

Корсак В. Э.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПОСТКОИТАЛЬНОМ ЦИСТИТЕ У ЖЕНЩИН

Научный руководитель д-р мед. наук, Нечипоренко А. Н.

2-я кафедра хирургических болезней

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Очевидно, что адекватная антибактериальная терапия приводит к облегчению симптомов и эрадикации бактерий у женщин с хроническим рецидивирующим посткоитальным циститом, однако лечение антибиотиками должно начинаться только после попыток исключения факторов риска и применения неантибактериальных средств.

Существует несколько вариантов назначения антибактериальных средств: однократное (до или после) полового акта и длительное – до 6 месяцев. Показания для назначения данных препаратов должны быть соотнесены с риском развития побочных эффектов, резистентности бактерий, со стоимостью и доступностью препаратов. При этом учитывается наличие постоянного полового партнера, активность половой жизни, наличие аналогичного заболевания у матери и использование спермицидов.

В связи с этим на данный момент используется фосфомицин 3 г однократно (при однократной дозе 3 г, в течение 48-72 ч, достигается значение выше минимальной ингибирующей концентрации), пивмециллинам 400 мг три раза в день в течение 3-5 дней и нитрофурантоин (например, моногидрат нитрофурантоина/макрокристаллы 100 мг два раза в день в течение пяти дней).

Альтернативные противомикробные препараты включают триметоприм отдельно или в сочетании с сульфаниламидом. Ко-тримоксазол (160/800 мг два раза в день в течение трех дней) или триметоприм (200 мг два раза в день в течение пяти дней) следует рассматривать в качестве препаратов первого выбора только при уровне резистентности *E. Coli* <20%.

После полового акта применяются следующие схемы: нитрофурантоин 50 мг или 100 мг один раз в день, фосфомицин 3 г каждые десять дней, триметоприм 100 мг один раз в день и во время беременности цефалексин 125 мг или 250 мг или цефаклор 250 мг один раз в день.

Посткоитальную профилактику допустимо рассматривать у беременных женщин с частыми обострениями в анамнезе до наступления беременности, чтобы снизить риск возникновения во время текущей беременности, а также можно рассмотреть назначение препаратов короткими курсами: пенициллины, цефалоспорины, фосфомицин, триметоприм (во 2 и 3 триместрах).

Аминопенициллины или фторхинолоны для лечения эпизодов посткоитального цистита не используются. Фторхинолоны из-за своей токсичности и риска развития побочных эффектов в препараты выбора не включены, однако их использование допустимо в качестве препаратов резерва, когда предполагается, что назначение препаратов первой линии может быть неэффективно. А неэффективность аминопенициллинов объясняется высокой устойчивостью *E. Coli* во всем мире. Фосфомицин, пивмециллинам и нитрофурантоин – препараты первой линии в лечении атак хронического посткоитального цистита.

В результате, выбор антибиотика определяется чувствительностью организма, переносимостью пациента и предпочтениями клинициста. При длительной антибиотикотерапии важно оповестить пациентку о возможности рецидивов, несмотря на терапию, предоставить план лечения в данном случае, с учетом того, что в перспективе она сможет проводить терапию самостоятельно. Если используются разные антибиотики, то не рекомендуется совмещать терапию. Следует помнить, что при отсутствии эффекта более 6 месяцев, возникает необходимость рассмотреть хирургический метод лечения.