

Выводы

Основными микроорганизмами при ИМВП являются *Escherichia coli* (73,9 %), *Klebsiella pneumoniae* (8,2 %), *Proteus mirabilis* (6,6 %) и *Pseudomonas aeruginosa* (5,9 %) и другие (5,4 %).

Анализ антибиотикочувствительности показал, что последние годы чувствительность *Escherichia coli* снизилась к таким препаратам как: имипенему, амикацину. Чувствительность сохраняются к фосфомицину (97 %), цефтазидиму (90 %), пиперациллин-тазобактаму (93,3 %). Преобладает резистентные штаммы к амоксициллин-клавуланту, ципрофлоксацину, ампициллину.

Klebsiella pneumoniae наиболее чувствительна к пиперациллин-тазобактому (93,3 %), цефтазидиму (92,3 %), цефалерзон-сульбактаму (72,9 %). Можно выделить препараты к которым отмечается стабильно высокий уровень резистентности: цефтриаксон, ципрофлоксацин, ампициллин.

Pseudomonas aeruginosa наиболее чувствительна к цефалерзон-сульбактаму (72,9 %); резистентна к амоксициллин-клавуланату (100 %), ципрофлоксацину (83,3%), нитрофурантоину (73,7 %).

Proteus mirabilis наиболее чувствителен к цефалерзон-сульбактаму (98,4 %), имипенему (100 %), ципрофлоксацину (70 %); резистентный к нитрофурантоину (90 %), ампициллин-сульбактаму (38,5 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляев, Ю. Г. Роль определения функционального состояния нижних мочевыводящих путей в выборе лечебной тактики у пациентов с хроническим циститом и хроническим необструктивным пиелонефритом / Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко, З. К. Гаджиева // Урология. — 2011. — № 6. — С. 4–8
2. Белобородов, В. Б. Пиелонефрит в свете европейских рекомендаций по антибактериальной терапии уроинфекций / В. Б. Белобородов // Consilium medicum. — 2008. — Т. 10, № 4. — С. 82–88.
3. Бондаренко, В. М. Роль дисфункции кишечного барьера в поддержании хронического воспалительного процесса различной локализации / В. М. Бондаренко, Е. В. Рябиченко // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. — 2010. — № 1. — С. 92–100.
4. Давыдов, М. И. Инфекции в онкологии / М. И. Давыдов, И. В. Дмитриева. — М.: Практическая медицина, 2009. — 471 с.
5. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов: Российские национальные рекомендации / Н. А. Лопаткин [и др.]. — М., 2014. — 63 с.

УДК 616.67-005.98-089-036.8

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА «ОСТРОЙ МОШОНКИ»

Ковалёв А. Ю., Батт Т. А., Симченко Н. И.

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

Введение

Синдром острой мошонки объединяет неотложные состояния в урологии (перекрут яичка (семенного канатика), травма, орхоэпидидимит (орхит), абсцесс, гангрена Фурнье и др. (таблица 1)), сопровождающиеся классической триадой симптомов: увеличением половины мошонки; гиперемией; болезненностью при пальпации. Синдром может развиваться в любом возрасте, но у детей регистрируется чаще. У детей до года наиболее встречающимся является перекрут семенного канатика (вследствие большого удельного веса в этой группе интранатальных перекрутов яичка в родах; чаще всего это дети из ягодичного предлежания). У детей старше года и взрослых основная причина этого синдрома — перекрут гидатиды. Гидатида (рудимент вольфова или мюллерова эмбрионального протока) — образование, не несущее функций. Она легко может перекручиваться в области ножки и некротизироваться. Чаще встречается гидатида верхнего полюса яичка (морганиева гидатида, рудимент вольфова протока).

Таблица 1 — Неотложные состояния в урологии при синдроме острой мошонки

Поражение яичка		Поражение придатка		Поражение гидатиды	
инфекция	травма	травма	инфекция	инфекция	травма
Орхит	Ушиб	Ушиб	Эпидидимит	Гидатидит	Перекрут гидатиды
	Надрыв	Надрыв			
	Разрыв	Разрыв			
	Размножение	Отрыв			
	Перекрут яичка				
Заворот яичка					

Диагностику проводят клинически, так же можно выполнять УЗИ органов мошонки, хотя оно не всегда достаточно информативно. В большинстве стран мира тактика лечения синдрома «острой мошонки» — активная оперативная. Операция выполняется по экстренным показаниям. Производят одностороннюю скрототомию и ревизию полости мошонки. Дальнейший ход операции зависит от типа обнаруженной патологии. При диагностировании травмы яичка или придатка проводят опорожнение гематомы. При гнойных орхитах и эпидидимитах — дренирование полости оболочек яичка. Надрывы белочной оболочки, разрывы яичка и придатка, отрывы придатка от яичка ушивают. При размножении яичка выполняется орхэктомия. При перекруте гидатиды ее удаляют. При перекруте семенного канатика после деторсии оценивают жизнеспособность яичка. Если цвет и блеск яичка восстановятся, появится пульсация сосудов семенного канатика, то яичко фиксируют ко дну мошонки. Если этого не происходит — яичко удаляется.

Статистика осложнений вариативна и исход заболевания во многом зависит от времени обращения.

Цель

Проанализировать результаты лечения синдрома «острой мошонки» для оптимизации подхода и выработки единого алгоритма диагностики и лечения в преддверии создания новых клинических протоколов.

Материал и методы исследования

Произведен анализ лечения синдрома острой мошонки в урологическом отделении (55 пациентов), детском хирургическом (7 пациентов) и акушерско-физиологическом (1 пациент) и ГОКБ за период 2015–2020 гг.

Больные имели возраст от 0 дней до 17 лет. Все пациенты были госпитализированы в урологическое отделение, где им проводилось обследование, включающее опрос, осмотр и пальпацию органов мошонки. Оценивались физикальные симптомы острых заболеваний мошонки. Выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) в В-режиме. Больные подвергались комплексу лабораторных исследований, по показаниям получали оперативное лечение в 100 % (63 человека) случаях. Отдаленные результаты в сроки от 1 до 5 лет изучены у 63 человек.

На долю перекрута яичка приходится 16–20 % всех случаев острой мошонки в детском возрасте, на перекрут гидатиды — около 80 %. У юношей синдром чаще сопутствует острому орхоэпидидимиту.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы «Excel 2016 (MS Office) for Windows 10.0».

Результаты исследования и их обсуждение

За медицинской помощью обратился 63 ребенка в возрасте от 0 дней до 17 лет. Среди обратившихся из гомельской области было 19 (30,2 %) человек, а из г. Гомеля 44 (69,8 %). Все они были госпитализированы и прооперированы в сроки от 23 мин до 48 ч от начала заболевания. С перекрутом семенного кана-

тика было 34 ребенка. У 2 — острая водянка оболочек яичка, у 27 — перекрыт гидатиды. У 2 детей перекрыт был внутриутробный, у 2 — перекрыт крипторхированного яичка. У 3 (4 %) детей операция закончилась орхэктомией (6 месяцев, 8 лет, 14 лет). Оперированы в сроки более 20 ч (максимально 48 ч). У 60 детей выполнены органосохраняющие операции. Средний срок от момента заболевания до момента операции 8,2 ч.

При контрольном осмотре у 1 ребенка с перекрытом — яичко атрофировано. У 6 детей яичко гипоплазированное, у 1 выраженная гипоплазия.

Выводы

Оптимальными сроками оперативного лечения для пациентов с синдромом острой мошонки является срок менее 6 ч. Необоснованное консервативное лечение синдрома «острой мошонки» у детей и взрослых составляет около 25–30 % всех причин мужского бесплодия, так как оно ведет к склерозированию оболочек и атрофии яичка, что неблагоприятно сказывается на функциях органа, приводя к инфертильности и нарушению сперматогенеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри, С. Х. Урология: учебник / С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачук; под ред. С. Х. Аль-Шукри, В. Н. Ткачука. — М., 2011. — 480 с.
2. Комяков, Б. К. Урология: учебник / Б. К. Комяков. — М., 2012. — 464 с.
3. Разин, М. П. Детская урология-андрология: учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. — М., 2011. — 128 с.
4. Атлас по детской урологии / Т. Н. Куликова [и др.]. — М., 2009. — 160 с.

УДК 618.2:616.61-002.3]-08

ФАКТОРЫ ИММУННОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ГЕСТАЦИОННОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

Корбут И. А.

Учреждение образования

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

Введение

Пиелонефрит — инфекционный воспалительный процесс, локализующийся в чашечно-лоханочной системе почки и интерстициальной ткани. Проникновение инфекционного агента в организм беременной приводит к активации иммунной системы, что приводит к активации синтеза биологически активных веществ клетками децидуальной ткани [1]. Это может вызвать угрозу прерывания беременности, развитие хронической внутриматочной гипоксии плода [2]. Одним из основных белков неспецифической резистентности является лактоферрин [2]. Альфа- и гамма-интерфероны (α -IF и γ -IF) представляют собой иммуномодуляторы и противовирусные молекулы, объединяя врожденный и приобретенный иммунный ответ. Интерлейкин-1 β является медиатором воспаления и иммунитета, продуцируемый активированными макрофагами, а рецепторный антагонист интерлейкина-1 β служит его основным регулятором [2].

Цель

Изучить значение лактоферрина (ЛФ), альфа-интерферона (α -IF), гамма-интерферона (γ -IF), интерлейкина-1 β (IL-1 β), рецепторного антагониста интерлейкина-1 β (RA-IL-1 β) у пациентов с гестационным пиелонефритом.

Материал и методы исследования

Нами были обследованы 10 женщины с гестационным пиелонефритом (группа А) и 30 рожениц без пиелонефрита (группа Б). Методом твердофазного ИФА в сыворотке периферической крови, пуповинной крови и в околоплодных