

неполным удвоением мочеточника (высокое слияние, короткий мочеточник нижнего сегмента). При сопутствующем мегауретере верхнего сегмента у 4 (9,8 %) пациентов пиелопластика нижней половины сочеталась с уретеропиелоанастомозом (мочеточник верхней половины и лоханки нижней половины по типу конец в бок). Дренирование верхних мочевых путей в послеоперационном периоде осуществлялось посредством внутреннего мочеточникового стента у 20 (48,8 %) пациентов, у 21 (51,2 %) ребенка — при помощи нефростомы. Среднее время операции составило 80 минут (интервал 70–110 минут). Интраоперационных осложнений не было, кровопотеря была незначительной. Послеоперационные осложнения отмечены у 4 (9,8 %) детей. У 3 (7,3 %) пациентов наблюдалась фебрильная инфекция мочевых путей (степень I по шкале Clavien-Dindo), у 1 (2,4 %) ребенка развился мочево-затек в брюшную полость в связи с обструкцией стента, что потребовало выполнения пункционной нефростомии (степень III по шкале Clavien-Dindo).

При оценке отдаленных результатов у 39 (95,1 %) пациентов отмечено уменьшение степени дилатации чашечно-лоханочной системы, повторное реконструктивное вмешательство выполнено 2 (4,9 %) детям.

#### **Заключение**

Гидронефроз нижней половины при удвоении почки является вариативной аномалией, поэтому необходим индивидуальный хирургический подход. Лапароскопический доступ является безопасным и эффективным, показатель успеха составил 95,1 %.

**УДК 616.6-022-085.33**

### **АНТИБИОТКОТЕРАПИЯ, КАК ПАРАДИГМА ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ В АМБУЛАТОРНОЙ УРОЛОГИИ**

**Симченко Н. И., Быков О. А.**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Парадигма здравоохранения** — совокупность принятых обществом и профессиональным сообществом знаний и методологических подходов к решению проблем здоровья [1]. Становление новой парадигмы здравоохранения происходит не только в странах СНГ (в частности, в Беларуси). Это характерно для всех государств мира.

Антибиотикотерапия — разновидность химиотерапии, которая использует биологический антагонизм с лечебной целью, применяя природные средства, их синтетические аналоги и производные, избирательно подавляющие в организме большую жизнедеятельность возбудителей заболеваний.

Парадигма фармакотерапии в XXI в.: «Окно возможности», «Лечение до достижения цели», «Персонифицированная терапия», включающая в себя а) прогнозирование исходов, б) прогнозирование эффективности терапии, в) прогнозирование ремиссии.

В последние годы появилась проблема квалифицированных специалистов в урологии, андрологии и детской урологии. Сложности в лечении, и, в том числе, назначении антибиотиков при инфекциях мочевыводящих путей (ИМВП) объясняются тем, что таких пациентов лечат не только урологи, но и врачи общей практики, терапевты, педиатры, гинекологи. Поэтому важно найти общий, междисциплинарный подход к выработке практических рекомендаций по лечению ИМВП и мужских половых органов в разных медицинских специальностях.

В условиях растущей антибиотикорезистентности, для обоснования вариантов антибактериальной терапии необходимо учитывать: 1) фармакокинетику (почечная элиминация препарата); 2) природную активность антибиотика (при неосложненных инфекциях, как правило это *E. coli*, при осложненных и рецидивирующих — *E. coli* с другими энтеробактериями и энтерококками), а также приобретенную резистентность бактерий в данном регионе, 3) экологическую безопасность антибактериальной терапии, так как антибиотики нарушают микробиоту, и формируют антибиотикорезистентные штаммы. Влияние антибиотиков на сапрофитную микрофлору называется коллатеральным эффектом, или параллельным ущербом, который у ряда антибиотиков может превышать терапевтический эффект. Экологически неблагоприятные эффекты с риском селекции устойчивых микробов могут наблюдаться при применении любых антибиотиков при инфекциях МВП. При выборе антибиотика следует отдавать предпочтение препаратам с узким спектром и минимальным сопутствующим ущербом, для соблюдения принципа «минимальной достаточности».

Инфекции нижних МВП, как правило, бактериальные и подразумевают назначение антибактериальной терапии. Частота назначений антибиотиков в амбулаторной практике для лечения инфекций МВП приближается, а возможно, и превышает частоту назначения антибиотиков при респираторных инфекциях, у взрослых. Поэтому, рациональная антибиотикотерапия при инфекциях МВП важна не только для конкретного пациента, но и всей медицины и общества в условиях растущей антибиотикорезистентности. Экологическая безопасность антимикробной терапии важная составляющая сдерживания антибиотикорезистентности на всех уровнях.

Кроме того, что лечением ИМП занимаются разные специалисты, значительное число женщин с симптомами острого цистита вообще не обращаются к врачу и, приобретая антибиотик в аптеке самостоятельно, пользуясь советами интернета и знакомых. Представляется важным обсудить, какие факторы принимают во внимание специалисты, рекомендуя или не рекомендуя антибиотик для лечения одного из наиболее частых заболеваний МВП — острого и рецидивирующего цистита.

В отличие от пиелонефрита, который является тканевой инфекцией с частым развитием бактериемии, при цистите бактериальная инвазия ограничивается в основном слизистой мочевого пузыря, и нуждается в создании высоких концентраций антибиотика в моче, а не в тканях, что является необходимым условием применения препарата. Этим условиям отвечают антибиотики с преимущественно почечным путем выведения. Так как целью антимикробной терапии является микроорганизм — возбудитель инфекции, соответственно для лечения цистита требуются антибиотики, с высокой природной активностью в отношении наиболее распространенных возбудителей.

Примерно за 1–3 года микробы приобретают способность выживать в присутствии антибиотика, т. е. формируется антибиотикорезистентность. Текущая ситуация с резистентностью основных возбудителей мочевых инфекциям — это третий фактор, который надо учитывать при выборе антибиотика. Концепция рациональной антимикробной терапии включает в себя экологическую безопасность антибиотика — способность вызывать нарушения на микро- и макроэкологическом уровне, вызывать появление антибиотикорезистентных организмов. Это следует учитывать при назначении антибиотиков, так как остро встал вопрос о сдерживании антибиотикорезистентности в мировом масштабе.

В амбулаторной практике при выборе антибиотика для лечения нетяжелых инфекций должен доминировать принцип «минимальной достаточности» спектра антимикробной активности, т. е. предпочтение отдается антибиотику с более узким спектром, что должно быть обосновано в клинических рекомендациях по применению антимикробных препаратов.

Классификация инфекций мочевых путей (EAU):

- неосложненная инфекция НМП (цистит);
- неосложненный пиелонефрит;
- осложненная инфекция мочевых путей с или без пиелонефрита;
- уросепсис;
- уретрит;
- простатит, эпидидимит, орхит.

Около 80 % всех инфекций мочевыводящих путей (ИМП) вызываются кишечными бактериями, которые попадают в мочевыводящие пути. Большинство этих бактерий составляют часть здоровой кишечной флоры, но, попав в пространство уретры и мочевого пузыря, они способны вызвать воспаление.

До 60 % обращений к урологу связано с острым или рецидивирующим циститом. Инфекции мочевыводящих путей представляют собой частую проблему во время менопаузы. В этот период жизни около 35–40 % женщин испытывают хотя бы один эпизод цистита.

После перенесенного острого неосложненного цистита в течение 6 месяцев повторный эпизод развивается у 27 % женщин, в течение года — у 50 %, при этом у 75 % больных рецидивы возникают более 4 раз в год.

Хронический простатит является самым распространенным урологическим заболеванием у мужчин моложе 50 лет и третьим по частоте урологическим диагнозом у мужчин старше 50 лет (после доброкачественной гиперплазии и рака простаты), составляя 8 % амбулаторных визитов к урологу. С возрастом частота заболевания увеличивается и достигает 30–73 %. Влияние этого заболевания на качество жизни сопоставимо с инфарктом миокарда, стенокардией, болезнью Крона, что обуславливает также и значительные психологические и социальные проблемы у больных простатитом мужчин трудоспособного возраста.

Частота встречаемости пиелонефрита у среди взрослых составляет 1 к 100, а среди детей у 1 к 200.

В связи с высокой частотой распространения инфекции мочеполовых путей, рациональная антибиотикотерапия становится во главе угла глобальной тактики сдерживания антибиотикорезистентности.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин, О. П. [и др.] // Вестник РАМН. 1998. № 10. С. 38–41.

**УДК 616.6-037:612.461.251/.259**

### **УРОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ГИПЕРУРИКУРИИ**

***Симченко Н. И., Анашкина Е. Е.***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

Любая медицинская специальность связана с оценкой рисков и возможностью их коррекции. Гиперурикемия (HUA) является клинически значимым предиктором прогрессирования сердечно-сосудистой патологии. Это — независимый предиктор развития не только сердечно-сосудистых, но и уронефрологических и метаболических заболеваний.

В России около 17 % взрослого населения страдают гиперурикемией, и каждый год этот показатель растет. В основе эффективной комплексной терапии гиперурикемии при наличии коморбидной патологии лежит медикаментозное лечение и модификация факторов образа жизни. 18–22 % хронической бессимптомной гиперурикемии (БГУЭ) трансформируется в подагру. При БГУЭ снижен клиренс мочевой кислоты (UA).