

ՀԱԿ 616.6:616.9

МЕДИЦИНА

Ա. Տ. Էզոկյան, Ա. Վ. Մանուկյան

Выбор режима антибиотикотерапии острой инфекции мочевыводящих путей

(Представлено чл.-корр. АН Армянской ССР Н. Х. Геворкяном 28/1 1988)

Традиционные курсы длительного применения антибиотиков в настоящее время не всегда оправданы из-за наличия побочных эффектов, таких как аллергические реакции, быстрое формирование антибиотикоустойчивости и др. В связи с этим наметились тенденции к уменьшению сроков применения антибактериальных препаратов при лечении инфекционных заболеваний различных локализаций (1-8).

Целью настоящей работы было сравнительное изучение эффективности различных режимов антибиотикотерапии (традиционных и укороченных) при лечении неосложненных урологических инфекций. Исходной предпосылкой для назначения антибиотиков явилось наличие острого неокклюзионного воспалительного процесса в органах мочевого выделения (цистит, пиелонефрит).

Было обследовано 48 стационарных больных, находящихся на лечении в урологической клинике II МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова и урологическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Кировакана. Все больные предъявляли характерные жалобы на дизурию, боли соответствующей локализации и ухудшение общего состояния. При лабораторном исследовании у них зарегистрированы лейкоцитурия различной интенсивности, наличие лейкоцитоза со сдвигом формулы влево и ускорение СОЭ.

Для исключения окклюзионных процессов верхних мочевых путей производили рентгенологическое обследование (экскреторная урография), изотопную ренографию или хромоцистоскопию, ультразвуковое исследование. Выбор одного или нескольких указанных методов исследования определялся в зависимости от формы заболевания, наличия беременности и др. Лечение начинали при установке клинического диагноза до получения результатов бактериологического исследования в виде эмпирической монотерапии одним из антибиотиков широкого спектра действия, активного в отношении большинства возбудителей уринарных инфекций в комплексе с общеукрепляющей, дезинтоксикационной терапией.

Больные были распределены на две группы, близкие по возрастному составу и степени клинических проявлений воспаления. В I группе (25 больных) антибиотикотерапия проводилась по схемам традиционной продолжительности—10—14 дней. Во II группе (23 больных) те же

антибиотики назначались только 1 или максимум 3 дня. Во всех случаях у больных обеих групп были использованы преимущественно полусинтетические пенициллины (ампициллин, ампиокс), цефалоспорины (цефазолин, цефуроксим, цефотаксим). Суточная доза препаратов при их длительном или сокращенном применении была одинаковой и составляла для ампициллина 2,0—3,0 г, цефазолина 3,0—4,0 г, цефуроксима 3,0 г, клафорана 2,0 г. Интервал дозирования у всех больных обеих групп был одинаковым. Единственным различием оставалась продолжительность курса лечения для больных разных групп.

Результаты лечения были оценены по комплексу клинико-лабораторных показателей, включающих в себя оценку общего состояния, температурной реакции и изменения в анализе мочи и крови.

Лечение расценивалось как хорошее в случаях быстрой регрессии клинических симптомов (на протяжении первых-вторых суток), исчезновения лейкоцитурии и отсутствия возбудителя в анализе мочи, который проводили с интервалом в 3—5 дней на протяжении первых двух недель лечения.

Удовлетворительные результаты характеризовались положительной клинической картиной заболевания, но при этом отмечалась более поздняя (на 5—7 день) нормализация лабораторных показателей. Результаты расценивались как неудовлетворительные, когда несмотря на проведенное лечение сохранялись или уменьшались незначительно клинико-лабораторные показатели активности воспалительного процесса. Данные обследования обеих групп больных приведены в табл. 1.

При оптимизации клинико-лабораторных показателей для сведения их в таблицу были использованы следующие критерии: боль как симптом острого заболевания расценивалась положительно при наличии любой степени дискомфорта в области поясницы и надлобковой области. Симптом считался отрицательным, когда боли исчезали полностью или приобретали явно тупой характер без необходимости дополнительного применения анальгетиков для их купирования.

Дизурия регистрировалась в том случае, когда мочеиспускание было в 2 раза чаще по сравнению с нормой для конкретного больного и сопровождалось болями. Отсутствие симптома рассматривалось при полной нормализации ритма мочеиспускания, а также в случае исчезновения болей, но при сохранении некоторого дискомфорта. Повышение температуры тела учитывалось от 37°C и выше. Ухудшение общего состояния оценивалось субъективно больным с дополнительной оценкой пульса, тахикардии, одышки. Лейкоцитоз считался повышенным свыше 8000, СОЭ—ускоренной свыше 18 мм/час. Положительная динамика со стороны этих показателей отмечалась при их нормализации или снижении более чем на 75% от исходного. Лейкоцитурия регистрировалась как положительный симптом при увеличении числа форменных элементов более чем в 20 раз в поле зрения. Бактериурия считалась положительной при наличии микроорганизмов бактериоскопического исследования мочи или их выявлении по результатам посева.

При оценке результатов лечения (от 1 до 4 недель) была отмечена быстрая динамика регрессии клинических симптомов у подавляюще-

Основные клинико-лабораторные показатели воспаления у больных с острой инфекцией мочевых путей на фоне антибиотикотерапии различной продолжительности

Таблица 1

Клинико-лабораторные показатели	I группа (25 больных). Продолжительность лечения 10—14 дней					II группа (23 больных). Продолжительность лечения 1—3 дня				
	контрольные сроки (дни) наблюдения					контрольные сроки (дни) наблюдения				
	фон	1—3	5—7	9—14	21—28	фон	1—3	5—7	9—14	1—28
Боль	19	8	2	1	1	17	7	2	2	—
Дизурия	17	3	1	—	—	16	4	1	1	1
Повышение температуры тела	23	2	—	—	1	21	4	1	1	—
Ухудшение общего состояния	25	5	1	—	—	23	5	1	—	—
Лейкоцитоз	25	7	3	2	—	23	9	4	1	—
СОЭ	24	16	5	2	—	23	18	6	2	1
Лейкоцитурия	23	16	4	4	1	21	14	6	4	2
Бактериурия	25	8	3	1	1	23	10	4	2	2

го большинства больных в обеих группах, что выражалось в улучшении общего самочувствия, купировании болей, прекращении дизурии и нормализации температуры тела.

Эти данные коррелировали с результатами лабораторных показателей по снижению СОЭ и лейкоцитоза. Лейкоцитурия обследованных больных сохранялась дольше у пациентов второй группы.

Спектр возбудителя представлен в табл. 2.

Таблица 2

Спектр возбудителя

Возбудитель	Количество больных
Кишечная палочка	33
Стафилококк	10
Гр. протея	3
Клебсиелла энтеробактер	2

При ретроспективной оценке результатов бактериологических исследований быстрая элиминация возбудителя наступала в случаях первичного обнаружения в моче стафилококка, кишечной палочки. В меньшей степени это было характерно при единичном выявлении представителей группы протея, клебсиелла энтеробактер, что можно объяснить меньшей чувствительностью указанных возбудителей к применяемым антибактериальным агентам.

При наблюдении больных в ближайшем периоде не было зарегистрировано случаев реверсии клинических симптомов заболевания.

После улучшения состояния больные были выписаны на амбулаторное лечение с наблюдением в течение месяца (табл. 1). Для дополнительной оценки эффективности различных режимов антибиотикотерапии проведено контрольное обследование больных в сроки от 4 ме-

сяцев до 2 лет. Обследование проведено в виде анкетирования по оценке общего состояния, наличия эпизодов обострения воспалительного процесса и наличия лабораторных признаков латентного течения пиелонефрита.

Из 25 больных I группы по указанной выше схеме обследовано 15, из 23 больных II группы—19. Результаты обследования не выявили существенного различия в динамике течения воспалительного процесса в обеих группах.

У всех больных отсутствовали анамнестические данные, указывающие на обострение процесса, а при лабораторном исследовании у одной больной I группы и двух больных II группы выявлена асимптоматическая бактериурия до 10^7 КОЕ/мл, которая сопровождалась умеренной лейкоцитурией. Все 3 женщины, имевшие бактериурию, лейкоцитурию, страдали дополнительно воспалительным заболеванием гениталий (у 2—аднексит, у 1—эрозия шейки матки).

Таким образом, результаты проведенного исследования показывают, что эффективность применения укороченных курсов антибиотикотерапии при острых формах неокклюзионных воспалительных заболеваний мочевыводящих путей не уступает традиционным (10—14 дней). При этом снижается риск развития побочных реакций и уменьшается стоимость лечения.

Урологическое отделение Кировоаканской
больницы скорой медицинской помощи
Клиника урологии и оперативной нефрологии
II МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова

Ա. Ս. ԵԶԴՈՎՅԱՆ, Ա. Վ. ՈՒԽԻՆ

Միզամուղ ուղիների սուբ փառակի դեպիում հակամանրէային բերապիայի ուժիմի բնութարկում

Կատարված հետազոտությունների արդյունքները վկայում են միզամուղ ուղիների սուբ ոչ-օկլիզիոն բորբոքային հիվանդությունների դեպիում հակամանրէային բերապիայի կարճացված ուժիմի բարձր արդյունավետության մասին:

Հաստատվոր զննման արդյունքների և հետախոր զննման սվյալների երկամներում բորբոքային պրոցեսների ընթացքի դինամիկայում տարբերություններ չեն հայտնարերված, անկախ սուբ պրոցեսի բուժման ընթացքում հակամանրէային միջոցների օգտագործման տևողությունից:

Л И Т Е Р А Т У Р А — Գ Ր Ա Վ Ա Ն Ո Ւ Ք Յ Ո Ւ Ն

- ¹ М. Ю. Коткин, Профилактика острого пиелонефрита и его рецидивов у беременных. Автореф. канд. дис., М., 1986.
- ² D. Adam, Scand. J. Infect. Dis, Suppl. 49, p. 196—200 (1986).
- ³ E. J. Berggqvist, A. M. Sheila, Med. clin. North. Amer., v. 71, № 3, p. 357—367 (1987).
- ⁴ F. Falker, P. Ma, D. Murphy, J. Urol, v. 129, № 4, p. 766—768 (1983).
- ⁵ J. W. Fang, Can. Fam. Phys., v. 33, № 5, p. 1239—1242 (1987).
- ⁶ T. C. Gasser, P. H. Graversen, P. O. Madsen, New Engl. J. Med., v. 316, № 1, p. 1089 (1986).
- ⁷ I. E. Nicolle, Can. Fam Phys., v. 33, № 5, p. 1247—1251 (1987).
- ⁸ A. R. Ronald, Ann. Intern. Med., v. 106, № 3, p. 467—468 (1987).