

ность симптоматики с $20,9 \pm 7,4$ до $13,9 \pm 4,9$ балла ($p < 0,05$) и улучшилось качество жизни с $4,7 \pm 0,2$ до $2,5 \pm 0,3$ балла ($p < 0,05$).

Обращает на себя внимание достоверное увеличение максимальной скорости мочеиспускания на 26 % — с $8,7 \pm 0,9$ до $11,8 \pm 1,8$ мл/с и достоверное уменьшение объема остаточной мочи с $174,6 \pm 18,8$ до $87,8 \pm 17,5$ мл.

Заключение. Наше пилотное исследование показало, что магнитную экстракорпоральную стимуляцию нервно-мышечного аппарата таза можно рассматривать как одно из перспективных направлений лечения больных с гипоактивностью детрузора. Для определения показаний к ее проведению, получения сведений по механизму действия и эффективности необходимы дальнейшие исследования.

ДИАГНОСТИКА, ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Р.Э. Амдий, Т.Г. Гиоргобиани

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. После трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП) по поводу доброкачественной гиперплазии расстройства мочеиспускания сохраняются у 15–35 % больных, и их частота увеличивается с возрастом. Чаще всего выявляют такие симптомы, как дневное и ночное учащение мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание, затруднение мочеиспускания и недержание мочи.

Пациенты и методы. Нами обследованы 128 пациентов после ТУРП, у которых сохранялись жалобы на дневную и ночную поллакирию, затруднение и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы на мочеиспускание, а 18 больных отмечали недержание мочи. Средний возраст больных составил $69,2 \pm 5,4$ года. ТУРП была выполнена 75 больным в сроки от 1 года до 3 лет (в среднем $2,1 \pm 0,6$ года) и 53 пациентам — в сроки от 4 до 11 лет (в среднем $6,3 \pm 2,4$ года) до включения в настоящее исследование. Длительность заболевания составила $6,3 \pm 1,5$ года (от 4 месяцев до 10 лет). Всем пациентам было проведено комплексное урологическое обследование, включавшее ультразвуковое исследование почек, предстательной железы и мочевого пузыря, определение уровня простатического специфического антигена, уродинамическое исследование с выполнением урофлоуметрии и микционной цистометрии (исследование «давление – поток»), у больных с недержанием мочи измеряли профиль уретрального давления.

Результаты. Лечение пациентов проводили в зависимости причин расстройств мочеиспускания, выявленных по результатам уродинамическо-

го исследования. Пациенты с гиперактивностью детрузора, ургентным недержанием мочи и отсутствием инфравезикальной обструкции (51 человек) получали терапию М-холинолитиками (солифенацин 5 или 10 мг 1 раз в день 3 месяца). Выраженное улучшение симптоматики было выявлено у 23 пациентов. Пациентам с сохранением симптоматики и неэффективностью солифенацина (19 человек) было проведено лечение селективным агонистом бета-3-адренорецепторов (мирабегрон по 50 мг 1 раз в сутки 3 месяца) с положительным эффектом у 10 пациентов и слабым ответом у 9 пациентов. При неэффективности консервативной терапии 4 пациентам внутридетрузорно был введен ботулотоксин (Ботокс) в дозе 100 ЕД с хорошим симптоматическим результатом.

Пациентам с гипоактивностью детрузора (21 человек) назначали сочетание тамсулозина ОКАС по 400 мг 1 раз в день и антихолинэстеразного препарата ипидакрина по 20 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев. Симптоматическое улучшение было достигнуто у 10 пациентов. При неэффективности консервативной терапии 8 пациентам была проведена экстракорпоральная магнитная стимуляция мышц тазового дна 3 раза в неделю, всего 12 сеансов («Авантрон», «Мадин»). Субъективный и объективный положительный эффект был достигнут у 5 пациентов.

При сочетании гиперактивности детрузора в фазу наполнения мочевого пузыря и его гипоактивности в фазу опорожнения (25 пациентов) выполняли периферическую нейромодуляцию *N. tibialis posterior* 1 раз в неделю в течение 3 месяцев. При неэффективности периферической нейрости-

муляции 14 больным был назначен селективный агонист бета-3-адренорецепторов (мирабегрон по 50 мг 1 раз в сутки 3 месяца) с положительным эффектом.

Пациентам, у которых при микционной цистометрии была выявлена инфравезикальная обструкция (22 человека), выполняли внутреннюю оптическую уретротомию или трансуретральную резекцию шейки мочевого пузыря в зависимости от причины ИВО.

Больным со стрессовым недержанием мочи (9 человек) назначали упражнения для мышц тазового дна и экстракорпоральную магнитную стимуляцию («Авантрон», «Мадин»). При неэффективности этих мероприятий 3 пациентам провели установку сетчатого слинга в бульбозном отделе уретры.

Заключение. Уродинамическое обследование больных по поводу неудовлетворительных результатов оперативного лечения позволило определить причину дизурии. Расстройства мочеиспускания после хирургического лечения ДГПЖ

в основном были обусловлена патологией детрузора: гиперактивностью и снижением сократимости, которые были диагностированы у 51 (39,7 %) и у 21 (16,5 %) больного соответственно. У 25 (19,5 %) пациентов по результатам уродинамического исследования было диагностировано сочетание гиперактивности и снижения сократимости детрузора. Менее частой причиной сохранения дизурии была инфравезикальная обструкция, диагностированная у 22 (17,2 %) пациентов. Расстройства мочеиспускания вследствие стрессового и смешанного недержания мочи с преобладанием стрессового компонента были выявлены у 9 (7,1 %) пациентов с недержанием мочи.

Для установления причины нарушений мочеиспускания после оперативного лечения по поводу ДГПЖ всем таким больным показано полное уродинамическое обследование. Точная уродинамическая диагностика особенностей и причин нарушения функции нижних мочевых путей у больных с недержанием мочи определяет выбор тактики лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО НЕОСЛОЖНЕННОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

© *Р.Э. Амдий*

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ (Санкт-Петербург)

Введение. В последние годы были опубликованы результаты рандомизированных двойных слепых мультицентровых клинических исследований по изучению эффективности и безопасности лечения острого цистита у женщин без применения антибиотиков (Bleidorn J. et al., 2010; Naber K. et al., 2013; Gagyor I. et al., 2015; Wagenlehner F. et al., 2018). Для лечения использовали Ибупрофен или Канефрон, в группе сравнения больные получали такие антибактериальные препараты, как Фосфомицин и Ципрофлоксацин. Эти работы показали эффективность и безопасность лечения острого цистита у определенной категории пациенток без применения антибиотиков. В 2017 г. в немецком национальном клиническом руководстве по диагностике и лечению инфекций мочевых путей появилась рекомендация по возможности лечения острого неосложненного цистита легкой и средней степеней тяжести без применения антибиотиков. Это решение основывается на предпочтениях не только врача, но и самого пациента.

Цель работы — оценка эффективности и безопасности применения Канефрона как средства монотерапии при остром неосложненном цистите у женщин в реальной клинической практике амбулаторных медицинских учреждений Санкт-Петербурга.

Материалы и методы. Получили лечение лекарственным растительным препаратом Канефрон 42 женщины с диагнозом «острый неосложненный цистит». Выраженность симптоматики острого цистита оценивали на основе анкетирования больных. Больные оценивали боль при мочеиспускании и над лоном, императивные позывы и учащения мочеиспускания по сумме баллов по шкале от 0 до 5 баллов. При 0 баллов соответствующий симптом отсутствует, 1 — слабый (не влияет на дневную активность или сон ночью), 2 — умеренный, 3 — выраженный и 4 — сильно выраженный. Критерии включения в исследование: женщины 18–55 лет, подписанное информированное согласие, диагноз острого неосложненного цистита, выраженная симптоматика (боль при мочеиспускании, учаще-