АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ У ВАГІТНИХ

Приступа Л.Н.
Сумський державний університет, м. Суми

Потреба в антибактеріальних препаратах у вагітних пацієнток найчастіше зумовлена інфекцією сечових шляхів, пневмонією, інфекційним ендокардитом, гнійно-запальними процесами (абсцеси, флегмони, сепсис), туберкульозом, сифілісом, токсоплазмозом.

Метою дослідження був аналіз даних літератури та рекомендацій FDA щодо безпечності антибактеріальної терапії у вагітних із інфекційними захворюваннями.

Матеріал та методи дослідження. Проаналізовано публікації Pub med database англійською мовою, присвячені проблемі антибактеріальної терапії у вагітних за останні 30 років. Об'єднано інформацію щодо розподілу антибактеріальних засобів за категоріями FDA, а також дані англомовної літератури щодо їх безпечності.

Результати дослідження. Усі представники групи пеніцилінів (амоксицилін, амоксициліну/клавуланат, ампіцилін, ампіцилін/сульбактам, карбеніцилін) відносяться до категорії В. Цефалоспорини (ЦС) I-III поколінь (IV покоління не вивчене щодо впливу на плід) відносяться до категорії В, але слід зважати на індивідуальну специфіку кожного з ЦС по відношенню до плоду (дослідження Medicaid). Частота розвитку аномалій максимальна для цефтріаксону (6,7 %) та цефаклору (5,6 %), мінімальна - для цефуроксиму (2,1 %).

З карбапенемів до класу В відноситься меропенем, а іміпенем - до класу С і може використовуватись лише за життєвими показами. Азтреонам (група монобактамів) відноситься до категорії В, може застосовуватись при алергії на інші бета-лактами.

З макролідних антибіотиків до категорії В відноситься еритроміцин та азитроміцин, причому азитроміцин у 5 разів рідше викликає небажані медикаментозні реакції з боку шлунково-кишкового тракту у порівнянні з еритроміцином. Спіраміцин у вагітних не вивчався, є препаратом вибору для лікування токсоплазмозу.

Зважаючи на ото- і нефротоксичність аміноглікозидів (клас С), їх можна призначати тільки у виключних випадках (при життєзагрожуючих станах), надаючи перевагу гентаміцину, який є найбільш вивченим, з однократним його введенням на добу.

Фторхінолони (ФХ) заборонені у вагітних. Підставою для цього послужили дані, що отримані в експериментальних дослідженнях щодо хондротоксичної дії.

Тетрацикліни заборонені у вагітних.

Сульфаніламіди (категорія С) при призначенні в I триместрі можуть викликати аномалії розвитку, особливо з боку серцево-судинної системи, а у пізні терміни вагітності - анемію, жовтяницю, ураження нирок, гостру гемолітичну анемію.

Метронідазол (категорія С) продемонстрував канцерогенну дію в експерименті, а в дослідженні типу випадок-контроль - вірогідне підвищення вроджених вад, що стало підставою для заборони його застосування під час вагітності.

Нітрофурани. Оптимальним і найбільш вивченим є нітрофурантоїн (категорія В), але він здатний спричинювати гемолітичну анемію у новонароджених при дефіциті глюкозо-6-фосфатдегідрогенази та підвищення частоти розвитку дефектів серцево-судинної системи.

Отже, найсерйозніші побічні ефекти з боку плода притаманні тетрациклінам, аміноглікозидам, фторхінолонам та хлорамфеніколу. Існує

група препаратів, несприятливий вплив яких на плід людини відомий, але спостерігається досить рідко чи має нетяжкі наслідки (сульфаніламіди, рифампіцин, фузидієва кислота, нітрофурантоїн, нітроксолін, нефторовані хінолони). Негативну дію таких засобів, як триметоприм, метронідазол та кларитроміцин, продемонстровано в експерименті, але не підтверджено у клінічних спостереженнях. Крім специфічних видів побічної дії, можливих лише за вагітності (тератогенна, ембріотоксична, фетотоксична), антибіотики здатні спричиняти у вагітної жінки звичайні ускладнення: алергічні реакції, дисбіоз, причому частота їх збільшується. Отже, антибактеріальна терапія під час вагітності має суттєві особливості, антибіотиками вибору у вагітних, хворих на інфекційні хвороби, є: амінопеніциліни, цефалоспорини I-III покоління, азтреонам та макроліди (азитроміцин).