

УДК 616.62-002.2-039.35

Лемтюгов М.Б.¹, Симченко Н.И.¹, Князюк А.С.¹, Березовская В.Э.², Ходжакулиев С.Р.¹,
Зубарева А.В.¹

¹ Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

² ООО «БЕЛСОНО», г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Введение. Социальная значимость хронического рецидивирующего цистита (ХРЦ) обусловлена его изнуряющим хроническим течением, в результате чего возникает временная утрата трудоспособности и страдает качество жизни пациенток [1]. Согласно статистическим данным до 60% обращений женщин к урологу связано с острым и хроническим рецидивирующим циститом, а в структуре всех заболеваний мочеполовой системы на долю ХРЦ приходится до 19% [2]. Такая распространенность данной патологии обусловлена частыми рецидивами заболевания, которые возникают несмотря на проводимое этиотропное лечение и нормализацию анализов мочи [3, 4]. Учитывая тот факт, что механизмы хронизации цистита не до конца изучены, а схемы лечения не обеспечивают 100% ремиссии данного заболевания, актуальным остается вопрос рациональной диагностики и лечения данного заболевания [3, 5].

Цель исследования. Изучить патогенетические факторы ХРЦ влияющие на эффективность лечения пациенток с хроническим рецидивирующим циститом.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 68 женщин с гистологически подтвержденным диагнозом «хронический рецидивирующий цистит» и жалобами на расстройства акта мочеиспускания, дискомфорт, боли в проекции мочевого пузыря и уретры. Возраст пациенток составил от 19 до 62 лет. Все пациентки заполнили опросники ВАШ и опросник аналоговой шкалы дизурии, им были выполнены: общий анализ мочи, бактериологический посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, дневник мочеиспускания, урофлоуметрию, ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря, ультразвуковое исследование сосудов малого таза с доплерографией, цистоскопия с биопсией мочевого пузыря.

Результаты исследования. Длительность течения ХРЦ составила 4 (2;7) года, при этом минимальное время болезни составило 6 месяцев, а максимальное – 26 лет. Патологические изменения в общем анализе мочи в виде лейкоцитурии выявлены у 13/78 (16,7%) пациентов, микрогематурии у 12/78 (15,4%). Основными жалобами пациенток являлись боли в нижних отделах живота, дискомфорт или жжение (рези) в уретре, учащенное мочеиспускание малыми порциями, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

При бактериологическом исследовании мочи возбудитель выявлен у 21/78 (26,7%) пациентов. Лидировала *E.coli* – была выявлена у 14/21 пациента (66,7%), далее следовали *Ent. faecalis* 5/21 (23,8%), *Kl.pneumonia* 1/21 (4,3%), *Ps.aurogenosus*

1/21 (4,3%). Чувствительность микрофлоры к антибиотикам составила: амоксициллин+клавулановая кислота 68,8%, ципрофлоксацину – 84,3%, нитрофурантоину – 87,5%, фосфомицину – 90,6%, левофлоксацину – 96,9%, цефатоксиму – 96,9%, амикацину – 100% микроорганизмов. Анализируя чувствительность микроорганизмов к антибактериальным препаратам в 14/21 (66,7%) мы выявили полирезистентные микроорганизмы.

При заполнении дневника мочеиспускания и выполнении урофлоуметрии у части пациенток определялось увеличение количества микций за сутки и увеличение максимальной скорости потока мочи, что может свидетельствовать о гиперрефлексии детрузора. У части пациенток выявлено увеличение объема мочевого пузыря, что может свидетельствовать о ранних проявлениях нарушения эвакуаторной функции детрузора.

При выполнении УЗИ почек и мочевого пузыря сопутствующая патология выявлена у 21/78 (26,9%) пациенток. У 10/21 (47,6%) определялись кисты почек, у 7/21 (33,3%) нефроптоз. При УЗДГ сосудов малого таза – признаки венозной тазовой конгестии (расширение вен параметрия более 5 мм, наличие ретроградного кровотока) выявлены у 54/78 (69,2%) пациентов. Чаще определялось двухстороннее расширение вен – у 39/54 (72,2%) пациентов.

Сопутствующая гинекологическая патология была выявлена у 37/78 (47,4%) обследуемых. Чаще встречались инфекции половых путей (вульвовагинит, цервицит, эндометрит, сальпингоофарит) – 20/37 (54,1%). Гормонзависимые заболевания (миома матки, эндометриоз) имели место у 13/37 (35,1%).

При выполнении цистоскопии чаще определялись гиперемия, отек слизистой мочевого пузыря, преимущественно в области треугольника Лъето, с очагами лейкоплакии.

В биоптатах мочевого пузыря в области треугольника Лъето и области дна мочевого пузыря выявлен отек стромы с венозным полнокровием и значительным расширением просвета вен. Определялись участки плоскоклеточной метаплазии с очагами лейкоплакии без атипии. В строме очагово встречалась полиморфноклеточная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов.

Пациенты получали комплексное лечение в виде антибактериальной терапии согласно результатам бактериологического посева мочи или эмпирически (цефалоспорины 3 поколения согласно рекомендациям EAU, сложные инстилляции мочевого пузыря (геаприн+новокаин+муколат) с целью восстановления гликозаминогликанового слоя, венозонирующие препараты с целью улучшения микроциркуляции и снижения выработки свободных радикалов, физиотерапевтическое лечение, коррекцию уродинамических нарушений, лечение сопутствующей гинекологической патологии.

Выводы:

1. Ведущим диагностическим критерием ХРЦ является наличие лимфоидной инфильтрации и венозного полнокровия сосудов стромы мочевого пузыря, что требует проведения обязательной биопсии мочевого пузыря.

2. В течении ХРЦ участвует множество патогенетических механизмов, которые должны учитываться специалистами при назначении терапии.
3. Учитывая полиморфизм патогенетических факторов ХРЦ, необходим персонифицированный подход к лечению этой патологии, что позволяет оптимизировать диагностику и результаты терапии ХРЦ.

Литература

1. Кузьменко А.В., Кузьменко В.В., Гяургиев Т.А. Современные тенденции в лечении хронического рецидивирующего бактериального цистита. Урология. 2020;6:52–57. Doi: <https://dx.doi.org/10.18565/urology.2020.6.52-57>
2. Ковалёва Ю. С., Мотасем Абдалхалим М. А., Неймарк А. И., Неймарк Б. А. Эффективность терапии хронического цистита у женщин на фоне урогенитальной инфекции // Вестник СурГУ. Медицина. 2022. № 1 (51). С. 36–41. DOI 10.34822/2304-9448-2022-1-36-41.
3. Kulchavenya E.V., Shevchenko S.Yu., Kholobin D.P. Recurrent cystitis in women: principles of rational therapy. Meditsinskiy Sovet. 2022;16(5):128–134. (In Russ.) doi:10.21518/2079-701X-2022-16-5-128-134.
4. Захаренкова, Т. Н. Факторы риска внутриутробной инфекции новорожденного у беременных с урогенитальной инфекцией / Т.Н. Захаренкова, Е.Л. Лашкевич, Е.Л. Лакудас // Проблемы здоровья и экологии. – 2021. – Т.18, №3. – С. 72-79.
5. Zinovkin D.A., Achinovich S.L., Zubritskiy M.G., Whatmore J.L., Pranjol M.Z.I. High expression of galectin-1, VEGF and increased microvessel density are associated with melf pattern in stage I-III endometrioid endometrial adenocarcinoma // Journal of Pathology and Translational Medicine. – 2019. – Vol. 53, No. 5. – P. 280–288.

УДК 618.2-056.23:[616.152:546.41:616.71-073.43]-042.2

Малолеткина О.Л., Пересада О.А., Русакевич П.С.

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ КАЛЬЦИЯ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗНОГО РОСТА

Актуальность. Количественная ультразвуковая денситометрия – новая методика, характеризующая костную ткань с точек зрения скорости прохождения ультразвука и его широкополостного ослабления [1, 2]. Скорость прохождения ультразвука зависит от эластичности и плотности костной ткани. Во время беременности важную роль в изменении обмена кальция и костной ткани играют такие факторы как: изменение белкового состава крови, увеличение объема внеклеточной жидкости и скорость клубочковой фильтрации в почках, перенос кальция через плаценту и усиленное выведение его с мочой. Нарушение обмена кальция вызывает недостаточную минерализацию костной ткани не только у самой беременной, но и у плода [1, 3].

Цель исследования – изучение показателей ультразвуковой денситометрии и общего кальция в сыворотке крови у беременных разного роста.

Материалы и методы исследования. В исследование были набраны 39 женщин, госпитализированные для родоразрешения.

Согласно данным ВОЗ (2012 г.) общепризнана следующая рубрикация роста для женщин: карликовый – ниже 140 см, очень низкий 140–149,9 см, низкий – 150–157,9