

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН. ВЗГЛЯД КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА

Кожанова И. Н.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Беларусь, Минск

Введение. Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) остаются одной из ведущих причин обращений женщин за медицинской помощью, причем до 44 % пациенток сталкиваются с рецидивом заболевания в течение года. В современной клинической практике основной проблемой является стремительный рост антибиотикорезистентности ключевых уропатогенов, прежде всего *E. coli*, к фторхинолонам и цефалоспорином. Согласно принципам клинической фармакологии, эмпирическая терапия препаратом нецелесообразна, если уровень локальной резистентности к нему превышает 20 %. Это диктует необходимость возвращения к группам препаратов с исторически низким уровнем устойчивости.

Цель. Обосновать принципы рационального выбора антибактериальных препаратов для лечения ИМП у женщин с позиции клинической фармакологии на основе актуальных данных о резистентности и фармакокинетических особенностях лекарственных форм.

Методы исследования. Проведен анализ данных многоцентровых исследований резистентности возбудителей внебольничных ИМП в России (ДАРМИС 2010–2023 гг.), положений международных клинических рекомендаций (EAU 2025) и сравнительных фармакологических характеристик различных солей нитрофуранов.

Результаты и обсуждение. Современная классификация ИМП разделяет их на локализованные (цистит) и системные (пиелонефрит, уросепсис). Согласно рекомендациям EAU 2025, препаратами первого выбора для лечения острого неосложненного цистита являются фосфомицина трометамол, нитрофурантоин и пивмециллином. Использование фторхинолонов и аминопенициллинов для терапии неосложненного цистита не рекомендуется из-за высокого уровня резистентности и риска серьезных побочных эффектов.

Особую ценность в лечении локализованных ИМП сохраняют нитрофураны (фуразидин, нитрофурантоин). По данным исследования ДАРМИС 2023, устойчивость *E. coli* к этой группе остается стабильно низкой — около 0,4 % за последние 12 лет. Многоцелевой механизм действия нитрофуранов, включающий одновременное повреждение рибосом, ДНК и клеточных мембран бактерий, минимизирует риск развития резистентности. Важным преимуществом фосфомицина и нитрофуранов является их способность воздействовать на бактерии внутри биопленок, которые часто формируются на эпителии и медицинских устройствах (катетерах), становясь резервуаром инфекции.

С точки зрения клинической фармакологии критически важен выбор конкретной лекарственной формы фуразидина. Выделяют базовое соединение и рас-

творимую калиевую соль. Применение лекарственной формы, содержащей растворимую калиевую соль фуразидина в сочетании с магнезия карбонатом основным в соотношении 1:1, обеспечивает значительно более высокую биодоступность при приеме внутрь по сравнению с базовым фуразидином. Это позволяет стабильно достигать необходимых терапевтических концентраций в моче. Напротив, калиевая соль фуразидина в смеси с натрия хлоридом (1:9) обладает низкой системной биодоступностью и предназначена исключительно для местного применения в виде полосканий или промываний.

Нитрофураны эффективны только при локализованных инфекциях нижних путей, так как не создают терапевтических концентраций в тканях, и противопоказаны при системных процессах (пиелонефрит) и снижении функции почек (СКФ менее 30 мл/мин). Бессимптомная бактериурия в большинстве случаев не требует антибактериальной терапии, за исключением беременных и пациентов перед инвазивными урологическими манипуляциями.

Выводы. В условиях роста резистентности препаратами первой линии для лечения неосложненных ИМП остаются нитрофураны и фосфомицин. Рациональная терапия требует выбора лекарственных форм нитрофуранов с оптимальной биодоступностью (соли калия в сочетании с магнезия карбонатом) и строгого соблюдения «нишевых» показаний, ограниченных инфекциями нижних мочевых путей.