,2 до 25% [5–7]. Развитие ББ у беременных объясняется, в частности, тем, что способность слизистой оболочки мочевого пузыря фагоцитировать бактерии при беременности частично утрачивается [5, 8]. Без лечения ББ в 20–40% случаев осложняется развитием гестационного пиелонефрита [9]. Для диагностики ББ рекомендуется использовать следующие критерии: 1) выделение одного и того же вида бактерий в количестве $\geq 10^5$ КОЕ/мл в 2 последовательных посевах мочи, полученной от беременных без признаков ИМП с интервалом более 24 ч; 2) однократное выделение бактерий в количестве $\geq 10^2$ КОЕ/мл в посевах мочи, полученной при катетеризации мочевого пузыря [3]. Строгость данных критериев обосновывается тем, что при однократном посеве свободной мочи у беременных в 40% случаев возможна внешняя контаминация микроорганизмами с кожи промежности и диагноз ББ не подтверждается повторным посевом мочи. Двукратный посев мочи с установлением бактериурии призван защитить значительный контингент беременных от неоправданной антибактериальной терапии. Актуальность проблемы эффективной терапии ИМП у беременных обусловлена не только их влиянием на состояние женщин, течение беременности и родов, но и отдаленными последствиями для плода и новорожденных. Наличие ББ у матери значительно повышает риск преждевременных родов, преэклампсии, гипертензии, анемии и послеродового эндометрита. Клинически выраженные ИМП у будущей матери могут осложняться задержкой внутриутробного развития плода, недоношенностью, развитием врожденных аномалий и, как следствие, увеличением риска перинатальной смертности [10–13]. Антибактериальная терапия, направленная на устранение бессимптомной инфекции, значительно снижает частоту развития острого пиелонефрита. Однако не все антибактериальные препараты могут быть использованы у беременных [2, 14–17]. Основные препараты для лечения ББ при беременности во II и III триместрах [12, 18]: – амоксициллин по 250–500 мг 3 р./сут в течение 7 дней; – амоксициллин + клавулановая кислота по 375–625 мг 2–3 р./сут в течение 7 дней; – цефиксим по 400 мг 1 р./сут в течение 7 дней; – цефуроксим по 250–500 мг 2–3 р./сут в течение 7 дней; – цефалексин по 250–500 мг 4 р./сут в течение 7 дней; – фосфомицин в дозе 3 г однократно 1 день. Производные Фосфомицина трометамола является антибактериальным лекарственным средством широкого спектра действия. Воздействует на большинство грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов (энтерококки, стафилококки, эшерихии, клебсиеллы, протеи, псевдомонады и т. д.). Механизм действия препарата связан с угнетением начального этапа репликации пептидогликана бактериальных стенок клетки. Данное антибактериальное средство применяется 1 р./сут, что повышает комплаентность, поскольку известно, что приверженность лечению зависит от кратности и длительности приема. При хроническом течении заболевания суточная доза производные фосфомицина трометамола применяется через день [17,18].

Цель исследования: изучение эффективности применения производные фосфомицина трометамола в качестве лечения ББ и профилактики развития гестационного пиелонефрита у беременных во II триместре.

Материал и методы

Обследованы 78 беременных во II триместре (с 14 по 26 нед.) в возрасте от 21 года до 40 лет с диагностированной ББ. Критерии включения в исследование: – беременность во II триместре с ББ; – согласие пациентки на участие в клиническом исследовании. Критерий исключения: наличие

аллергической реакции к применяемым препаратам. Пациентки были разделены на три группы. В 1-ю группу вошли 30 беременных во II триместре, которые в качестве лечения ББ применяли монотерапию производные фосфомицина трометамолом по 3,0 г, разведенных в 50–75 мл воды, вечером перед сном однократно с предварительным опорожнением мочевого пузыря. Через сутки данную схему повторяли согласно инструкции применения данного препарата при хронических ИМП. Средний возраст беременных данной группы составил $32,2 \pm 5,1$ года (от 22 до 40 лет). Во 2-ю группу вошли 30 беременных во II триместре, которые в качестве антибактериальной терапии получали амоксициллин с клавулановой кислотой по 625 мг 2 р./сут в течение 7 дней. Средний возраст беременных данной группы составил $32,1 \pm 5,5$ года (от 21 года до 40 лет). В 3-ю группу вошли 18 беременных во II триместре, которые отказались от антибактериальной терапии, несмотря на информирование их о возможных последствиях, что, вероятно, связано с отсутствием жалоб у беременных по поводу мочеиспускания. Пациентки предпочли прием фитопрепаратов, обладающих слабым антисептическим действием (настои петрушки, листья толокнянки и березы, плоды можжевельника). Средний возраст беременных данной группы был $30,2 \pm 4,8$ года (от 21 года до 37 лет). Во всех группах проводилось клиническое обследование, включая бактериологическое исследование мочи. Диагноз ББ был поставлен согласно стандартам постановки данного диагноза: выделение одного и того же вида бак- 2019 Т. 2, №1 7 РМЖ. Мать и дитя Оригинальные статьи терий в количестве ≥ 105 КОЕ/мл в 2 последовательных посевах мочи, полученной от беременных без признаков ИМП с интервалом более 24 ч. После проведенного лечения повторно проводили бактериологическое исследование мочи через 1 и 3 мес. Для статистической обработки полученных данных использовалась программа Statistica, версия 13.3. Проводились описательные статистические методы и корреляционный анализ.

Результат и обсуждения

Данные анамнеза у пациенток разных групп были сопоставимы. Средний срок беременности, при котором была обнаружена ББ, в 1-й группе составил $21,1 \pm 3,4$ нед. (с 13 до 26 нед.), во 2-й группе — $19,7 \pm 3,4$ нед. (с 14 до 26 нед.), в 3-й группе — $21,1 \pm 3,0$ нед. (с 16 по 26 нед.). Количество беременностей в анамнезе у беременных 1-й группы составило $1,4 \pm 1,0$ (от 0 до 3 беременностей), 2-й группы — $1,1 \pm 0,9$ (от 0 до 3), 3-й группы — $1,2 \pm 0,8$ (от 0 до 2). Количество медицинских аборт в сроке до 12 нед. в анамнезе у беременных 1-й группы составило $0,6 \pm 0,4$ (от 0 до 2), 2-й группы — $0,6 \pm 0,3$ (от 0 до 2), 3-й группы — $0,5 \pm 0,3$ (от 0 до 2). Количество самопроизвольных выкидышей на малом сроке беременности и преждевременных родов в анамнезе у всех обследуемых беременных составило от 0 до 1: в 1-й группе — $0,3 \pm 0,2$, во 2-й — $0,5 \pm 0,3$, в 3-й — $0,4 \pm 0,3$. Хронические ИМП (хронический цистит, хронический пиелонефрит) в анамнезе в 1-й группе наблюдались у 13(43,3%) пациенток, во 2-й группе — у 9(30%), в 3-й — у 6(33,3%). Угроза прерывания беременности в данную беременность до проводимого лечения в 1-й группе наблюдалась у 9(30%) беременных 15(55,6%) из них потребовалось стационарное лечение), во 2-й группе — у 12(40%) пациенток 14(33,3%) из них получали лечение в стационаре, в 3-й группе — у 10(55,6%) пациенток 15(50%) из них находились на стационарном лечении. Примечательно, что между частотой встречаемости самопроизвольных выкидышей в анамнезе, частотой преждевременных родов и частотой хронических заболеваний мочевыводящих путей отмечается положительная умеренная корреляционная связь в 1-й и 2-й группах и высокая положительная корреляционная связь в 3-й группе. У всех пациенток была обнаружена ББ. Частота ее встречаемости достоверно не отличалась у пациенток разных групп. В первые выявленная ББ без хронических заболеваний мочевыводящих путей в анамнезе наблюдалась у 17(56,7%) пациенток 1-й группы, у 21(70%) пациентки 2-й группы и у 12(66,7%) пациенток 3-й группы. При проведении бактериологического исследования мочи обнаружены следующие микроорганизмы в количестве более 105 КОЕ/мл: Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus faecalis, Escherichia coli, Proteus, Klebsiella. Все эти микроорганизмы были чувствительны к амоксициллину с клавулановой кислотой и фосфомицина трометамолу. Через 1 и 3 мес. лечения проводили повторное бактериологическое исследование мочи. Встречаемость микроорганизмов, определяемых в количестве более 105 КОЕ/мл, представлена в группе. При проведении сравнительного анализа после лечения через 1 и 3 мес. у беременных разных групп было обнаружено, что частота встречаемости ББ через 3 мес. после лечения у пациенток 1-й и 2-й групп одинакова и составляет 6,7%. А у беременных 3-й группы, которые не получали этиотропного лечения по поводу ББ, частота встречаемости ББ достигла 94,4%. Также мы проводили анализ частоты угрозы прерывания беременности у обследуемых пациенток после проведенного лечения. Не обнаружено данной патологии у пациенток 1-й и 2-й групп. У 6 (33,3%) пациенток 3-й группы выявлены симптомы угрозы прерывания

беременности, причем 4 пациентки прошли стационарное лечение, что указывает на связь ББ и развития осложнений во время беременности. Кроме того, только у пациенток 3-й группы (у 3 - 16,7%) впоследствии развился гестационный пиелонефрит. Сравнительный анализ позволил обнаружить положительную корреляционную связь, от умеренной до замет. Сравнительный анализ частоты различных патологических состояний в анамнезе и во время беременности.

Заключение

Проведенное клиническое исследование позволяет сделать вывод об эффективности использования производные фосфомицина трометамола в лечении ББ у беременных и профилактике развития острых ИМП. Эффективность применения фосфомицина трометамола и амоксициллина с клавулановой кислотой у беременных во II триместре с ББ и отсутствием резистентности возбудителей к данным препаратам сопоставима. Однако удобство применения производные фосфомицина трометамола и высокая комплаентность при его применении делают этот препарат предпочтительным в лечении беременных с ББ. Что касается фитопрепаратов, то эти средства не могут быть использованы в качестве монотерапии данного заболевания, т. к., несмотря на незначительное снижение количества рецидивов, риск осложнений остается достаточно высоким.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мозговая Е.В., Патрухина Н.А. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: эффективность применения фосфомицина. //Фарматека. 2014;4(277):23–27.
2. Квашенко В.П. Особенности лечения инфекций мочевыводящих путей у беременных. //Вестник Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина. Серия «Медицина». 2006; 12(720):76–79.
3. Nicolle L.E. Infectious diseases society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. //Clin. Infect. Dis. 2005;40:643–654.
4. Кулаков В.И. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у беременных. //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2004; 6(3):218–223.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. /М.: Триада-Х; 1999.
6. Капительный В.А. Течение и исходы беременности у пациенток с бессимптомной бактериурией: /Дис. канд. мед. наук. М., 2008.
7. Hazhir S. Asymptomatic bacteriuria in pregnant women. //Urol J. 2009; 4(16):24–27.
8. Зулкарнеева Э.М. Бессимптомная бактериурия у беременных. //Журнал акушерства и женских болезней. 2010;59(6):101–107.
9. Марьян А.Ю., Флоренсов В.В., Михалевич И.М. и др. Течение беременности у женщин с бессимптомной бактериурией. //Сибирский медицинский журнал. 2013;116(1):106–108.
10. Карпов Е.И. Инфекции мочевых путей в амбулаторной практике. Терапия. 2017; 3913:89–95.
11. Szweida H., Jözwik M. Urinary tract infections during pregnancy — an updated overview. //Dev. Period. Med. 2016;20(4):263–272.
12. Синякова Л.А., Косова И.В. Инфекции мочевых путей у беременных, современные подходы к лечению. //Эффективная фармакотерапия. 2008;12:6–13.
13. Рафальский В.В., Чилова Р.А., Ищенко А.И. Инфекции мочевыводящих путей у беременных: антибиотикорезистентность, анализ практики выбора антибактериальной терапии в России. //Эффективная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии. 2006;20–24.
14. Никонов А.П., Асцатурова О.Р., Капительный В.А. Инфекции мочевыводящих путей и беременность. //Гинекология. 2007;1:38–40.
15. Архипов Е.В., Сигитова О.Н. Инфекции мочевых путей у беременных: современные рекомендации по диагностике и лечению. //Вестник современной клинической медицины. 2016; 9(6):109–114.
16. Мумладзе Э.Б., Захарова И.Н., Данилова И.Е. и др. Микробиологическое обоснование применения Монурала при инфекциях мочевыводящих путей у детей. //Тезисы докладов «Человек и лекарство». 2000.
17. Сковорода М.Ю., Пашков В.М. Применение Монурала для профилактики инфекционных процессов мочевыделительной системы в акушерстве и гинекологии. //Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2002;1(1):74–77.
18. Петричко М.И., Чижова В.Г. Инфекции мочеполовой системы у беременных женщин. //Новосибирск: Наука; 2002.

Поступила 20.01.2023

