

тов с нефролитиазом. Несмотря на то, что меньший по диаметру доступ связан с более длительной продолжительностью операции и требует применения лазерных методик, мПНЛ имеет значительно меньшие послеоперационные сроки пребывания в стационаре, меньшую частоту ин-

тра- и послеоперационных осложнений и обладает большей эффективностью лечения в сравнении со стандартной ПНЛ. Учитывая вышесказанное, мини ПНЛ необходимо рекомендовать как метод выбора в лечении не только солитарных, но и коралловидных камней почек.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

И.В. Радьков, П.И. Ковалевская, А.И. Презов

УЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Беларусь

Введение. Рост хронических инфекционно-воспалительных заболеваний мочеполовой сферы, характеризующихся вялым, рецидивирующим течением, устойчивым к этиотропной терапии, представляет серьезную медицинскую проблему. Наиболее частым их проявлением является цистит, особенно у женщин в период менопаузы. Урогенитальные расстройства, или урогенитальная атрофия, в менопаузе — это комплекс вагинальных и мочевого симптомов, развитие которых является осложнением атрофических и дистрофических процессов в эстроген-зависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта: влагалище, мочевом пузыре, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна. Урогенитальные расстройства встречаются у 30% женщин в возрасте 55 лет и у 75% женщин, достигших возраста 70 лет. В основе развития урогенитальных расстройств в климактерическом периоде лежит дефицит половых гормонов, прежде всего эстрогенов. Уротелий, так же как и вагинальный эпителий, подвергается изменениям, связанным с возрастом и эстрогенным дефицитом. В результате слизистая оболочка влагалища истончается, пролиферативные процессы во влагалищном эпителии прекращаются, влагалищный pH повышается, продуцирование лактобацилл снижается. Лечение данной группы пациенток является сложной задачей и связано с устранением атрофических изменений не только в вагинальном эпителии, но и в уротелии. В этой связи нами проведено исследование эффективности комплексного лечения с местной заместительной гормональной терапией ЗГТ (Эстринорм 0,5 мг в свечах) 1-я группа и 2-я группа, контрольная, пациентки, получающие традиционную терапию.

Цель работы. Целью проведения данного исследования послужила оценка эффективности локальной ГЗТ и сложившаяся не однозначная ситуация во врачебной практике о локальном использовании ГЗТ у данной группы пациентов и о ГЗТ в целом.

Материалы и методы исследования. В исследование включались пациентки в постменопаузе различной длительности с симптомами вагинальной и цистоуретральной атрофии и рецидивирующими циститами. В исследование не включались женщины, имеющие: заболевания верхних мочевых путей (мочекаменная болезнь, пиелонефрит, опухоли почек); опухоли мочевого пузыря; внутрипузырную обструкцию, вызванную органическими причинами; заболевания, приводящие к нарушению иннервации мочевого пузыря (сахарный диабет; энцефалопатии различной этиологии; заболевания позвоночного столба и спинного мозга; болезнь Альцгеймера; болезнь Паркинсона; нарушения мозгового кровообращения). До лечения и в конце третьего месяца терапии всем пациенткам, включенным в исследование, проводились: клинические анализы: общий анализ крови и общий анализ мочи; комплексное микробиологическое исследование мочи; определение интенсивности симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии (при наличии симптомов гиперактивного мочевого пузыря) по 5-балльной шкале D. Barlow; комплексное уродинамическое исследование, цистоскопия, осмотр гинеколога. В исследование были включены 30 пациенток в постменопаузе с симптомами вагинальной и цистоуретральной атрофии и рецидивирующими циститами. Возраст пациенток составил от 52 до 76 лет (средний возраст $62,8 \pm 5,7$ лет), длительность постмено-

паузы – от 6 до 28 лет (в среднем $15,03 \pm 6,1$ лет), длительность заболевания – от 1 до 6 лет. Число рецидивов колебалось от 3 до 8 эпизодов в год. В анамнезе все пациентки получали лечение антибиотиками. На момент обращения ни одна пациентка не получала гормональной терапии. Пациентки были разделены на 2 группы ($n=15$), сопоставимые по возрасту и клинической картине заболевания. Пациентки 1-й группы получали комплексную традиционную терапию с добавлением к ней локальной ЗГТ в виде суппозиторий Эстринорм 0,5 мг по 1 свече ежедневно в течение 15 дней, затем по 1 свече через 2 дня до 10 недель и в последующем по 1 св. 1 раз в неделю до 1 года. Пациентки 2-й группы получали обычное традиционное лечение. Эффективность терапии оценивалась к концу третьего месяца ее проведения по таким параметрам, как редукция симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии, уменьшение числа рецидивов циститов.

Результаты исследования. Пациентки методом случайной выборки были разделены на 2 группы по 15 человек, сопоставимые по возрасту и клиническому течению заболевания. Оценка возрастного статуса показала, что рецидивирующий цистит чаще всего регистрировался у пациенток старшей возрастной группы (>65 лет). У подавляющего большинства женщин ($n = 21$) длительность постменопаузы составила более 14 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 6 лет (в среднем $3,7 \pm 1,8$ лет), наибольшее количество больных ($n=17$) страдали им от 3 до 5 лет. Установлено, что число рецидивов возрастало с увеличением возраста и длительности менопаузы. До начала терапии все пациентки прошли осмотр на гинекологическом кресле, им была также проведена цистоскопия и влагалищное исследование. В результате у всех пациенток ($n = 30$) отмечались атрофические изменения малых половых губ и стенок влагалища (складчатость сглажена, слизистая бледная, истончена, местами с петехиальными кровоизлияниями). У 11 (36,7%) пациенток старше 65 лет определялся выворот слизистой уретры (эктропион), развитие которого связано с атрофией уретеля и подлежащих структур. У 40% женщин старше 65 лет слизистая влагалища имела багрово-синюшную окраску, блестящую поверхность, незначительно окрашивалась Люголем, местами определялось скопление ороговевших клеток. При цистоскопии имелась инъекция сосудов, гиперемия слизистой, наличие полипообразных разрастаний в области шейки мочевого пузыря. Оценка данных кли-

нического анализа мочи до и после лечения показала, что во всех случаях значительных отклонений от нормальных значений не выявлено, бактериурии не отмечалось, что, вероятно, связано с тем, что все пациентки до обращения к нам получали антибактериальную терапию в различных урологических клиниках. При оценке симптомов вагинальной атрофии (сухость, зуд, диспареуния) по 5-балльной шкале D. Barlow у большинства пациенток значения достигали 3–4 баллов, лишь у 6 (20%) пациенток с симптомами гиперактивного мочевого пузыря и количеством рецидивов более 5 за год – 5 баллов. Всем пациенткам было проведено комплексное уродинамическое исследование, которое выявило снижение функционального и максимального объема мочевого пузыря. Повторное клинико-лабораторное обследование проводилось к концу третьего месяца лечения. В 1-й группе пациентов при осмотре наблюдалось значительное улучшение состояния слизистой вульвы и влагалища, отмечалась их бледно-розовая окраска, появление складчатости, достаточная увлажненность, имело место и изменения при цистоскопии. При расширенном исследовании определялось значительное улучшение состояния вагинального эпителия, незначительное истончение слизистой влагалища; просвечивание немногочисленных капилляров в подслизистом субэпителиальном слое отмечалось в единичных случаях. При выполнении пробы Шиллера окраска слизистой оболочки влагалища раствором Люголя была равномерная. Оценка симптомов вагинальной и цистоуретральной атрофии по 5-балльной шкале D. Barlow у пациенток 2-й группы составила 2–3 балла, у пациенток 1-й группы – 0–1 балл. У 12,3% больных 2-й группы в течение первого месяца терапии возникли рецидивы циститов, потребовавшие повторного лечения и назначения местного ГЗТ. У пациенток 1-й группы за время наблюдения рецидивов не было.

Обсуждение результатов. Развитие рецидивирующих инфекций на фоне урогенитальной атрофии относят к тяжелой форме ее проявления. Необдуманное и нерациональное назначение курсов антибактериальной терапии приводит к еще большему нарушению микробиоценоза у пациенток, развитию дисбиоза как во влагалище, так и в желудочно-кишечном тракте и, вероятно, может быть одной из причин рецидивов заболевания. При наличии урогенитальной атрофии создаются условия для возможного инфицирования нижних мочевых путей, однако, по нашим данным, частота их не превыша-

ет 11,8%. При предварительном сравнении эффективности традиционной терапии и комбинированной терапии с Эстринормом (по разработанной нами схеме) через первые 3 месяца терапии имеется разница в объективных показателях вагинального исследования и выполненной цистоскопии. На фоне традиционного лечения во 2-й группе у 12,3% пациенток в течение первого месяца терапии возникли рецидивы циститов, у пациенток 1-й группы за время наблюдения рецидивов не было. Всем пациенткам контрольной группы в последующем была назначена локальная ГЗТ.

Выводы. Использование локальной ГЗТ является основой в лечении данной группы пациенток, позволяющей улучшить самочувствие у данной группы пациенток и изменить их качество жизни. По нашему мнению, комбинированное лечение с использованием локальных форм ГЗТ является объективно предпочтительным и безопасным, так как не обладает систем-

ным действием. Оно позволяет быстрее восстановиться вагинальной микроэкологии, активизирует защитное действие лактобацилл (оно проявляется в продуцировании перекиси водорода, адгезии на эпителиальных клетках, восстановлении и поддержке естественной микрофлоры, антагонистических свойствах в отношении условно-патогенных микроорганизмов). В целом это и препятствует развитию рецидивов заболевания в последующем. Нами были также проанализированы долгосрочные результаты исследования. На протяжении 12 месяцев все пациентки продолжали принимать ЗГТ в поддерживающей дозе 1 свеча 1 раз в неделю. После года терапии 3 женщины по разным причинам терапию прекратили. В течение 3 месяцев без лечения у них появились симптомы, свидетельствующие о рецидиве урогенитальной атрофии разной степени выраженности, что еще раз свидетельствует о необходимости длительной терапии локальными эстрогенами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КАК МАРКЕРА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

И.В. Радьков, П.И. Ковалевская

*УЗ «Гомельская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи», Беларусь*

Введение. В последние годы расширяется применение прокальцитонина (ПКТ) в качестве биомаркера крови для более эффективного лечения пациентов с системными инфекционными заболеваниями и сепсисом. Как известно, при наличии очага инфекции или источника, несостоятельности барьерной и регулирующих функций и генерализации процесса в организме развивается синдром системного воспалительного ответа, который впоследствии может трансформироваться в сепсис при несостоятельности иммунной системы. В организме человека присутствие бактерий и бактериальных компонентов (экзо- и эндотоксинов) индуцирует и поддерживает каскад метаболических, иммунологических, воспалительных и коагуляционных реакций. Такие биохимические реакции могут служить в качестве биомаркеров в выявлении системных воспалительных реакций и использоваться в дальнейшем как контроль эффективности назначенной терапии для такой категории па-

циентов. Одним из таких биомаркеров является прокальцитонин.

Прокальцитонин — предшественник кальцитонина. В норме их синтез осуществляется в С-клетках щитовидной железы. У здоровых людей концентрация ПКТ низкая. Увеличение уровня прокальцитонина в крови происходит при невирусных инфекциях. Значительное повышение прокальцитонина обнаруживают у пациентов с бактериальным сепсисом, особенно при тяжелом сепсисе и/или септическом шоке. При генерализации бактериальной инфекции происходит резкая экстратиреоидальная выработка ПКТ в нейроэндокринных клетках легких, в поджелудочной железе, печени, макрофагах, моноцитах, др. тканях. Уровень прокальцитонина в сыворотке крови возрастает в течение 6–12 часов после генерализации инфекции. Синтез ПКТ стимулируют бактериальные экзо- и эндотоксины при участии цитокинов. При этом не происходит повышения уровня кальцитонина.