

чин с недержанием мочи после радикальной простатэктомии (средний возраст  $67,3 \pm 5,1$  года).

Женщины со стрессовым недержанием мочи были разделены на две группы — основную ( $n = 20$ ) и контрольную ( $n = 20$ ). Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, давности и выраженности недержания мочи. Больным основной группы проводили тренировки тазовых мышц с использованием портативного прибора БОС «Ютон» с электромиографическим вагинальным датчиком (производство фирмы «Амалтея», Санкт-Петербург), пациенты контрольной группы тренировали тазовые мышцы без применения БОС. Аналогичным образом были разделены на две группы мужчины с недержанием мочи после радикальной простатэктомии. Группы больных были также сопоставимы по возрасту, давности и выраженности недержания мочи. Больным основной группы ( $n = 10$ ) проводили тренировки тазовых мышц с использованием прибора «Ютон» с электромиографическим ректальным датчиком, мужчины из контрольной группы ( $n = 10$ ) тренировали тазовые мышцы без применения БОС.

Начальная длительность одного сеанса тренировки тазовых мышц составляла 8–10 минут. В дальнейшем по мере укрепления мышечных

волокон длительность тренировок увеличивалась до 15 минут. Проводили от 3 до 5 сеансов тренировок в день. Общая продолжительность лечения составляла 12 недель.

**Результаты.** Оценку эффективности лечения недержания мочи как у мужчин, так и у женщин проводили по данным субъективной оценки пациентами, анализа дневников мочеиспусканий, результатам заполнения больными опросников IPSS и качества жизни, кашлевого и прокладочного тестов, а также по данным инструментальных методов исследования (УЗИ мочевого пузыря с определением объема остаточной мочи и урофлоуметрии). Результаты исследования показали большую эффективность лечения недержания путем тренировок тазовых мышц с использованием портативного прибора БОС «Ютон» по сравнению с контрольной группой. При этом лучшие результаты лечения в группе БОС отмечены как у женщин со стрессовым недержанием мочи, так и у мужчин с недержанием мочи после радикальной простатэктомии.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности применения метода БОС с использованием портативного прибора у больных с недержанием мочи.

## К ЭФФЕКТИВНОСТИ УРОФУРАГИНА (ФУРАЗИДИНА) В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИЕЙ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

© *И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская, С.Х. Аль-Шукри*

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

Рецидивирующие инфекции нижних мочевых путей (РИНМП) относятся к числу широко распространенных заболеваний у женщин, а антибактериальная терапия остается ведущим методом их лечения. Назначение антибактериальных препаратов у данной категории больных рекомендуется проводить либо в режиме длительной терапии, либо после воздействия факторов, которые могут вызвать активизацию инфекционно-воспалительного процесса. Наиболее часто проводят посткоитальную профилактику.

Задачей исследования явилось изучение эффективность антибактериального препарата нитрофуранового ряда Урофурагин (Фуразидин) в лечении и профилактике рецидивов у женщин с РИНМП.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 52 женщины с неосложненной РИНМП в возрасте от 19 до 56 лет (в среднем —  $34,4 \pm 9,6$  года).

Средняя давность заболевания составила  $3,0 \pm 2,7$  года и находилась в диапазоне от 6 месяцев до 12 лет, а среднее число рецидивов заболевания —  $5,5 \pm 1,7$ . В исследование включали женщин с частотой рецидивов заболевания не менее 2 за 6 месяцев или 3 за 1 год, предшествующих началу лечения, и наличием обострения заболевания на момент начала лечения. Критериями исключения были наличие осложненной инфекции мочевых путей, повышенная чувствительность к фуразидину и другим компонентам препарата, полиурия, выявление признаков почечной и печеночной недостаточности, сахарный диабет.

Всем больным назначали Урофурагин в дозе 100 мг 3 раза в день в течение 7 дней. После окончания основного курса лечения пациенты получали рекомендации о мерах, снижающих вероятность развития рецидива инфекции мочевых путей. К таковым относились употребление большого ко-

личества жидкости, а также пре- и посткоитальное мочеиспускание. Всем больным также рекомендовали проводить посткоитальную антибактериальную профилактику: после полового акта пациенты должны были принимать по 100 мг Урофурагина.

На скрининговом визите осуществляли отбор больных для участия в исследовании. С этой целью выполняли сбор анамнеза заболевания, оценку жалоб, физикальное обследование, лабораторное обследование, включавшее в себя общий анализ и бактериологическое исследование средней порции утренней мочи. Выраженность симптоматики оценивали с помощью специальной анкеты выраженности симптомов цистита, дневника мочеиспускания и анкеты «Шкала симптомов тазовой боли, urgency и частоты мочеиспускания». Динамику клинических и лабораторных показателей оценивали непосредственно после окончания лечения, через 2 и 12 недель после его окончания.

**Результаты.** Бактериологическое исследование мочи показало наличие более 100 000 КОЕ у 38 (73,1 %) из 52 больных. У 35 (92,1 %) из 38 больных с положительными результатами бактериологического исследования выявлена моноинфекция, у 3 (7,9 %) — 2 микроорганизма в клинически значимом титре. Наиболее часто выявляли *Escherichia coli* — 29 больных, что составило 76,3 % от всех пациентов с положительным результатом бактериологического исследования и 55,8 % от всех наблюдаемых больных. Остальных возбудителей обнаруживали значительно реже: *Enterococcus spp.* — у 3 больных, *Staphylococcus saprophyticus* — у 3 больных, *Klebsiella pneumoniae* — у 2 больных, *Staphylococcus aureus* и *Proteus mirabilis* — по 1 больному.

После окончания лечения у всех 52 больных отмечена положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Если до ле-

чения лейкоцитурия выявлена у всех больных, то к 21-му дню исследования (14-е сутки после окончания лечения) — только у 5 (9,6 %) больных. Положительными результаты посева мочи были у 38 (73,1 %) пациентов до лечения и только у 11 (21,1%) — на 14-е сутки после его окончания. К 21-му дню наблюдения (14-му дню после окончания лечения) лейкоцитурии не было у 47 (90,4 %), а бактериурии — у 41 (78,8 %) из 52 пролеченных больных. К 12-й неделе исследования лейкоцитурию обнаруживали только у 7 (13,5 %) больных, а положительные результаты посева мочи зарегистрированы у 12 (23,1 %) больных.

За период наблюдения 12 недель после начала лечения рецидив инфекции нижних мочевых путей отмечен у 8 (15,4 %) из 52 находящихся под наблюдением женщин. Пять больных связали развитие рецидивов с половым актом, двое — с переохлаждением, а одна больная не смогла указать предполагаемую причину. Рецидив мочевого инфекции у указанных 8 женщин возник в среднем через  $48,4 \pm 14,1$  дня после окончания лечения. У большинства пациентов (84,6 %) лечение Урофурагином позволило избежать рецидива мочевого инфекции за период наблюдения.

Переносимость Урофурагина была удовлетворительной. Нежелательные явления, связанные с приемом препарата, отмечены у 12 (23,1 %) больных и ни в одном случае не стали причиной отмены лечения.

**Выводы.** Таким образом, результаты исследования показывают, что Урофурагин является эффективным антибактериальным препаратом для лечения и профилактики рецидивов мочевого инфекции у женщин с РИНМП и может рассматриваться как один из препаратов выбора в данной клинической ситуации.

## СИМПТОМАТИКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН

© *И.В. Кузьмин, Н.О. Кротова*

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

**Введение.** Согласно рекомендациям Комитета по стандартизации ICS термином «гиперактивность мочевого пузыря» (ГМП), или «синдром гиперактивного мочевого пузыря», обозначают симптомокомплекс, проявляющийся императивными позывами на мочеиспускание с ургентным недержанием мочи или без него и обычно сопровождающийся учащением мочеиспускания и ноктурией.

Частота ГМП велика и достигает 10–15 % среди всех взрослых. За последние десятилетия проведено значительное количество исследований, посвященных различным аспектам патогенеза, клинического течения и лечения ГМП.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение особенностей симптоматики и клинического течения ГМП у женщин, выявление связи