

# Terapia przeciwdrobnoustrojowa w ciąży

## Antimicrobial therapy in pregnancy

**dr hab. n. med. Piotr Albrecht, dr n. med. Maria Kotowska**

**z Kliniki Gastroenterologii i Żywienia Dzieci WUM**

**Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Radzikowski**

### Streszczenie

Leczenie przeciwdrobnoustrojowe w ciąży musi uwzględniać potencjalne ryzyko niekorzystnego działania leku na rozwijający się płód oraz na ciążą. Szereg badań wskazuje, że penicyliny, cefalosporyny oraz erytromycynę można uznać za leki bezpieczne zarówno dla rozwijającego się płodu jak i matki. Podobnie powiedzieć można o nitrofurantoinie, z wyjątkiem końcowego okresu ciąży. Jeśli chodzi o gruźlicę, izoniazyd oraz etambutol można uznać za najbezpieczniejsze tuberkulostatyki, jednak izoniazyd może się okazać toksyczny dla matki. Dla takich antybiotyków jak aminoglikozydy, fluorochinolony, nowe makrolidy, metronidazol, rifampicyna czy wankomycyna wykazano co prawda w badaniach na zwierzętach lub ludziach działania toksyczne lub teratogenne, można je jednak stosować, gdy brak jest skutecznej alternatywy. Zdecydowanie natomiast unikać należy w ciąży tetracyklin, kotrimoksazolu i chloramfenikolu ze względu na teratogenne lub toksyczne wpływy na płód lub matkę. Unikać trzeba także klindamycyny ze względu na niekorzystny stosunek ryzyka do korzyści. W stosunku do takich chemioterapeutyków jak karbapenemy, ketolidy i streptograminy danych na temat ich bezpieczeństwa jest bardzo niewiele lub zupełnie ich brak. W artykule przedstawiono ponadto szczegółowo optymalne sposoby terapii częstych schorzeń infekcyjnych u ciężarnych, takich jak zakażenia dolnych dróg oddechowych, dróg moczowych, kiła, rzeżączka, waginoza, listerioza, chlamydioza, gruźlica, trichomoniasis, kandydoza sromu i pochwy.

**Słowa kluczowe:** terapia przeciwdrobnoustrojowa, antybiotyki, chemioterapeutyki, ciąża

### Summary

Antimicrobial treatment in the pregnant women must take into account the potential risks of the adverse effects of the antimicrobial agents to the fetus and to the pregnant woman. Some investigations are pointing, that penicillins, cephalosporins and erythromycin can be considered as safe for the developing fetus and his mother. It is also regarding nitrofurantoin except for the final period of pregnancy. As regards tuberculosis, isoniazid and ethambutol are the safest tuberculostatics for the treatment of tuberculosis in pregnancy, however isoniazid can be toxic for the mother. For such antibiotics as aminoglycosides, fluoroquinolones, newer macrolides, metronidazole, rifampicin whether vancomycin a potential teratogenic or toxic risk has been demonstrated in animal model or human studies and they can be administered to pregnant women when there is no safer alternative. Absolutely avoided in pregnancy should be applying of tetracyclines, cotrimoxazole and chloramphenicol according to its teratogenic or toxic influence on the fetus or the mother. To avoid it is also necessary clindamycin according to its high risk/benefits ratio. Towards such chemotherapeutic agents as carbapenems, ketolides and streptogramins data about their safety are very limited or lacking. In the article moreover we presented in detail the optimal therapy of frequent infectious diseases in pregnant women such as lower respiratory tract infections, urinary tract infections, syphilis, gonorrhea, vaginosis, listeriosis, chlamydiosis, tuberculosis, trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis.

**Key words:** antimicrobial therapy, antibiotics, chemotherapeutics, pregnancy