

Современные особенности ведения беременных женщин с бессимптомной бактериурией в практике акушера-гинеколога

Профессор А.А. Олина¹, И.В. Галинова²

¹ ФГБНУ «НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», Санкт-Петербург

² ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь

РЕЗЮМЕ

Бессимптомная бактериурия (ББ) у беременных представляет собой актуальную проблему, ее распространенность составляет от 2 до 22%, в среднем 6–8%. Эта форма инфекции мочевыводящих путей увеличивает риск развития пиелонефрита на поздних сроках беременности в 20–40% случаев, что обусловлено физиологическими изменениями в организме женщины во время беременности.

Цель исследования: оценка эффективности скрининга на выявление ББ у беременных и ее влияния на частоту акушерских осложнений (на основании ретроспективного анализа 130 обменных карт и историй родов).

Материал и методы: изучали эффективность и безопасность антибактериальной терапии ББ у беременных (фосфомицина трометамол 3 г однократно; 41 пациентка). Проанализировано 130 обменных карт (учетная форма № 113) и историй родов (форма № 096/у). Бактериологическое исследование средней порции мочи выполнено по стандартным методикам (82 пробы).

Результаты исследования: бактериологическое исследование мочи проведено у 130 пациенток, положительный результат получен в 29 пробах (22,3%): в концентрации 10^5 КОЕ/мл и более — 8 проб, 10^2 – 10^4 КОЕ/мл — 18, в 3 случаях в обменных картах отсутствовала информация о концентрации возбудителя. При 100% внедрении скрининга на ББ показаны большое число дефектов в диагностике и несоблюдение требований нормативных документов. Среди акушерских осложнений в группе пациенток с ББ лидировали преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — 37,5% случаев, преждевременные роды — 25%.

Выводы: фосфомицина трометамол в терапии ББ у беременных показал высокую эффективность — 92,7% и хорошую переносимость (частота побочных явлений составила 4,8%). Полученные результаты позволяют рекомендовать фосфомицина трометамол как препарат выбора в лечении ББ у беременных.

Ключевые слова: бессимптомная бактериурия, беременность, акушерские осложнения, фосфомицина трометамол.

Для цитирования: Олина А.А., Галинова И.В. Современные особенности ведения беременных женщин с бессимптомной бактериурией в практике акушера-гинеколога // PMЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 12. С. 36–41.

ABSTRACT

Modern features of management of pregnant women with asymptomatic bacteriuria in the practice of an obstetrician-gynecologist

A.A. Olina¹, I.V. Galinova²

¹ Ott Research Institute of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine, Saint Petersburg

² Vagner Perm State Medical University

Asymptomatic bacteriuria (AB) in pregnant women is an actual problem, its prevalence ranges from 2 to 22%, an average of 6–8%. This form of urinary tract infection increases the risk of pyelonephritis in late pregnancy by 20–40%, due to physiological changes in the woman's body during pregnancy.

Aim: results of a study evaluating the effectiveness of screening to identify AB in pregnant women and its impact on the incidence of obstetric complications (based on a retrospective analysis of 130 prenatal records and labor and delivery records) are presented.

Patients and Methods: efficacy and safety of antibiotic therapy of AB in pregnant women (fosfomycin trometamol, 3.0, single dose; 41 patients) were studied. 130 prenatal records (registration form No. 113) and labor and delivery records (form No. 096/u) were analyzed. Bacteriological study of the midstream urine was performed by standard methods (82 samples).

Results: bacteriological examination of urine was performed in 130 patients, a positive result was obtained in 29 samples (22.3%): at a concentration of 10^5 CFU/ml and more — 8 samples, 10^2 – 10^4 CFU/ml — 18 samples, in 3 cases information on the concentration of the pathogen was absent in the prenatal records. With 100% implementation of screening for AB, a large number of defects in diagnostics and non-compliance with the requirements of regulatory documents are shown. Among obstetric complications in the group of patients with AB, premature detachment of the normally situated placenta was in the lead — 37.5%, premature labor — 25%.

Conclusion: fosfomycin trometamol in the treatment of AB in pregnant women showed high efficiency — 92.7%, and good tolerability (the incidence of adverse events was 4.8%). Obtained results allow recommending fosfomycin trometamol as the agent of choice in the treatment of AB in pregnant women.

Key words: *asymptomatic bacteriuria, pregnancy, obstetric complications, fosfomicin trometamol.*

For citation: *Olina A.A., Galinova I.V. Modern features of management of pregnant women with asymptomatic bacteriuria in the practice of an obstetrician-gynecologist // RMJ. Medical Review. 2018. № 12. P. 36–41.*

ВВЕДЕНИЕ

Бессимптомная бактериурия (ББ) является одной из форм инфекций мочевыводящих путей, и ее распространенность у беременных составляет от 2 до 22%, в среднем 6–8% [1–4].

Многие исследователи подтверждают, что ББ увеличивает риск развития пиелонефрита на поздних сроках беременности в 20–40% случаев [4–8]. Этот факт может быть обусловлен физиологическими изменениями в организме женщины во время беременности. Высокая секреция прогестерона снижает тонус мускулатуры мочевыводящих органов и обуславливает задержку мочи с развитием пузырно-мочеточникового рефлюкса и гидронефроза, которые могут прогрессировать с увеличением срока гестации в результате сдавления мочевого пузыря беременной маткой, создавая условия для восходящего инфицирования почек и мочевыводящих путей. Помимо нарушений уродинамики происходит увеличение рН мочи, что способствует размножению бактерий и снижает устойчивость уроэпителия к инфекционной инвазии. Причинами изменения кислотности мочи являются физиологическая гипервентиляция, свойственная беременным женщинам, которая приводит к развитию алкалоза и бикарбонатурии, а также увеличение концентрации глюкозы, белка и метаболитов стероидных гормонов [6, 9–11].

В России вопрос о проведении скрининга на ББ определен приказом № 572н от 01.11.2012 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (далее — Порядок). Всем беременным женщинам рекомендуется однократно во время беременности (после 14 нед.) проводить посев средней порции мочи для исключения ББ [12]. Остается разногласия по диагностическим критериям ББ. Так, Порядок регламентирует однократное бактериологическое исследование мочи в случае однократного выявления возбудителя в концентрации более 10^5 КОЕ/мл. В то же время в российских клинических рекомендациях по урологии [13] ББ диагностируется в случае выделения одного и того же штамма бактерий (в большинстве случаев определяют только род бактерий) в двух образцах, взятых с интервалом более 24 ч, а количество бактерий достигает значения $>10^5$ КОЕ/мл. Аналогичную рекомендацию мы видим в клинических рекомендациях Российского общества урологов «Цистит» (2016). Европейская ассоциация урологов определяет диагностические критерии для ББ $\geq 10^5$ КОЕ/мл в двух последовательных образцах средней порции мочи или 10^2 КОЕ/мл в образце, полученном при катетеризации мочевого пузыря [14]. Различие диагностических критериев приводит к разным данным по частоте встречаемости ББ, дискуссии о целесообразности антибактериальной терапии при беременности. Следует также обратить внимание еще на один пункт Порядка, связанный с диагностикой состояния. Рекомендуется выполнение мазка на флору и степень чистоты при выявлении ББ [12]. Нам представляется крайне важным исключить инфекционные заболевания влагалища перед постановкой окончательного диагноза ББ, а тем более перед назначением антибактериальной терапии.

Однако остается спорным вопрос о необходимости проведения рутинного скрининга на ББ. Некоторые исследователи считают его необходимым [3, 15], другие ссылаются на отсутствие убедительных доказательств такой необходимости [16, 17].

Важность диагностики ББ на этапе прегравидарной подготовки также отмечена в литературе. Наличие в анамнезе эпизодов мочевой инфекции, особенно многократных, — показание для обследования женщины на выявление ББ либо клинически развернутого заболевания мочевых путей. При отсутствии прегравидарной коррекции риск повторного эпизода у беременных значительно повышен. Лечение следует назначить при выявлении одного и того же микроорганизма в количестве $\geq 10^5$ КОЕ/мл при двукратном бактериологическом исследовании мочи с интервалом не менее 24 ч, но не более 7 дней. При обнаружении ББ пациентку включают в группу высокого риска; в качестве первой линии терапии показаны комбинированные фитоуросептики. Упорное течение ББ — повод для решения вопроса о необходимости антибактериальной терапии с последующим восстановлением микробиоценоза влагалища [18].

Несмотря на наличие клинических рекомендаций, некоторые авторы отмечают, что при выделении из мочи бактерий в количестве 10^2 – 10^4 КОЕ/мл наблюдается увеличение акушерских, неонатальных и урологических осложнений, и лечение должно быть назначено при однократном выявлении возбудителя в моче даже в концентрации менее 10^5 КОЕ/мл [6, 19, 20].

Если ББ выявлена на ранних сроках беременности и своевременно проведено лечение, риск пиелонефрита может быть снижен на 80% [6, 8, 17, 21]. Все рекомендации говорят о необходимости антибактериальной терапии при ББ во время беременности. Порядок рекомендует антибактериальную, спазмолитическую, фитотерапию и позиционную терапию. При этом в документе нет четких рекомендаций о группах рекомендуемых антибактериальных препаратов [12]. Российские клинические рекомендации по урологии предлагают несколько режимов терапии (табл. 1).

Таблица 1. Режимы терапии ББ и цистита во время беременности [13]

Антибиотик	Продолжительность терапии	Комментарии
Фосфомицина трометамол	Внутри однократно 3 г	—
Нитрофурантоин	100 мг 2 р./сут 5–7 дней	Только не на последних неделях беременности во избежание дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы
Альтернативная терапия		
Цефиксим	Внутри 400 мг 1 р./сут 5–7 дней	—
Цефтибутен	Внутри 400 мг 1 р./сут 3–7 дней	—
Амоксициллин / клавуланат*	—	—

* Только при известной чувствительности возбудителя

По сообщению Европейской ассоциации урологов, результаты метаанализа показали целесообразность лечения ББ у беременных женщин, однако отмечено, что уровень доказательств по улучшению исходов беременности низкий и не поддерживается недавними исследованиями. Рекомендация по скринингу на ББ со стандартным коротким курсом лечения также недостаточно убедительна [13].

Механизм действия фосфомицина — бактерицидный. Эффект наступает вследствие нарушения синтеза клеточной стенки бактерий. Фосфомицин активен преимущественно в отношении грамотрицательных возбудителей, в частности *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, способен подавлять *Staphylococcus spp.* и *Enterococcus spp.* Он не имеет перекрестной резистентности с другими антибактериальными препаратами. Несмотря на то, что препарат известен с 1960-х гг., приобретенная резистентность к нему грамотрицательных палочек, особенно *E. coli*, в настоящее время встречается редко. Природную устойчивость к фосфомицину имеют неферментирующие грамотрицательные палочки и анаэробы.

Побочные явления при применении фосфомицина развиваются сравнительно редко. Иногда пациенты отмечают диспептические явления, проходящие после отмены препарата и не требующие специфической терапии. В целом фосфомицин является одним из наиболее безопасных и хорошо переносимых антибактериальных препаратов [22].

О влиянии ББ на развитие осложнений гестации имеются противоречивые данные. В ряде исследований отмечено, что ББ является фактором риска преждевременных родов, дородового излития околоплодных вод (ДИОВ), более низких показателей по шкале Апгар у новорожденного [3, 7, 8, 23], этот риск снижается при проведении антибактериальной терапии в I триместре [21]. Но в других исследованиях этот факт не подтвержден [8, 17]. Имеются данные, что на худший акушерский исход могут больше влиять инфекции половых путей, чем инфекции мочевых путей [24, 25]. В клинических рекомендациях Минздрава России «Преждевременные роды» (2014) отмечено, что рекомендуются проведение скрининга и лечение ББ и бактериального вагиноза.

Таким образом, представленные данные литературы говорят о необходимости современных исследований для обоснования скрининга и терапии ББ и подтверждают актуальность темы данной статьи.

Цель исследования: оценить эффективность скрининга на выявление ББ у беременных и ее влияние на частоту акушерских осложнений; изучить эффективность и безопасность антибактериальной терапии ББ у беременных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализировано 130 обменных карт (учетная форма № 113) и историй родов (форма № 096/у). ББ выявлена у 41 пациентки (в соответствии с критериями, рекомендованными Порядком). Бактериологическое исследование средней порции мочи выполняли по стандартным методам (82 пробы). С целью терапии ББ применяли фосфомицин трометамол (Фосфомицин Эспарма) 3 г однократно натощак за 2–3 ч до или после приема пищи, предварительно опорожнив мочевой пузырь. Рекомендовали содержимое одного пакета растворить в 150–200 мл воды и принять непосредственно после приготовления.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентки были в возрасте от 16 до 42 лет (средний возраст $29,5 \pm 5,29$ года). Из них первобеременных была 41 (31,5%) женщина, первородящих — 68 (52,3%).

Отягощенный акушерский анамнез отмечен у 15 (11%) пациенток: преждевременные роды — у 8 (61,5%), антенатальная асфиксия плода — у 3 (23,1%), синдром задержки роста плода (СЗРП) — у 1 (7,7%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) — у 1 (7,7%), преэклампсия тяжелой степени — у 2 (15,4%) пациенток. Две пациентки указали на сочетание преждевременных родов с младенческой смертностью: в первом случае по причине глубокой недоношенности (роды в 22 нед.), во втором случае первый ребенок умер по причине сепсиса, второй — по причине синдрома дыхательных расстройств. Все женщины с осложненным акушерским анамнезом встали на учет до 12 нед. беременности, заболевания мочевыделительной системы имели 3 женщины (хронический пиелонефрит — 2, хронический пиелонефрит в сочетании с мочекаменной болезнью — 1), данных о проведенной подготовке к беременности в медицинской документации нет.

Из 130 женщин на учет по беременности до 12 нед. встали 117 (90%) пациенток, в сроке 12–20 нед. — 12 (9,2%), в сроке более 20 нед. — 1 (0,8%).

Заболевания мочевыделительной системы в анамнезе были у 20 (15,4%) пациенток: хронический пиелонефрит — у 14, хронический цистит — у 2, хронический пиелонефрит в сочетании с мочекаменной болезнью — у 3, хронический пиелонефрит в сочетании с гломерулонефритом — у 1. При этом обследование и лечение на этапе прегравидарной подготовки не были проведены ни у одной женщины. В 100% случаев постановка на диспансерный учет проведена до 12 нед. беременности. Диагноз «хронический пиелонефрит» установлен у 8 женщин только на основании анамнестических данных. Обследование в полном объеме в соответствии с Порядком (УЗИ почек и др.) не проведено ни в одном случае [12]. Следует обратить внимание, что у 3 (15%) пациенток данной группы был отягощенный акушерский анамнез.

Согласно Порядку, бактериологическое исследование мочи проведено у 130 (100%) пациенток: до 14 нед. — у 31 (24,6%) (у 9 оснований для более раннего проведения посева мочи явилось наличие бактерий в общем анализе мочи, у 8 — наличие заболеваний мочевыделительной системы в анамнезе); до 14–20 нед. — у 64 (49,2%); до 20 нед. и более — у 34 (26,2%); следует акцентировать внимание на том, что из них 15 встали на учет до 12 нед. беременности, т. е. могли сдать анализ в регламентированные сроки.

Положительный результат бактериологического исследования мочи выявлен в 29 пробах (22,3%): в концентрации 10^5 КОЕ/мл и более — 8 проб, 10^2 – 10^4 КОЕ/мл — 18, в 3 случаях в обменных картах отсутствовала информация о концентрации возбудителя. Результаты посева мочи по этиологии представлены в таблице 2. Наиболее часто обнаруживали *E. coli* и *Enterococcus faecalis*, что соответствует литературным данным [10, 25]. Отдельно следует отметить обнаружение *Lactobacillus spp.* Из проанализированной нами медицинской документации *Lactobacillus spp.* встречались в результатах посева мочи в 2 случаях, в 1 случае был выставлен диагноз ББ, что послужило основанием для назначения фитопрепаратов.

Истинная ББ в соответствии с критериями, которые определены Порядком, выявлена в 8 случаях (6,2% от об-



Инновации
для качества жизни

ФОСФОМИЦИН ЭСПАРМА

При остром неосложненном цистите

- Короткий курс лечения: всего 1 пакетик
- Детям с 12 лет



КЛОТРИМАЗОЛ 2%

Крем для лечения
вульвовагинального кандидоза

- Не оказывает влияния на лактобактерии
- Гигиенические аппликаторы для введения в комплекте



www.esparma-gmbh.ru

Представительство фирмы «Эспарма ГмбХ» в России:

115114, г. Москва, ул. Летниковская, д. 16, оф. 706
тел.: +7 (499) 579-33-70

Рег. уд. № ЛП-003099 от 20.07.2015
Рег. уд. № ЛП-004092 от 23.01.2017

Реклама

щего числа пациенток), что соответствует данным литературы о распространенности ББ среди беременных женщин [1–4]. Все пациентки направлены на консультацию терапевта, но она была проведена только в половине случаев: диагноз ББ установлен у 2 пациенток, рекомендован повторный посев мочи; хронический пиелонефрит — у 2 пациенток, рекомендован прием растительных уросептиков. Следует обратить внимание, что в Порядке нет указаний на то, что пациенткам с диагнозом ББ требуется консультация врача-терапевта. В этом случае можно говорить о сложившейся порочной практике среди врачей акушеров-гинекологов, которая приводит к несвоевременной постановке диагноза и, что более важно, несвоевременной терапии ББ. Если четко следовать Порядку, то при различных инфекционных заболеваниях мочевыделительной системы регламентирована консультация врача-уролога. Однако в случае с ББ мы считаем, что квалификации врача акушера-гинеколога достаточно для постановки диагноза и выбора терапии. Особенно с учетом того, что после выявления бактериурии следует изучить состояние микробиоценоза влагалища и определить локализацию инфекционного процесса, т. е. провести дифференциальную диагностику. В данной группе (8 пациенток) бактериоскопическое исследование вагинального отделяемого после получения положительного результата бактериологического исследования мочи не выполнено.

Известно, что независимо от того, каким специалистом назначено лечение ББ, после его проведения рекомендуется повторить бактериологический посев мочи, чего не было сделано ни в одном из 8 случаев.

Крайне интересные данные получены по исходам беременности и родов у женщин с истинной ББ (8 пациенток): ДИОВ — 1 (12,5%), ПОНРП — 1 (12,5%), ПОНРП в сочетании с преждевременными родами — 2 (25%), СЗРП в сочетании с преждевременными родами — 1 (12,5%), тяжелая преэклампсия в сочетании со слабостью родовой деятельности — 1 (12,5%). В 6 (75%) случаях отмечено осложненное течение беременности и родов. Среди беременных с ББ чаще наблюдали осложненное течение беременности и родов (табл. 3), что может говорить о неблагоприятном влиянии ББ на гестационный процесс, однако для подтверждения причинно-следственной связи недостаточно данных о состоянии микробиоценоза влагалища.

Возбудитель в концентрации 10^2 – 10^4 КОЕ/мл обнаружен у 18 женщин (12,3% от общего числа пациенток). Заболевания мочевыделительной системы в анамнезе были

у 4 пациенток. Все пациентки направлены на консультацию врача-терапевта, по результатам которой было сделано заключение о наличии: ББ в 4 случаях (одной женщине назначены фитопрепараты, трем — повторный посев мочи); хронического пиелонефрита в сочетании с мочекаменной болезнью в 2 случаях (одной пациентке рекомендован прием фитопрепаратов и УЗИ почек, у второй рекомендации в отношении заболеваний мочевыделительной системы отсутствуют); хронического цистита в 1 случае (рекомендации отсутствуют).

Наиболее частыми осложнениями беременности и родов у данной группы пациенток были: слабость родовой деятельности — у 4 (22,2%), ДИОВ — у 2 (11,1%), преждевременные роды — у 1 (5,6%), тяжелая преэклампсия — у 1 (5,6%), сочетание ДИОВ со слабостью родовой деятельности — у 2 (11,1%), сочетание ДИОВ с выходом мекония в околоплодные воды — у 1 (5,6%) пациентки.

В 3 обменных картах информация о концентрации возбудителя отсутствует. Все женщины осмотрены терапевтом после проведения исследования, в 2 случаях установлен диагноз ББ, из них 1 пациентке назначена антибактериальная терапия (фосфомицина трометамол 3 г, однократно). Отсутствие данных в обменной карте о концентрации возбудителя, а также о чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам вызывает затруднения в постановке диагноза врачом любой специальности, ведет к гипо- и гипердиагностике, неверному выбору тактики лечения, дополнительным экономическим затратам, необоснованной антибактериальной терапии.

Осложнениями беременности и родов в данной группе были: ДИОВ — у 1 (33,3%) пациентки, преждевременные роды в сочетании с преэклампсией тяжелой степени и ДИОВ — у 1 (33,3%) пациентки.

Следует отметить, что еще в 5 случаях диагноз ББ установлен терапевтом только на основании наличия бактерий в общем анализе мочи, даны рекомендации о проведении бактериологического посева мочи. Диагноз подтвердился только в 1 случае, однако после проведения посева мочи женщина терапевтом не осмотрена, антибактериальная терапия врачом акушером-гинекологом не назначена. В остальных 4 случаях рост микрофлоры не выявлен.

В соответствии с Порядком при выявлении ББ требуется взять мазок на степень чистоты и флору. Среди пациенток с положительным результатом бактериологического исследования мочи (29 пациенток вне зависимости от концентрации возбудителя) этот стандарт выполнен только

Таблица 2. Результаты бактериологического исследования мочи (n=29)

Возбудитель	Количество случаев	%
<i>Escherichia coli</i>	8	27,6
<i>Enterococcus faecalis</i>	10	34,5
<i>Proteus spp.</i>	2	6,9
<i>Streptococcus spp.</i>	2	6,9
<i>Lactobacillus spp.</i>	2	6,9
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	1	3,4
<i>Staphylococcus aureus</i>	1	3,4
<i>Acinetobacter</i>	1	3,4
<i>Corynebacterium</i>	1	3,4
<i>Klebsiella spp.</i>	1	3,4

Таблица 3. Сравнительный анализ частоты осложнений беременности и родов

Параметр	Количество осложнений у беременных без ББ	Количество осложнений у беременных с ББ
Всего женщин	101	8
Преждевременные роды	14 (13,9%)	2 (25%)
ДИОВ	22 (21,8%)	1 (12,5%)
Слабость родовой деятельности	13 (12,9%)	1 (12,5%)
ПОНРП	2 (2,0%)	3 (37,5%)
СЗРП	4 (4,0%)	1 (12,5%)
Тяжелая преэклампсия	3 (3,0%)	1 (12,5%)

у 14 (48,3%) пациенток, во всех анализах выявлены отклонения: кокковая флора + увеличение количества лейкоцитов — у 13, бактериальный вагиноз — у 1 пациентки. Таким образом, нарушение влагалищной микрофлоры наблюдается почти у каждой второй беременной женщины, что при несоблюдении правил забора материала может дать ложноположительные результаты при бактериологическом исследовании мочи.

После получения результатов анализа было принято решение о проведении второго этапа исследования, который позволит оценить эффективность короткого курса антибактериальной терапии с использованием препарата фосфомицина трометамола (Фосфомицин Эспарма). После проведения бактериологического исследования средней порции мочи (срок беременности 14–16 нед.) и исключения инфекционных заболеваний влагалища была отобрана 41 беременная с диагнозом ББ в соответствии с критериями, рекомендованными Порядком. В пробах мочи выделены *E. coli* — 23 пробы (56,1%), *E. faecalis* — 11 (26,8%), *S. aureus* — 4 (9,8%), *Klebsiella spp.* — 3 (7,3%) пробы. Всем пациенткам назначен Фосфомицин Эспарма 3 г однократно натощак. При оценке частоты побочных явлений 2 пациентки (4,8%) предъявляли жалобы на головокружение в течение 12 ч после приема препарата, которое самостоятельно прошло через сутки от начала терапии. Следует отметить, что в соответствии с инструкцией побочные явления со стороны нервной системы в виде головокружения относятся к частым ($\geq 1/100$ — $< 1/10$). Повторное бактериологическое исследование мочи проводили через 10–14 дней, выявлены 3 (7,3%) положительные пробы: *E. coli* (1 проба) и *E. faecalis* (2 пробы) с концентрацией бактерий 10^2 – 10^3 КОЕ/мл. Назначена фитотерапия длительностью до 1 мес., контрольные пробы через 2 нед. от начала фитотерапии отрицательные. Таким образом, эффективность фосфомицина трометамола в устранении ББ составила 92,7%.

Выводы

1. Бессимптомная бактериурия является актуальной проблемой в современном акушерстве, ее распространенность среди беременных женщин составила 6,2%, что соответствует данным российских и зарубежных исследователей.
2. Выявлены значительные нарушения Порядка № 572н в части обследования беременных с инфекционными заболеваниями мочевыделительной системы как при бессимптомной бактериурии, так и при пиелонефрите. Низкое качество медицинской помощи данной категории пациенток может привести к тяжелым осложнениям беременности и родов, а также оказывает влияние на здоровье новорожденного.
3. Полученные данные подтверждают отрицательное влияние бессимптомной бактериурии на течение беременности и родов, однако, учитывая многофакторность акушерских осложнений, требуется проведение дополнительных исследований в этой области.
4. Некачественное ведение медицинской документации, в частности обменных карт беременных и результатов исследования, ведет к гипо- и гипердиагностике, к неверному выбору тактики ведения беременности.
5. Считаем целесообразным проводить скрининг на бессимптомную бактериурию после оценки состояния микробиоценоза влагалища по результатам бакте-

риоскопического исследования вагинального отделяемого и при наличии нормоценоза. Данная рекомендация имеет не только медицинскую целесообразность — снижение частоты ложноположительных диагнозов, но и экономическую составляющую — исключение повторного изучения микробиоценоза влагалища.

6. Результаты работы свидетельствуют об отсутствии единых критериев постановки диагноза бессимптомной бактериурии у врачей разных специальностей.
7. Показаны высокая эффективность (92,7%) и безопасность фосфомицина трометамола в терапии бессимптомной бактериурии у беременных, что позволяет рекомендовать его как препарат первого выбора.
8. Требуется дополнительные многоцентровые клинические исследования для определения частоты бессимптомной бактериурии у беременных и ее связи с осложненным течением беременности и родов.

Литература

1. Bahadi A., El Kabaj D., Elfazazi H. et al. Urinary tract infection in pregnancy // Saudi J. Kidney Dis Transpl. 2010. Vol. 21. P.342–344.
2. Khawaja A.R., Khan F.B., Dar T.I. et al. Fosfomycin tromethamine. Antibiotic of choice in the female patient: A multi center study // Central European J. of Urology. 2015. Vol. 68(3). P.371–375.
3. Lai Y.J., Hsu T.Y., Lan K.C. et al. Asymptomatic pyuria in pregnant women during the first trimester is associated with an increased risk of adverse obstetrical outcomes // Taiwan J. Obstet Gynecol. 2017. Vol. 56. P.192–195.
4. Lumbiganon P., Laopaiboon M., Thinkhamrop J. Screening and treating asymptomatic bacteriuria in pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 2010. Vol. 22. P. 95–99.
5. Гордеева И.А., Кравченко Е.Н., Наумкина Е.В. Распространенность и факторы риска бессимптомной бактериурии беременных в Омском регионе // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2018. №1(72). С.18–23 [Gordeeva I.A., Kravchenko E.N., Naumkina E.V. Rasprostranennost' i faktory riska bessimptomnoj bakteriiuri beremennyh v Omskom regione // *Mat' i ditja v Kuzbasse*. 2018. №1(72). С.18–23 (in Russian)].
6. Гордовская Н.Б., Коротчаева Ю.В. Бессимптомная бактериурия у беременных: диагностика и лечение // *Альманах клинической медицины*. 2014. №30. С.57–60 [Gordovskaja N.B., Korotchaeva Ju.V. Bessimptomnaja bakteriiurija u beremennyh: diagnostika i lechenie // *Al'manah klinicheskoj mediciny*. 2014. №30. С.57–60 (in Russian)].
7. Gratacos E., Torres P.-J., Vila J. et al. Screening and treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnancy prevent-pyelonephritis // J. Infect Dis. 1994. Vol. 169. P.1390–1392.
8. Smail F.M., Vazquez J.C. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy // Cochrane Database Syst Rev. 2015. Vol. 7(8). CD000490.
9. Локшин К.Л. Актуальные вопросы диагностики и лечения бессимптомной бактериурии и острых циститов у беременных // *Эффективная фармакотерапия*. 2014. №32. С.32–35 [Lokshin K.L. Aktual'nye voprosy diagnostiki i lechenija bessimptomnoj bakteriiurii i ostryh cistitov u beremennyh // *Jeffektivnaja farmakoterapija*. 2014. №32. С.32–35 (in Russian)].
10. Пустотина О.А. Бессимптомная бактериурия у беременных: о чем говорит доказательная медицина // *Медицинский совет*. 2016. №4. С.123–129 [Pustotina O.A. Bessimptomnaja bakteriiurija u beremennyh: o chjom govorit dokazatel'naja medicina // *Medicinskij sovet*. 2016. №4. С.123–129 (in Russian)].
11. Сатыбалдин Д.А., Кравченко Е.Н., Вотрина И.Р. Бессимптомная бактериурия беременных, опыт лечения в БУЗОО ГКПЦ г. Омска // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2018. №1(72). С.11–13 [Satybaldin D.A., Kravchenko E.N., Votrina I.R. Bessimptomnaja bakteriiurija beremennyh, opyt lechenija v BUZOO GKPC g. Omska // *Mat' i ditja v Kuzbasse*. 2018. №1(72). С.11–13 (in Russian)].
12. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.10.2012 № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [Prikaz Ministerstva zdavoohranenija RF ot 01.10.2012 № 572 n. «Ob utverzhdenii Porjadka okazanija medicinskoj pomoshhi po profilju «akusherstvo i ginekologija» (za iskljucheniem ispol'zovanija vspomogatel'nyh reproduktivnyh tehnologij)» (in Russian)].
13. Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. М.: Медфорум, 2017. 543 с. [Urologija. Rossijskie klinicheskie rekomendacii / pod red. Ju.G. Aljajeva, P.V. Glybochko, D.Ju. Pushkarja. M.: Medforum, 2017. 543 s. (in Russian)].
14. Bonkat G., Pickard R., Bartoletti R. et al. EAU Guidelines on Urological Infections // European Association of Urology. March 2018. 66 p.
15. Rogozinska E., Formina S., Zamora J. et al. Accuracy of onsite tests to detect asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review and meta-analysis // *Obstet. Gynecol.* 2016. Vol. 128. P.495–503.
16. Angelescu K., Nussbaumer-Streit B., Sieben W. et al. Benefits and harms of screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a systematic review // *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016. Vol. 16(1). P.336.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>