

Наибольшее число женщин находились в третьем триместре беременности — 127 (55,4 %). Также велико число пациенток во втором триместре — 90 (39,35 %). И лишь 12 (5,3 %) пациенток были в первом триместре. В отделениях урологии и гинекологии преобладали пациентки, находящиеся во втором триместре беременности. В патологии беременности и обсервации большинство пациенток были в третьем триместре.

Посев мочи на флору и чувствительность проводился пациенткам в 86 % случаев. При этом рост микрофлоры не был выявлен в 65 % наблюдений. Основным возбудителем явилась *E. coli* (22 %). Также значимую роль играли *Staph. haemolyticus* (5 %), *Staph. aureus* (4 %), *Ent. agglomerans* (4 %). В 2011 г. выявлена устойчивость *E. coli*, *Staph. aureus* к амоксициллину, амоксиклаву во всех посевах наблюдаемых пациенток. В 2012 г. *E. coli* была устойчива к амоксиклаву в половине наблюдений, к цефтриаксону в 20 % случаев. *Ent. agglomerans* в данном году во всех наблюдениях был устойчив к цефоперазону, цефтазидиму, цефтриаксону. В 2013 г. *Staph. haemolyticus* во всех наблюдениях был устойчив к пенициллину, в 50 % случаев к оксациллину, клиндамицину, кларитромицину. *E. coli* в 2013 г. в 28 % случаев была устойчива к цефтазидиму и амоксиклаву. В 2015 и 2016 гг. *E. coli* в 20 % случаев была устойчива к цефтриаксону.

Пациентки получали как консервативное лечение, включающее антибиотики, уросептики, спазмолитики, инфузионную терапию, так и оперативное лечение. Лечение с использованием одного антибиотика получали от 39,6 % (2011 г.) до 53,3 % женщин (2012 г.). Комбинацией из двух антибиотиков лечили от 13,3 % (2011 г.) до 24,5 % (2015 г.) пациенток. Терапию комбинацией из 3-х антибактериальных препаратов назначили от 3,8 % (2012 г.) до 6,8 % беременных (2016 г.). В среднем 13 % женщин получали только уросептики. Наиболее частым оперативным вмешательством явилось стентирование правой почки (80 % от всех вмешательств).

Выводы

1. Соблюдение алгоритма и тактики ведения пациенток с гестационным пиелонефритом необходимо для успешного лечения патологии, что позволило снизить за пять лет число острых форм гестационного пиелонефрита, требующих лечения в отделении урологии и оперативных вмешательств.

2. Результаты посева мочи на флору и чувствительность являются определяющими при выборе антибактериальной терапии гестационного пиелонефрита и гарантируют ее успешность.

3. Своевременная диагностика наличия обструкции и ликвидация ее методом оптического внутреннего стентирования под УЗИ-наведением позволяет избежать осложнений в лечении гестационных пиелонефритов и течения беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев, А. Н. Анализ, моделирование и алгоритмизация лечебно-диагностического процесса при остром пиелонефрите у беременных: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40 / А. Н. Авдеев. — Воронеж, 2006. — 32 с.
2. Безнощенко, Г. Б. Диагностика и лечебная тактика при остром пиелонефрите беременных / Г. Б. Безнощенко, С. Б. Новиков // Актуальные проблемы терапии на рубеже веков: сб. науч. работ, посвящ. 75-летию проф. Н. А. Жукова. — Омск, 2001. — С. 25–27.
3. Довлатян, А. А. Острый пиелонефрит беременных / А. А. Довлатян. — М.: Медицина, 2004. — 215 с.
4. Довлатян, А. А. Результаты и обоснование тактики хирургического лечения острого гнойно-деструктивного пиелонефрита беременных / А. А. Довлатян // Хирургия. — 1995. — № 2. — С. 27–31.

УДК 616.65-007.61 - 08

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНЫХ АЛЬФА АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В МОНОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Симченко Н. И.¹, Чипура И. В.², Лемтюгов М. Б.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 2»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Наиболее частой причиной симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у мужчин является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), заболевание, которое

является одним из самых распространенных урологических заболеваний у мужчин пожилого и старческого возраста. За последнее время, заболеваемость ДГПЖ выросла, что можно объяснить увеличением средней продолжительности жизни, что соответственно приводит к увеличению мужского населения старших возрастных групп [1]. При отсутствии абсолютных показаний к оперативному лечению, или отказе пациента от оперативного лечения, медикаментозное лечение, направленное на улучшение качества жизни пациента, становится основополагающим. В связи с этим, одна из целей медикаментозной терапии ДГПЖ заключается в купировании СНМП в короткие сроки, сведении к минимуму побочных эффектов лечения, предотвращении развития осложнений и поддержании качества жизни пациентов на приемлемом уровне.

На сегодняшний день в арсенале уролога имеется несколько групп лекарственных препаратов для лечения ДГПЖ: α -адреноблокаторы, ингибиторы 5 α -редуктазы, антихолинергические препараты, ингибиторы 5-фосфодиэстеразы. Все эти лекарственные средства в разной степени влияют как на симптомы наполнения, так и на симптомы опорожнения. Если взять во внимание скорость наступления эффекта и степень купирования симптоматики СНМП, то на первом месте безусловно находятся α -адреноблокаторы. Однако, не все из них обладают селективным действием и нередко приводят к гипотензии, вплоть до развития коллапса. В связи с этим, препаратами выбора являются селективные адреноблокаторы. В качестве такого препарата для купирования СНМП, нами был выбран силодозин.

Материал и методы исследования

В нашем исследовании, на базе урологического отделения ГКБ № 2 было проведено исследование влияния препарата силодозин на купирование СНМП у пациентов с ДГПЖ. В нем приняло участие 30 пациентов в возрасте от 51 до 72 лет. У всех исследуемых имела место выраженность симптомов заболевания более 9 баллов по шкале IPSS, максимальная скорость потока мочи от 5 до 15 мл/с, объем остаточной мочи менее 150 мл, уровень простатспецифического антигена в крови менее 4 нг/мл. Все эти пациенты получали силодозин в дозе 8 мг 1 раз в сутки с приемом пищи в течение 90 дней. В контрольную группу вошли 30 пациентов того же возраста с аналогичными клиническими проявлениями, принимавшими другие адреноблокаторы (сеттегис, доксазозин).

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (T). Количественные признаки с распределением, отличающегося от нормального, описаны с помощью медианы (Me) и интерквартильного размаха (25; 75), для сравнения зависимых признаков использовали критерий Вилкоксона (T). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты исследования и их обсуждение

Из общего числа пациентов, у 11 (36,7 %) имела место тяжелая симптоматика, а у 19 (63,3 %) пациентов умеренная симптоматика по шкале IPSS. Возраст больных варьировал от 51 до 72 лет и в среднем составил $63,2 \pm 5,65$ года.

Исследуемые параметры представлены на таблице 1.

Таблица 1 — Основные исследуемые параметры на фоне лечения препаратом силодозин, Me (25; 75)

Показатель	Скрининг (N = 30)	5-е сутки (N = 30)	1 месяц (N = 30)	3 месяца (N = 30)
IPSS, баллы	19 (17;20)	15 (13;17) $p < 0,0001$	14,5 (13;16) $p < 0,0001$ $p_1 < 0,0001$	14 (12;16) $p < 0,0001$ $p_1 < 0,0001$ $p_2 = 0,0019$
QoL, баллы	4 (4;4)	4 (4;4) $p = 0,0195$	4 (3;4) $p = 0,0038$ $p_1 = 0,2061$	3,5 (3;4) $p = 0,0001$ $p_1 = 0,0020$ $p_2 = 0,0625$

Окончание таблицы 1

Показатель	Скрининг (N = 30)	5-е сутки (N = 30)	1 месяц (N = 30)	3 месяц (N = 30)
Qmax, мл/с	10,35 (9,3;12,2)	13,5 (11,7;14,5) p < 0,0001	14,9 (13,1;16,2) p < 0,0001 p ₁ < 0,0001	16,7 (14,5;18,1) p < 0,0001 p ₁ < 0,0001 p ₂ < 0,0001
Qave, мл/с	6,1 (5,8;6,7)	8,6 (8,2;9,5) p < 0,0001	8,9 (8,2;9,5) p < 0,0001 p ₁ = 0,4072	8,75 (8;9,4) p < 0,0001 p ₁ = 0,2210 p ₂ = 0,0837
Объем мочи за одну микцию, мл	298 (293;303)	296 (290;306) p = 0,4822	303 (298;314) p < 0,0001 P1=0,0002	330,5 (320;342) p < 0,0001 p ₁ < 0,0001 p ₂ < 0,0001
Объем остаточной мочи, мл	63,5 (58;74)	52 (41;62) p < 0,0001	39,5 (32;48) p < 0,0001 p ₁ < 0,0001	28 (24;34) p < 0,0001 p ₁ < 0,0001 p ₂ < 0,0001

Примечание. Статистически значимое различие при $p < 0,05$; p — сравнение с показателями начала лечения; p_1 — сравнение с показателями 5-х суток лечения; p_2 — сравнение с показателями 1 месяца лечения.

Силодозин облегчает симптоматику ДГПЖ, улучшая показатели IPSS уже на 5-й день, при этом оказывая положительный эффект и далее. Наиболее выраженный клинический эффект был у пациентов с умеренной симптоматикой, улучшение симптомов по шкале IPSS на 5-е сутки составил 20,6 % от скрининга, и на 90-е сутки — 36,2 % соответственно. Что же касается пациентов с тяжелой симптоматикой по IPSS, то сумма баллов на 5-е сутки терапии снизилась на 17,2 %, и на 90-е сутки — на 23,5 % соответственно.

Качество жизни пациентов на протяжении всего срока наблюдения умеренно улучшалось, достигнув наилучших показателей к концу исследования.

При контрольном исследовании более чем у 85 % больных имело место снижения показателей IPSS и QoL по сравнению с исходным их значением. Так по шкале IPSS суммарное количество баллов в среднем снизилось на 26,3 %, а QoL — на 12,5 %.

Максимальная скорость мочеиспускания на 5е сутки лечения увеличилась на 23,3 %, по сравнению со скринингом, а на 90-е на 38 % от исходного значения.

Вместе с увеличением максимальной скорости мочеиспускания, соответственно увеличилась и средняя скорость мочеиспускания.

Что касается объема остаточной мочи, то на 5-е сутки лечения он уменьшился в среднем на 18,1 % от исходного, а к концу 3 месяца терапии на 55,9 % соответственно.

Согласно данным УЗИ, размер предстательной железы в ходе исследования не уменьшался.

У 7 (23,2 %) пациентов отмечено нарушение эякуляции, проявившееся частичным (4 пациента), или полным отсутствием выброса спермы (3 пациента), и является следствием ретроградной эякуляции. Следует отметить, что данное явление, характерно для всего класса α_1 -адреноблокаторов, а выраженность данного симптома зависит от степени уроселективности препарата [2].

Явление ортостатической гипотензии на фоне приема препарата было зафиксировано у 1 (3,3 %) пациента и не потребовало отмены приема силодозина.

В контрольной группе, состоявшей из 30 человек, получали неселективные адреноблокаторы — Теразозин 5 мг и Доксазозин 4 мг, по 1 таблетки 1 раз в день.

Улучшение качества жизни по шкале QoL отмечено у 56 % пациентов, по шкале IPSS — у 62 %.

При урофлоуметрии, максимальная скорость мочеиспускания на 5-е сутки лечения увеличилась на 13,3 %, по сравнению со скринингом, а на 90-е — на 23 % от исходного значения. Объем остаточной мочи, на 5-е сутки лечения уменьшился в среднем на 7,2 % от начала исследования, а к концу 3 месяца терапии — на 32,8 %.

Следует отметить, что частота побочных эффектов у данных препаратов была выше. Так, ортостатическая гипотензия развилась у 7 (23,3 %) больных, при этом у 2 (6,66 %) пациентов при приеме terazолина отмечено колаптоидное состояние, что потребовало отмены приема препарата.

Выводы

Использование препарата силодозин оказывает быстрый клинический эффект, характеризующийся как улучшением основных показателей мочеиспускания (максимальная и средняя скорость мочеиспускания, объем остаточной мочи), так и субъективными ощущениями пациента (IPSS, QoL) уже через 5 дней начала терапии и его эффективность нарастает со временем. В связи с селективным действием, препарат не оказывает существенного влияния на показатели артериального давления.

Наиболее высокая эффективность силодозина отмечена у пациентов с умеренной выраженностью СНМП, что говорит о необходимости назначать комплексную медикаментозную терапию с включением альфаадреноблокаторов и 5-АРИ пациентам с выраженными проявлениями ДГПЖ. При начальных и умеренных проявлениях ДГПЖ с преобладанием ирритативных симптомов, показанной и достаточной является терапия селективными альфа адреноблокаторами из которых препаратом выбора, по нашему мнению является силодозин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран, О. Б. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты альфаадреноблокаторами: монография // О. Б. Лоран, Е. Л. Вишневецкий, А. Е. Вишневецкий. — М., 1998.
2. De laRosette J. [et al.] // Guidelines on Benign Prostatic Hyperplasia European Association of Urology. — 2006. — 59 p.
3. Gravas S. [et al.] // Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (LUTS)? Incl/ benign prostatic obstruction (BPO) / EAU, 2015 // www.uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Non-Neurogenic-Male-LUTS-Guidelines-2015-v2.pdf.
4. Kaplan, S. A. Side effects of α -blocker use: retrograde ejaculation / S. A. Kaplan // Rev Urol. — 2009. — Vol. 11, Suppl. 1. — P. 14–18.

УДК 616.62 - 002 - 036.12 - 07-08

ХРОНИЧЕСКИЙ ЦИСТИТ. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Лемтюгов М. Б.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический цистит — заболевание, которое занимает одно из ведущих мест среди инфекций мочевых путей у женщин. Отмечается тенденция к росту данной патологии в популяции. Актуальным является и то, что с возрастом количество женщин с хроническим циститом растет [1]. Данная патология не является причиной фатальных осложнений, однако в значительной мере снижает качество жизни больных. К болевому синдрому и поллакиурии присоединяется ургентная симптоматика, что требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению данной патологии. Закономерным является и то, что при первом эпизоде острого цистита, имеется ряд факторов, которые впоследствии могут привести к хронизации процесса. К таким факторам можно отнести: состояние макроорганизма и микроорганизма, а также их взаимодействие [1, 2].

Следует отметить, что нарушение тканевого гомеостаза приводит к невозможности завершения острого воспалительного процесса путем регенерации, что в свою очередь является предпосылкой для перехода процесса в хроническую форму [3].