

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ» В ЛЕЧЕНИИ ПИЕЛОНЕФРИТА

С.А. Сохин, Е.А. Стафинова

Донецкий государственный университет имени М. Горького

Ключевые слова: пиелонефрит, возбудители, лечение, антибиотик.

Пиелонефрит является самым частым заболеванием почек во всех возрастных группах. Он может быть самостоятельным заболеванием, но чаще осложняет течение различных заболеваний (мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы, заболевания женских половых органов, опухоли мочеполовой системы, сахарный диабет) или возникает как послеоперационное осложнение.

Неосложненные инфекции почек возникают без анатомических изменений мочевыделительной системы, если нет серьезных сопутствующих заболеваний. Таких пациентов, как правило, лечат амбулаторно.

Осложненные инфекции возникают у больных с различными обструктивными уropатиями, на фоне катетеризации мочевого пузыря, а также при сопутствующей патологии (сахарный диабет, застойная сердечная недостаточность, иммуносупрессивная терапия и др.).

Наиболее частым возбудителем инфекций мочевыводящих путей и пиелонефрита является кишечная палочка, реже встречаются другие грамотрицательные бактерии, стафилококки и энтерококки. При остром и хроническом пиелонефрите у амбулаторных больных в этиологии заболевания преобладает *E. coli*, значение других микроорганизмов ограничено. В то же время при пиелонефрите, возникшем в стационаре, существенно увеличивается спектр потенциальных возбудителей заболевания, при этом возрастает значение и грамположительных микроорганизмов — энтерококков, стафилококков (в основном *S. saprophyticus*). Указанные особенности этиологической структуры пиелонефрита необходимо учитывать при планировании антибиотикотерапии [2].

При нарушенном оттоке мочи важнейшим условием успешного лечения является быстрое и адекватное восстановление этой функции. Это осуществляется с помощью стентирования или катетеризации мочеточника, перкутанной или открытой нефростомии, придания колено-локтевого положения пациентке при сдавлении мочеточников беременной маткой.

Основа лечения при пиелонефритах — антибиотики. Пенициллины относятся к самой старой группе антибиотиков. Некоторые их представители в связи с развитием устойчивости бактерий в настоящее время практически не используют, однако важные их преимущества перед другими группами заставляют ученых искать новые модификации пенициллинов [1]. К достоинствам этих лекарственных веществ относят их низкую токсичность, широкий спектр действия, высокую антибактериальную активность. Побочные эффекты, как правило, проявляются значительно реже, чем при лечении другими антибиотиками.

К достижениям современной фармакологии, бесспорно, следует отнести созданный фирмой «Аестеллас» антибиотик «Флемоклав Солютаб», который содержит для взрослых 250 мг или 500/1000 мг амоксициллина тригидрата и 62,5 мг или 125 мг клавуланата калия. Клавулановая кислота ингибирует большинство клинически значимых β -лактамаз (типы II, III, IV и V), которые продуцируются возбудителями инфекций и разрушают амоксициллин, повышая при этом активность и устойчивость антибиотика. Преимуществом препарата является редкое развитие аллергии, диареи, дисбактериоза, высокая биодоступность (около 93%), удобная форма применения. Эти положительные качества позволяют назначать его детям, старикам, беременным [3].

При выборе антибиотиков для лечения больных с неосложненными инфекциями мочевых путей важно соизмерять возможный риск развития нежелательных реакций и тяжесть состояния пациента. Выбор антибиотиков у беременных зависит не только от активности препаратов, но и их безопасности для плода. Этим требованиям соответствуют аминопенициллины, цефалоспорины и фосфомицин, которые можно с высокой степенью безопасности назначать в течение всего срока беременности.

Цель работы — оценка эффективности препарата «Флемоклав Солютаб» в лечении различных видов пиелонефрита, встречающихся в урологической практике.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ІСЛЕДОВАНИЯ

В данное исследование вошли результаты лечения 15 женщин в возрасте от 18 до 41 года с различными сроками беременности от 2 до 8 мес (средняя продолжительность — $(4,3 \pm 1,6)$ мес), которые составили I группу; 20 человек в возрасте от 30 до 55 лет с острым серозным неосложненным пиелонефритом (II группа); 14 — в возрасте от 42 до 56 лет с обострением хронического пиелонефрита (III группа). Диагноз пиелонефрита устанавливали на основании жалоб больного (боль в поясничной области, повышение температуры тела), общих анализов крови (лейкоцитоз, лейкоцитарный сдвиг влево, повышение СОЭ) и мочи (умеренная протеинурия до 1 г/л, лейкоцитурия, эритроцитурия), микробиологического исследования мочи до начала антибактериальной терапии. Дополнительно проводили УЗИ почек, при необходимости выполнялись экскреторная урография и компьютерная томография забрюшинного пространства. Пациенткам I группы назначали антибиотик «Флемоклав Солютаб» по 1 таблетке, содержащей 250 мг амоксицилина тригидрата и 62,5 мг клавуланата калия 3 раза/сут на протяжении 10—14 дней. Пациентам II и III группы в течение 21 дня проводили лечение препаратом «Флемоклав Солютаб» в дозе 500/125 мг 3 раза/сут. При персистенции возбудителя или сохранении клинических проявлений заболевания продолжали курс терапии еще на 2 нед макролидом кларитромицином. Помимо антибактериальной терапии, пациенты получали жаропонижающие, обезболивающие препараты, назначалось обильное питье до 2,5 л в сутки. Результаты лечения оценивали через 7 и 30 дней от начала терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате бактериологического исследования мочи были выявлены следующие возбудители: *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella /Enterobacter*, *Enterococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa* (табл. 1). Наиболее частым возбудителем заболевания во всех группах была кишечная палочка, которая встречалась в 87,6% наблюдений, при этом среди беременных этот показатель составил 92,8%. Относительно реже кишечная палочка обнаруживалась в III группе — в 75,1%. Второе место среди возбудителей пиелонефрита занимает *Proteus spp.*, который во всех изучаемых группах встречался в 5,1%. На до-

лю остальных выявленных возбудителей приходится менее 5% и только в III группе — около 20% случаев развития пиелонефрита.

Основной жалобой во всех группах была боль в поясничной области, которая встречалась у 86,3% больных и положительный симптом поколачивания — 90,6%. При этом следует отметить, что на эти симптомы наиболее часто указывали беременные — 88,7% и 93,2% соответственно (табл. 2). В других группах эти симптомы встречались реже — в среднем у 74,3 и 81,9% соответственно. Кроме этого, частыми проявлениями заболевания была субфебрильная температура тела — 78,9%, лейкоцитурия — 100%, реже выявлялась поллакиурия — в 33,7%. Учащенное мочеиспускание чаще отмечалось у беременных — у 13 человек, во II группе — у 4 и в III группе — только у 3. Поллакиурия у пациенток I группы, по-видимому, была связана как с развитием цистита, так и с давлением беременной матки на стенку мочевого пузыря. Бактериурия по результатам исследования всех групп выявлялась примерно у половины больных.

Повышенная температура тела отмечена у 60,2% пациентов с пиелонефритом, при этом субфебрильная — у 39,5%, фебрильная — у 19,5%. У 14 пациенток I группы зарегистрировано повышение температуры тела, из них субфебрильная — у 11 и фебрильная — у 3. У пациентов II группы повышение температуры тела выявлено в 65,3%, тогда как в третьей — только в 36,7%.

Через 7 дней от начала антибактериальной терапии отмечалась положительная клиническая дина-

Таблица 1. Микроорганизмы, вызвавшие пиелонефрит

Микроорганизм	I группа	II группа	III группа
<i>Escherichia coli</i>	9	8	7
<i>Proteus spp.</i>	2	1	2
<i>Klebsiella/Enterobacter</i>	1	1	1
<i>Enterococcus spp.</i>	1	2	2
<i>Streptococcus spp.</i>	2	2	2

Таблица 2. Клинические симптомы у больных пиелонефритом до лечения

Симптом	I группа (n = 15)	II группа (n = 20)	III группа (n = 14)
Боль в поясничной области	13	17	11
Положительный симптом поколачивания	12	16	10
Повышение температуры тела	14	17	9
Поллакиурия	13	4	5
Лейкоцитурия	15	20	14
Бактериурия > 10 ⁵ КОЕ/мл	9	11	6

мика у 40 (81,6%) больных. В І групі болевой синдром зберігався тільки у трьох пацієнток, при цьому всі вони відзначали зменшення його вираженості. Температура нормалізувалася у 10 із 15 вагітних в течение перших трьох днів, у двох в наступні два дні і ще у трьох — кінці тижня лікування. Лейкоцитурія кінці першого тижня лікування зберігалася у шести пацієнток, однак вона ні в одному випадку не перевищала 20 лейкоцитів в полі зору, тоді як до початку терапії препаратом «Флемоклав Солютаб» досягала от 1/4 до цілого поля зору (табл. 3). В ІІ групі також отримані позитивні результати через тиждень від початку лікування: зникнення бокового синдрому відзначили 12 осіб, позитивний симптом поколачування зберігався тільки у шести, підвищена температура зберігалася у двох, однак вона не перевищала значень 37,5 °С, лейкоцитурія була у восьми пацієнтів.

В ІІІ групі також вдалося отримати клінічного ефекту у 11 пацієнтів кінці першого тижня лікування, тільки у чотирьох пацієнтів зберігався болевой синдром, температурна реакція — у одного.

Двома пацієнтками І групи і чотирма — ІІ групи після антибактеріальної терапії, враховуючи збереження лейкоцитурії і бактеріурії, потрібно було доповнити антибактеріальну терапію кларитромицином ще на два тижні.

Через місяць після початку лікування в І групі у всіх пацієнтів не відзначено відсутності клінічної симптоматики, незначительна лейкоцитурія (до 15 лейкоцитів в полі зору) зберігалася тільки у двох, в одному спостереженні виявлена бактеріурія і ще у трьох — поліакіурія (табл. 4). Всі жінки виносили вагітність і родили

здорових дітей. Осложнень після антибактеріальної терапії препаратом «Флемоклав Солютаб» з боку як вагітних, так і новонароджених не відзначено.

В ІІ групі у всіх пацієнток нормалізувалася температура тіла, позитивний симптом поколачування відзначали троє пацієнтів, із них у двох зберігалася помірна лейкоцитурія і бактеріурія. Нескільки гірші результати отримані в ІІІ групі. Так, болевой синдром і позитивний симптом поколачування спостерігалися у одного і двох вагітних відповідно, у чотирьох зберігалася лейкоцитурія і у трьох — бактеріурія. В той же час у всіх пацієнтів цієї групи вдалося нормалізувати температуру тіла. Менше значительний клінічний результат пов'язаний з тим, що в ІІІ групі лічили пацієнтів з хронічним пієлонефритом, у яких могло бути склерозування ниркової паренхіми з однієї сторони, а також стійкість флори до антибіотиків за рахунок їх тривалого прийому — з другої.

На фоні лікування препаратом «Флемоклав Солютаб» у чотирьох осіб розвинулися побічні дії: у двох через тиждень з'явилися еритематозні висипання на обличчя, у двох відзначені зміни з боку травного каналу — тошнота, діарея, біль в животі. Ці реакції носили тимчасовий, незначительний характер і не вимагали скасування лікування. В цілому пацієнти добре перенесли лікування препаратом «Флемоклав Солютаб».

Підводячи підсумки, слід відзначити, що лікування різних форм пієлонефриту препаратом «Флемоклав Солютаб» дозволило отримати позитивний клінічний ефект у 45 (91,8%) пацієнтів і лабораторного — у 43 (87,7%). Найкращі

Таблиця 3. Клінічні симптоми у вагітних пієлонефритом через 7 днів лікування препаратом «Флемоклав Солютаб»

Симптом	I група (n = 15)	II група (n = 20)	III група (n = 14)
Боль в поясничной области	3	5	4
Положительный симптом поколачивания	2	6	5
Повышение температуры тела	0	2	1
Поллакиурія	3	1	3
Лейкоцитурія	6	8	12
Бактериурія > 10 ⁵ КОЕ/мл	4	6	4

Таблиця 4. Клінічні симптоми у вагітних пієлонефритом через місяць після антибактеріальної терапії

Симптом	I група (n = 15)	II група (n = 20)	III група (n = 14)
Боль в поясничной области	0	0	1
Положительный симптом поколачивания	0	3	2
Повышение температуры тела	0	0	0
Поллакиурія	3	0	0
Лейкоцитурія	2	2	4
Бактериурія > 10 ⁵ КОЕ/мл	1	2	3

результаты получены при лечении острого пиелонефрита. В клинически трудных случаях при сохранении симптомов заболевания или изменений в общем анализе мочи антибактериальную терапию следует продолжить еще на 2 нед препаратом дру-

гой группы (например, кларитромицином). Помимо выраженного положительного клинического эффекта «Флемоклав Солютаб» хорошо переносят пациенты, что позволяет рекомендовать его для лечения различных форм пиелонефрита.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Карпов О.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарств при беременности и лактации: Справочное руководство.— СПб: БХВ-Санкт-Петербург, 1998.— 352 с.

2. Яковлев С.В. Современные подходы к антибактериальной терапии инфекций мочевыводящих путей // Consilium Medicum.— 2001.— Т. 3, № 7.— С. 300—306.

3. Reed M.D., Blumer J.L. Amoxicillin -potassium clavulanate: rational pharmacology meets clinical infectious disease // Clin. Pharm.— 1984.— N 3.— P. 356—360.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «ФЛЕМОКЛАВ СОЛЮТАБ» У ЛІКУВАННІ ПІЄЛОНЕФРИТУ

С.О. Сохин, О.А. Статинова

Оцінювали ефективність препарату «Флемоклав Солютаб» у лікуванні різних видів піелонефриту — у вагітних, пацієнтів з гострим серозним неускладненим піелонефритом, хворих із загостренням хронічного піелонефриту. Лікування цим антибіотиком дає клінічний ефект у 91,8% і лабораторний — у 87,7% пацієнтів. Препарат добре переноситься пацієнтами.

THE USE OF FLEMOCLAV SOLUTAB PREPARATION IN THE PYELONEPHRITIS TREATMENT

S.O. Sokhin, O.A. Statinova

Efficacy of Flemoclav Solutab preparation was assessed in the treatment of various pyelonephritis types — in pregnant women, patients with acute serious non-complicated, pyelonephritis, patients with exacerbation of chronic pyelonephritis. The treatment with this antibiotic gave clinical effect in 91.8% and laboratory effect in 87.7% of patients. This drug is well tolerated by patients.