

К.О. Бардова

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Деякі аспекти застосування фосфоміцину в лікуванні посткоїтального циститу у практиці дерматовенеролога

Мета роботи – розробити тактику ведення пацієнтів з посткоїтальним і неускладненим циститом.

Матеріали та методи. Алгоритм ведення пацієнта з неускладненим циститом, відповідно до рекомендацій Європейської асоціації урологів, включає такі кроки: клінічний діагноз із високою вірогідністю може бути встановлений на основі наявності таких симптомів із боку нижніх відділів сечовивідних шляхів, як дизурія (порушення сечовипускання), часті болючі сечовипускання, імперативні позиви, біль, погіршення самопочуття, якщо при цьому немає виділень із піхви або подразнення. Під нашим спостереженням перебувала група жінок із посткоїтальним циститом у кількості 15 осіб і 10 жінок із неускладненим циститом бактеріальної природи віком від 21 до 48 років, які проходили амбулаторне лікування в Київській міській шкірно-венерологічній лікарні та на інших клінічних базах кафедри дерматовенерології.

Результати та обговорення. Результати клінічного спостереження показали, що однократне застосування фосфоміцину (препарат «Фосфомед») при посткоїтальному та неускладненому циститі у жінок чинить протимікробну та протизапальну дію, зменшує клінічні вияви захворювання, зокрема зменшує частоту сечовипускання, зменшує дискомфорт та значно поліпшує якість життя пацієнтів. Побічні явища після застосування не спостерігались. Позитивна динаміка простежувалась з 2-ї години після застосування препарату в усіх хворих, клінічне одужання спостерігалось через 12 год після прийому препарату.

Висновки. Визначено, що одноразове застосування препарату «Фосфомед» при посткоїтальному та неускладненому циститі у жінок чинить протимікробну та протизапальну дію, зменшує клінічні вияви захворювання, зокрема зменшує частоту сечовипускання, зменшує дискомфорт та значно поліпшує якість життя пацієнтів. Результати спостереження дають можливість рекомендувати «Фосфомед» як препарат вибору у хворих на посткоїтальний та неускладнений цистит навіть при однократному застосуванні і також з метою профілактики виникнення рецидивів.

Ключові слова

Цистит, посткоїтальний цистит, інфекції сечових шляхів, антибактеріальні препарати, фосфоміцин.

Цистит є найбільш частим клінічним виявом інфекцій сечових шляхів, що супроводжується розладами сечовипускання і болем у ділянці таза. Термін «цистит» застосовують для описання запалення в сечовому міхурі. Запальна реакція може бути як інфекційної, так і неінфекційної природи. Розрізняють гострий і хронічний інфекційний цистит, окремо виділяють рецидивні інфекції нижніх сечових шляхів та цистити неінфекційного походження.

Клінічні вияви циститу залежать від типу уропатогенів, їхньої вірулентності і резистентності до антимікробних агентів, а також від загального стану організму, зокрема від наявності чинників ризику.

Цистит, який найчастіше діагностують у жіночого населення, становить серйозну медичну та соціально-економічну проблему. Так, за даними ВООЗ, протягом року близько 20,5 млн жінок відзначають епізоди розладів сечовипускання, з них у 100 000 виявляють рецидивну інфекцію сечових шляхів [3]. Зокрема, у США щорічно реєструють понад 7 млн звернень до лікаря з приводу рецидивних інфекцій сечових шляхів, причому більш 2 млн становлять клінічні вияви циститу [20]. В Україні більш ніж 2 млн жінок звертаються до сімейних лікарів з приводу неускладненого циститу.

При гострому циститі пацієнтки часто відчувають значні незручності в зв'язку з раптовим

початком хвороби, швидким наростанням клінічних симптомів і соціальною дезадаптацією, зумовленою дизурією. Кожен епізод супроводжується клінічними виявами тривалістю в середньому 5–6 днів, обмеженням активності і втратою працездатності впродовж 2–4 днів. Після першого епізоду рецидиви циститу виникають у 50% жінок, у деяких — більше 3 разів на рік.

Найбільш відомі чинники ризику циститу у жінок:

- наявність цукрового діабету;
- період перименопаузи;
- аномалії розташування органів сечовивідної системи;
- дисфункціональні порушення виділення сечі;
- асимптомна бактеріурія;
- період вагітності;
- особливості статевих стосунків;
- зміна статевого партнера;
- використання сперміцидів та інших засобів.

Патогенез захворювання не завжди досить ясний, а клінічний перебіг може бути як неускладненим, так і ускладненим.

Практично завжди цистит зумовлений інфекцією — найчастіше це грамнегативні ентеробактерії, однак збудниками можуть бути також віруси, гриби роду *Candida*, найпростіші [15]. Часто пусковим механізмом виникнення циститу у жінок є інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), а як наслідок — приєднання бактеріальної інфекції.

Сечовий міхур у жінок має значну резистентність, яка зумовлена наявністю низки антибактеріальних механізмів, постійно і ефективно діючих у здорових жінок. Інвазія бактерій в сечовий міхур не є основною передумовою розвитку запального процесу, що має велике число клінічних і експериментальних підтверджень. Нормальний відтік сечі і своєчасне спорожнення сечового міхура запобігають інфікуванню сечових шляхів. Своєчасне виділення навіть інфікованої сечі знижує ризик адгезії бактеріальної клітини до рецепторів слизової оболонки.

Слизова оболонка сечового міхура має бактеріостатичну активність, особливо щодо кишкової палички, завдяки виробленню специфічних мукополісахаридів і секреторного IgA.

Крім цього, сеча може містити специфічні і неспецифічні інгібітори росту бактерій, імуноглобуліни класів А і G. Неушкоджений епітелій має значну фагоцитарну активність. На початку виникнення циститу в організмі відбувається активація місцевого і гуморального імунітету у вигляді вироблення антитіл. Відомо, що при хронічних захворюваннях виникає транзиторна дисфункція імунної системи.

Під персистувальною інфекцією розуміють наявність інфекції одного виду або штаму, що спричиняє рецидив зазвичай протягом 1–2 тиж після припинення лікування. Реінфекція — це повторний інфекційний процес, зумовлений іншим збудником, що розвивається здебільшого через кілька тижнів після закінчення терапії [8, 13].

Провідну роль в патогенезі будь-яких хронічних запальних захворювань відіграють гіпоксія тканин і транзиторна дисфункція імунної системи [9, 11]. Під хронічним запаленням розуміють процеси, що тривають тижні і місяці, при яких ушкодження, реактивні зміни і рубцювання розвиваються одночасно [18]. Традиційно вважають, що хронічний запальний процес розвивається впродовж понад 60 днів.

Специфічною передумовою хронічного запального процесу є неможливість завершення гострого запалення регенерацією на тлі порушеного тканинного гомеостазу [19]. В результаті хронічного запалення нерідко змінюються фази затихання і загострення процесу, що накладає відбиток і на його морфологію. Якщо при гострому перебігу запальних процесів на перше місце виходять альтеративні та судинно-ексудативні зміни, то при підгострому і хронічному — проліферативні, що завершуються утворенням сполучної тканини, тобто склерозом [2]. Підслизові структури в стінці сечового міхура відіграють основну роль, оскільки між епітеліальними клітинами немає капілярів, і життєдіяльність клітин епітелію залежить від ефективності дифузії кисню і поживних речовин з підлеглої сполучної тканини (через її міжклітинну речовину і базальну мембрану) [17].

За даними літератури, навіть неускладнена інфекція нижніх сечових шляхів, яка часто рецидує, не завжди є загрозою для функції нирок. Разом з тим добре відомий механізм «рефлюксопієлонефриту», що в окремих випадках розвивається на тлі гострого циститу. Адекватна і своєчасно розпочата антимікробна терапія у хворих на цистит не тільки сприяє більш швидкому регресу симптомів захворювання, але і є заходом профілактики ураження верхніх сечових шляхів.

Інколи в сучасній літературі виділяють поняття «посткоїтальний цистит», але в настановах та гайдлайнах з урології та дерматовенерології конкретних рекомендацій для хворих цієї категорії немає. Саме вони, особливо у разі зміни статевого партнера, імовірно, опиняться на прийомі у дерматовенеролога.

Епідемічних досліджень з метою вивчення особливостей посткоїтального циститу не проводилося, вдалося знайти лише деякі дані літератури в контексті загальної проблеми циститу.

Статеве життя саме по собі, а особливо використання методів бар'єрної контрацепції призводять до рецидивів циститу. Встановлено пряму залежність між кількістю статевих актів і частотою рецидиву інфекції нижніх сечових шляхів. Доведено, що прийом антибіотиків спричиняє дисбіоз піхви і, отже, підвищує ризик повторного розвитку циститу.

Група дослідників [12] вважає однією з причин рецидивних циститів, і зокрема посткоїтальних, аномальне розташування уретри — біля входу в піхву або на його передній стінці, що створює передумови для міграції вагінальної флори через меатус і вкорочену уретру в сечовий міхур. Автори припускають, що *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Gardnerella vaginalis* і *Candida alb.* можуть бути причиною запалення слизової оболонки сечового міхура, а також потрапляння в уретру хімічних речовин, що входять до складу сперміцидів та інших місцевих засобів, які використовують під час статевих актів. Тобто виникають подразнення і механічне пошкодження слизової оболонки уретри.

На думку одних авторів, у всіх пацієнок із посткоїтальним циститом його перший епізод відбувався на початку статевого життя, а подальші загострення так чи інакше були пов'язані із сексуальною активністю. Інші науковці [1] відзначають, що можливе поєднання інтерстиціального і посткоїтального циститу, а також помилкова діагностика цих захворювань.

Не встановлено кореляції між сексуальною активністю, сечовипусканням після статевого акту, сухістю піхви і ймовірністю розвитку циститу на відміну від супутнього інсулінозалежного цукрового діабету, на тлі якого достовірно частіше цистит мав рецидивний перебіг.

Профілактичний прийом антибіотиків знижує частоту рецидивів, проте у деяких настановах цей метод не рекомендований, оскільки може призводити до підвищення резистентності уретральної мікробіоти. Багато жінок відмовляються від постійного прийому антибіотиків через можливі побічні ефекти.

В Інтернеті на жіночих форумах пропонували замість антибіотиків використовувати екстракт журавлини і виконувати більш прості заходи (наприклад, сечовипускання і підмивання після статевого акту), але в реальному житті ці рекомендації виявились недоречними.

Матеріали та методи

Терапевтичний підхід при посткоїтальному циститі перш за все має включати ідентифікацію та елімінацію основних причин, уникнення чинни-

ків, що зумовлюють розвиток симптомів, і проведення фармакологічного лікування.

Алгоритм ведення пацієнта з неускладненим циститом відповідно до рекомендацій Європейської асоціації урологів: клінічний діагноз із високою вірогідністю може бути встановлений за наявності таких симптомів з боку нижніх відділів сечових шляхів, як дизурія (порушення сечовипускання), часті болочі сечовипускання, імперативні позиви, біль, погіршення самопочуття, якщо при цьому немає виділень із піхви або подразнень.

Неускладнений цистит слід диференціювати із безсимптомною бактеріурією, яку вважають не інфекцією, а скоріше колонізацією уренального тракту коменсальною флорою. Лікування при цьому не призначають, за винятком тих випадків, коли безсимптомну бактеріурію вважають чинником ризику, особливо у вагітних.

Лікування має відповідати основним принципам настільки, наскільки це необхідно, однак і найменшою мірою, наскільки це можливо. Це передбачає підвищення або зниження дози препаратів в алгоритмі лікування відповідно до перебігу захворювання.

Жінкам із симптомами як посткоїтального, так і неускладненого циститу, а також пацієнтам, у яких відповідна протимікробна терапія виявилася неефективною, вагітним, жінкам з атипичними симптомами, чоловікам з підозрою на ІПСШ слід проводити додаткові діагностичні методи, зокрема досліджувати бактеріальну культуру сечі.

У всіх інших випадках рекомендовано призначення протимікробної терапії, оскільки клінічний успіх набагато ймовірніший у жінок, які отримують антимікробні препарати, порівняно із тими, хто приймає плацебо, про що свідчать результати численних клінічних досліджень. Вибір антибактеріальної терапії слід обґрунтовувати з урахуванням чутливості уропатогенів, наявності можливих побічних ефектів, переносності, беручи до уваги високу ефективність, широкий антибактеріальний спектр, а також доступність препарату.

Основним препаратом в лікуванні неускладненого циститу, зокрема посткоїтального, відповідно до європейських рекомендацій з лікування урологічних інфекцій 2019 р. (management guideline) є фосфоміцин.

Фосфоміцин — антибіотик широкого спектра дії [21]. Механізм його дії полягає в інгібуванні синтезу клітинної стінки бактерій шляхом інактивації фосфоенолпіруваттрансферази, що призводить до необоротного пригнічення конденсації N-ацетилглюкозаміну з фосфоенолпіруватом. Фосфоміцин також зменшує ко-агрегацію

Таблиця. Динаміка клінічної симптоматики циститу у жінок при лікуванні препаратом «Фосфомед», бал

Клінічний симптом	Посткоїтальний цистит (n = 15)	Неускладнений цистит (n = 10)	Через 2 год	Через 12 год
Біль	5	4	2	0
Імперативні позиви	4	3	1	0
Нездужання	4	4	2	0
Частота сечовипускання	5	5	3	0
Дискомфорт	5	4	2	0
Погіршення якості життя	5	5	3	0

бактерій, які є причиною розвитку інфекцій, і характеризується відсутністю перехресної резистентності з іншими антибіотиками. Також він чинить антиадгезивну дію на бактерії, що мають властивість адгезії до епітелію, який вистилає сечовивідні шляхи.

Він ефективний щодо штамів збудників інфекцій сечових шляхів, які найчастіше виділяють: *Citrobacter spp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella oxytoca*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, — навіть якщо вони стійкі до інших антибактеріальних препаратів. Також активний щодо *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*. Важливою особливістю фосфоміцину, яка зумовлює його високу клінічну ефективність, є здатність проникати в біоплівки, утворені патогенними бактеріями. Особливо значущою в практичному застосуванні є активність фосфоміцину в біоплівках, що утворюють *P. aeruginosa*, які належать до анаеробів (M. Diez-Aguilar et al., 2019).

Крім того, фосфоміцин сприяє зменшенню кількості біоплівок, утворених грампозитивними і грамнегативними бактеріями, та в комбінації з іншими антибіотиками покращує ерадикацію патогенних мікроорганізмів. Так, разом із ванкомицином, рифампіцином, лінезолідом, міноцикліном, тейкопланіном фосфоміцин успішно руйнує біоплівки MRSA. В Україні фосфоміцин представлений у вигляді фосфоміцину траметамолу 3 г у формі гранул для приготування суспензії. Після розчинення гранул утворюється суспензія із приємним апельсиновим смаком, що покращує комплаєнтність лікування.

На кафедрі дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика для лікування пацієнтів із посткоїтальним циститом як препарат першої лінії згідно з європейськими рекомендаціями з лікування урологічних інфекцій було застосовано препарат «Фосфомед» виробництва компанії World Medicine, який містить 3 г фосфоміцину траметамолу для одноразового прийому.

Під нашим спостереженням перебували 15 пацієнок із посткоїтальним циститом і 10 жінок із неускладненим циститом бактеріальної природи. Вік обстежених — від 21 до 48 років. Усім їм призначали препарат «Фосфомед» один раз на добу одноразово шляхом приготування суспензії з гранул із додаванням води. Також жінкам рекомендували вживати достатню кількість рідини після прийому препарату.

Клінічні симптоми залежно від їхньої виразності оцінювали у балах (від 1 до 5).

Після одноразового застосування препарату «Фосфомед» у всіх пацієнок відзначено позитивну динаміку: через 2 год спостерігали зменшення імперативних позивів до сечовипускання, виразності больового синдрому, через 5 год — значне зменшення явищ дизурії. Через 12 год відзначено повне усунення симптомів захворювання. Результати лікування наведено в таблиці.

Крім того, рекомендовано в подальшому дотримуватись таких правил профілактики виникнення посткоїтального і неускладненого циститу:

- суворе дотримання гігієни з метою запобігання розвитку вагініту, а в подальшому уретриту і циститу;
- своєчасна корекція анатомічних порушень (аномалії розташування зовнішнього отвору сечовипускального каналу) за наявності показань;
- адекватне лікування гінекологічних захворювань, ПСШ, причому в обох статевих партнерів;
- гігієна статевих органів;
- адекватна оцінка і лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних;
- антибіотикопрофілактика перед інвазивними урологічними втручаннями, особливо за наявності чинників ризику;
- лікування урологічних захворювань, що призводять до порушення уродинаміки;
- профілактичне використання фосфоміцину після статевих зносин у разі рецидиву захворювання (посткоїтальна профілактика);

- вживання великої кількості рідини;
- у жінок з рецидивами після сексуальної активності — примусове сечовипускання відразу після статевого акту;
- відмова від використання сперміцидів і діафрагми як методів контрацепції.

Результати та обговорення

За результатами клінічного спостереження встановлено, що однократне застосування препарату «Фосфомед» при посткоїтальному та неускладненому циститі у жінок чинить протимікробну та протизапальну дію, зменшує дискомфорт, клінічні вияви захворювання, знижує частоту сечовипускання та значно покращує якість життя. Побічних ефектів після застосування препарату не спостерігали. У всіх хворих позитивну динаміку відзначено через 2 год, клінічне одужання — через 12 год після прийому препарату.

Висновки

Застосування у хворих на посткоїтальний та неускладнений цистит антибактеріального препарату «Фосфомед», який містить 3 г фосфоміцину траметамолу для однократного прийому, як препарату першої лінії терапії згідно з європейськими рекомендаціями з лікування урологічних інфекцій є безпечним, ефективним, забезпечує потужну протимікробну та протизапальну активність, зменшує вияви дизурічних явищ та суб'єктивних порушень, таких як біль та відчуття нездужання, а також значно покращує якість життя.

Результати спостереження дають підстави рекомендувати «Фосфомед» як препарат вибору у хворих на посткоїтальний та неускладнений цистит навіть для однократного застосування, а також з метою профілактики виникнення рецидивів.

Список літератури

1. Деревянко Т.И. Женская гипоспадия как причина хронического рецидивирующего цистита — диагностика и лечение // Эффективная фармакотерапия.— 2012.— № 39.— С. 44–48.
2. Фосфоміцин. Інструкція для медичного застосування. <https://compendium.com.ua/akt/70/712/fosfomycinum/>
3. Bruffitt W., Hamilton-Miller J.M. Prophylactic antibiotics for recurrent urinary tract infections // J. Antimicrob. Chemother.— 1990.— Vol. 25 (4).— P. 505–512.
4. Concia E., Bragantini D., Mazzaferri F. Clinical evaluation of guidelines and therapeutic approaches in multidrug-resistant urinary tract infections // J. Chemother.— 2017.— Vol. 29, suppl. 1.— P. 19–28.
5. Falagas M.E. et al. Antibiotics versus placebo in the treatment of women with uncomplicated cystitis: a meta-analysis of randomized controlled trials // J. Infect.— 2009.— Vol. 58 (2).— P. 91–102.
6. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs // Dis. Mon.— 2003.— Vol. 49 (2).— P. 53–70.
7. Goettsch W.G. et al. Increased treatment failure after 3-days' courses of nitrofurantoin and trimethoprim for urinary tract infections in women: a population-based retrospective cohort study using the PHARMO data base // Br. J. Clin. Pharmacol.— 2004.— Vol. 58 (2).— P. 184–189.
8. Gupta K. et al. Short-course nitrofurantoin for the treatment of acute uncomplicated cystitis in women // Arch. Intern. Med.— 2007.— Vol. 167 (20).— P. 2207–2212. doi: 10.1001/archinte.167.20.2207.
9. Hooton T.M. et al. Amoxicillin-clavulanate vs ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated cystitis in women: a randomized trial // JAMA.— 2005.— Vol. 293 (8).— P. 949–55.
10. Lecomte F. et al. Single-dose treatment of cystitis with fosfomycin trometamol (Monuril): Analysis of 15 comparative trials on 2048 patients // Giorn. It. Ost. Gin.— 1997.— Vol. 19.— P. 99–404.
11. Menday A.P. Symptomatic vaginal candidiasis after pivmecillinam and norfloxacin treatment of acute complicated lower urinary tract infections // Int. J. Antimicrob. Agents.— 2002.— Vol. 20 (4).— P. 297–300. doi: 10.1016/S0924-8579(02)00171-1.
12. Mezzatesta M.L., LaRosa G., Maugeri G. et al. In vitro activity of fosfomycin trometamol and other oral antibiotics against multi drug-resistant uropathogens // Int. J. Antimicrob. Agents.— 2017.— Vol. 49 (6).— P. 763–766.
13. Naber K.G. et al. Surveillance study in Europe and Brazil on clinical aspects and Antimicrobial Resistance Epidemiology in Females with Cystitis (ARESC): implications for empiric therapy // Eur. Urol.— 2008.— Vol. 54 (5).— P. 1164–1175.
14. Nanri M., Nanri M., Nanri K. Interstitial cystitis is in urology clinic: current status and problems // Nihon. Hinyokika. Gakkai. Zasshi.— 2014.— Vol. 105 (4).— P. 178–182.
15. Nicolle L.E. et al. Three days of pivmecillinam norfloxacin for treatment of acute complicated urinary tract infections in women // Scand. J. Infect. Dis.— 2002.— Vol. 34 (7).— P. 487–492.
16. Nicolle L.E. Pivmecillinam in the treatment of urinary tract infections // J. Antimicrob. Chemother.— 2000.— Vol. 46, suppl. 1.— P. 35–39.
17. Sardar A., Basireddy S.R., Navaz A. et al. Comparative evaluation of fosfomycin activity with other antimicrobial agents against E. coli isolates from urinary tract infections // J. Clin. Diagn. Res.— 2017.— Vol. 11 (2).— P. 26–29.
18. Scholz H. et al. Classification of the oral cephalosporins // Arzneimittel. therapie.— 2000.— Vol. 18.— P. 17–19.
19. Urological Infections. Guidelines of European Association of Urology, 2019. <http://uroweb.org/guideline/urological-infections/#3>.
20. Warren J.W. et al. Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplicated acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women // Infectious Diseases Society of America (IDSA) // Clin. Infect. Dis.— 1999.— Vol. 29 (4).— P. 745–758.
21. Zhanel G.G., Walky A.J., Karlowsky J.A. Fosfomycin: a first-line oral therapy for acute uncomplicated cystitis // Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol.— 2016.— Vol. 2016.— P. 2082693.

Е.А. Бардова

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев

Некоторые аспекты применения фосфомицина в лечении посткоитального цистита в практике дерматовенеролога

Цель работы – разработать алгоритм ведения пациентов с посткоитальным и неосложненным циститом.

Материалы и методы. Алгоритм ведения пациента с неосложненным циститом, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, включает следующие шаги: клинический диагноз с высокой вероятностью может быть установлен на основе наличия таких симптомов со стороны нижних отделов мочевыводящих путей, как дизурия (нарушение мочеиспускания), частые болезненные мочеиспускания, императивные позывы, боль, ухудшение самочувствия, если при этом нет выделений из влагалища или раздражения. Под нашим наблюдением находилась группа женщин с посткоитальным циститом в количестве 15 человек и 10 женщин с неосложненным циститом бактериальной природы в возрасте от 21 до 48 лет, которые проходили амбулаторное лечение в Киевской городской кожно-венерологической больнице и на других клинических базах кафедры дерматовенерологии.

Результаты и обсуждение. Результаты клинического наблюдения показали, что однократное применение фосфомицина (препарат «Фосфомед») при посткоитальном и неосложненном цистите у женщин оказывает противомикробное и противовоспалительное действие, уменьшает клинические проявления заболевания, в частности уменьшает частоту мочеиспускания, уменьшает дискомфорт и значительно улучшает качество жизни пациентов. Побочные явления после использования не наблюдались. Положительная динамика прослеживалась со 2-го часа после применения препарата у всех больных, клиническое выздоровление наблюдалось через 12 ч после приема препарата.

Выводы. Определено, что однократное применение препарата «Фосфомед» при посткоитальном и неосложненном цистите у женщин оказывает противомикробное и противовоспалительное действие, уменьшает клинические проявления заболевания, в частности уменьшает частоту мочеиспускания, уменьшает дискомфорт и значительно улучшает качество жизни пациентов. Результаты наблюдения дают возможность рекомендовать «Фосфомед» как препарат выбора у больных посткоитальным и неосложненным циститом даже при однократном применении и также с целью профилактики возникновения рецидивов.

Ключевые слова: цистит, посткоитальный цистит, инфекции мочевых путей, антибактериальные препараты, фосфомицин.

K.O. Bardova

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

Some aspects of use of fosfomycin in treatment of postcoital cystitis in practice of a dermatovenerologist

Objective – to develop an algorithm for managing patients with postcoital and uncomplicated cystitis.

Materials and methods. The algorithm for the management of a patient with uncomplicated cystitis, according to the guidelines of the European Association of Urology, includes the following steps: the clinical diagnosis with a high probability can be established based on symptoms of the lower urinary tract, such as dysuria (impaired urination), frequent painful urination, peremptory urge, pain, poor health, if there is no vaginal discharge or irritation. Under our supervision there was a group of 15 women with postcoital cystitis, and 10 women with uncomplicated cystitis of a bacterial nature aged 21 to 48 years, who underwent outpatient treatment at Kyiv City Dermatovenerologic Hospital and other clinical facilities of the Department of Dermatovenerology.

Results and discussion. Clinical observation results showed that a single use of phosphomycin (*Phosphomed*) in postcoital and uncomplicated cystitis in women has an antimicrobial and anti-inflammatory effect, reduces the clinical manifestations of the disease, in particular, the frequency of urination, discomfort and significantly improves the quality of life of patients. Side effects after use were not observed. Positive dynamics was observed starting from the 2nd hour after the use of the drug in all patients, clinical recovery was observed 12 hours after taking the drug.

Conclusions. It was determined that a single use of *Phosphomed* in postcoital and uncomplicated cystitis in women has an antimicrobial and anti-inflammatory effect, reduces the clinical manifestations of the disease, in particular, reduces the frequency of urination, discomfort and significantly improves the quality of life of patients. The observation results make it possible to recommend *Phosphomed* as the drug of choice for patients with postcoital and uncomplicated cystitis, even for a single use, as also for preventing the occurrence of relapses.

Key words: cystitis, postcoital cystitis, urinary tract infection, antibacterial drugs, phosphomycin. □

Дані про автора:

Бардова Катерина Олексіївна, к. мед. н., доц. кафедри дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика

<http://orcid.org/0000-0002-1765-7549>

04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9

E-mail: bardova29@gmail.com