

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-

ние при мочеиспускании, императивные позывы на мочеиспускание), суммарно более 6 баллов по анкетам оценки симптоматики, лейкоцитурия (5 и более лейкоцитов в поле зрения при общем анализе мочи), давность симптомов не более 7 дней до начала лечения инфекции. Критерии невключения: признаки осложненной инфекции мочевых путей (лихорадка $\geq 37,5$ °С, аномалии мочеполовой системы (МПС), состояние после операции на органах МПС, нейрогенные расстройства мочеиспускания), признаки острого пиелонефрита (лихорадка, боли в пояснице), беременность, инфекции мочевых путей за 4 недели до включения, прием антибиотиков менее чем за 4 недели до включения, аллергия на компоненты Канефрона, тяжелые сопутствующие соматические заболевания. Канефрон принимали по 50 капель 3 раза в день 14 дней. Средний возраст пациенток составил $29,0 \pm 1,8$ года (от 19 до 51 года). Показателем эффективности было изменение симптоматики и лабораторных показателей по данным общего анализа и посева мочи при монотерапии Канефроном.

Результаты. При лечении Канефроном наблюдали достоверное улучшение симптомов острого цистита. Перед началом лечения средний балл

симптоматики составил $8,05 \pm 0,7$, на 3-й день лечения — $5,1 \pm 1,0$ ($p < 0,05$), на 7-й день лечения — $2,9 \pm 1,0$, в фазе наблюдения на 37-й день после начала терапии Канефроном средний балл симптоматики составил $0,1 \pm 0,3$. Частота лейкоцитурии на 7-й день лечения по данным исследования мочи методом микроскопии составила 83,3 %, а к 37-му дню после начала приема Канефрона (фаза наблюдения) достоверно снизилась до 37,5 % ($p < 0,05$). Канефрон показал статически значимую антибактериальную активность при остром цистите. До начала терапии рост микроорганизмов в титре более 100 000 ЕД был обнаружен у 72,7 % больных, после 2 недель лечения (на 37-й день наблюдения) — у 28,6 % пациенток ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты нашей работы дают основание полагать, что Канефрон может быть эффективным и хорошо переносимым альтернативным методом лечения неосложненной инфекции нижних мочевыводящих путей у женщин, который позволяет сократить использование антибиотиков. Показания к назначению препарата Канефрон как средства монотерапии острого цистита и длительность лечения требуют дальнейшего изучения и обсуждения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИПИДОСТЕРОЛЬНОГО ЭКСТРАКТА *SERENOA REPENS* В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

© Р.Э. Амдий

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

Экстракты *Serenoa repens* широко применяются при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) и симптомов нижних мочевых путей (СНМП). Экстракты *Serenoa repens* оказывают противовоспалительное, антиандрогенное и антипролиферативное действие. Активность экстрактов выражено отличается и во многом зависит от концентрации свободных жирных кислот, способа получения экстракта.

Наибольшей активностью, по данным ряда публикаций, обладает липидостерольный экстракт *Serenoa repens* — Пермиксон.

Разные экстракты *Serenoa repens* могут значительно отличаться между собой по составу. Наибольшее количество свободных жирных кислот, основного биологически активного компонента *Serenoa repens*, содержится в липидостерольном (гексановом) экстракте (Пермиксон). По данным

двух метаанализов клинических исследований, показана высокая эффективность Пермиксона при сравнении с другими лекарственными препаратами на основе экстракта *Serenoa repens*. Пермиксон эффективнее плацебо улучшает симптоматику и качество жизни при СНМП, снижает частоту ноктурии, увеличивает максимальную скорость мочеиспускания. По данным уродинамического обследования при применении Пермиксона у 75 пациентов было выявлено достоверное снижение детрузорного давления при максимальной скорости мочеиспускания на 12,8 % ($p < 0,001$), давления открытия на 12,6 % ($p < 0,001$). Объем остаточной мочи снизился на 12,6 % ($p < 0,05$). Эти изменения указывают на достоверное снижение степени инфравезикальной обструкции по данным уродинамического обследования. В контрольной группе у пациентов, не принимавших