

# ОЦІНКА ПОКАЗНИКІВ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ РЕГУЛЯЦІЇ І КРОВООБІГУ СЕЧОВОГО МІХУРА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГІПЕРАКТИВНИМ СЕЧОВИМ МІХУРОМ (ГАСМ) МЕТОДОМ ГАРМОНІЧНОГО АНАЛІЗУ БІОІМПЕДАНСА

*Ф.І. Костєв, Ю.М. Дехтяр*

*Одеський національний медичний університет*

Метою дослідження було оцінити стан регіонарної активності вегетативної нервової системи і кровообігу сечового міхура (СМ) у пацієнтів з ГАСМ, використовуючи новий метод гармонійного аналізу мікроставаріацій біоімпеданса.

Кількісну оцінку стану кровопостачання стінки СМ і його нейрогенної активності в різні періоди функціональної активності СМ здійснювали оригінальним комп'ютерно-реографічним комплексом «РеоКом» (м. Харків) з використанням швидкого Фур'є-перетворення і представляли як залежність амплітуди періодичної складової біоімпеданса від частоти цієї складової.

Основну групу склали 12 жінок з ідіопатичним ГАСМ. Отримані дані були зіставлені з даними в контрольній групі (5 здорових жінок). Дослідженням встановлено, що у соматично здорових жінок реакцією на фізіологічне наповнення СМ з поступовим формуванням позиву до сечовипускання є зниження потужності першої серцевої гармоніки біоімпеданса, що вказує на збіднення кровопостачання його стінки. Одночасно збільшувалася потужність низькочастотного піку Майєра, що відображає активність симпатичних регуляторних впливів, і зменшувалася потужність респіраторного піку (імовірно характеризує парасимпатичну активність). При спорожненні СМ відзначали зменшення потуж-

ності піку Майєра і зростання респіраторного піку. У 67% пацієток з ГАСМ виявлено злети рухової активності різної частоти і амплітуди, а також малі варіації біоімпеданса, що відображають стаціонарну активність у зв'язку з пульсовими коливаннями артеріального тиску і мікроставаріаціями нейрогенного генезу, що ймовірно, відповідали мимовільним скороченням детрузора, що може бути характерною ознакою гіперактивності СМ. При початковому зниженому кровопостачанні (оціненому за кардіальним піком), наповнення СМ супроводжувалося подальшим зниженням кардіального піку, відбиваючим ще більше погіршення його кровопостачання, та залишалося стійко зниженим після спорожнення СМ. Зміна потужності низькочастотного і респіраторного піків під час інфузійної цистометрії може свідчити про підвищення симпатичної активації для забезпечення адаптації при інтенсивному позиві до сечовипускання.

Таким чином, гармонійний аналіз мікроставаріацій біоімпеданса СМ дозволяє оцінювати індивідуальні особливості нейрогенної активності СМ і стан регіонарного кровообігу. У частини хворих ГАСМ (67%) виникає дисбаланс вегетативних регуляторних механізмів при наповненні сечового міхура, така дисфункція має чітке підтвердження результатами проведеного дослідження.

## БАКТЕРИУРИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ДГПЖ

*В.В. Кузнецов, Л.Г. Мирзоян*

*1-я городская больница им. Пирогова, г. Севастополь*

Инфекционно-воспалительные осложнения (ИВО) при оперативных вмешательствах на предстательной железе существенно увеличива-

ют длительность пребывания больного в стационаре и ведут к увеличению затрат на лечение. Наличие бактериурии и постоянного катетера

является фактором риска развития ИВО. Анализ микробного пейзажа больных поступающих с бактериурией и постоянным катетером значительно облегчит ведение такой группы пациентов. Причина возникновения осложнений у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) чаще всего связана с наличием и обострением хронического инфекционного процесса мочевыводящих путей, особенно на фоне дренирования мочевого пузыря уретральным катетером по поводу задержки мочи. Основной проблемой последних лет является широкое распространение резистентных форм патогенных микроорганизмов и снижение эффективности ряда антибиотиков.

Цель исследования: оценка наличия и характера бактериурии у пациентов госпитализированных по поводу ДГПЖ.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В урологическом отделении 1-й городской больницы Севастополя проведено исследование возбудителей инфекций мочевыводящих путей у 75 пациентов с ДГПЖ, госпитализированных по срочным показаниям для оперированного лечения с клиникой острой задержки мочи. Средний возраст пациентов –  $67,3 \pm 8,1$  лет. Длительность основного заболевания 5,3 года. У 5 (7%) больных в течение последних 3 месяцев была ОЗМ с катетеризацией мочевого пузыря, 4 (5%) пациента поступили с установленным катетером; средняя длительность катетеризации составляла 4,7 дня до госпитализации.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При микробиологическом исследовании мочи больных с ДГПЖ бактериурия диагнос-

тирована у 12 (16%), у 11 – штаммы были идентифицированы, в одном случае посев был отрицательный. В 10 случаях выделена монокультура – чаще грамотрицательная группа бактерий: *Escherichia coli* 5 (42%) пациентов, *Proteus* spp – 1, *Klebsiella* spp. – 1. Грамположительные бактерии наблюдались в 25% случаев: *Enterococcus* spp. – 2, *Staphylococcus* spp. – 1. В микробной ассоциации – *Escherichia coli*+*Proteus*.

При анализе резистентности штаммов кишечной палочки отмечена устойчивость к цефазолину и цефотаксиму 25%, к цефтриаксону 12,5%, к ампициллину и офлоксацину в пределах 17%, а к гентамицину 9%. Это объясняется ограниченным применением препарата в течение последних 5–10 лет. Не отмечено резистентности к цефоперазону, имипенему и фосфомицину. Учитывая, что для антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии рекомендуется использование препаратов, уровень резистентности которых не превышает 15–20%, считаем невозможным применение для этих целей цефалоспоринов 1-го и 2-го поколений.

### ВЫВОДЫ

В этиологической структуре инфекций мочевых путей основными возбудителями являются грамотрицательные бактерии. Ведущим фактором риска развития ИВО у больных с ДГПЖ является инфекция мочевыводящих путей. Знание структуры возбудителей помогает оптимизировать выбор антимикробных препаратов для антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии. Цефалоспорины 3-го поколения сохраняют высокую активность против кишечной палочки и могут назначаться при эмпирической терапии. При выборе антимикробных препаратов необходимо учитывать показатели резистентности.

## КЛІНІЧНА ОЦІНКА ДОВГОТРИВАЛОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (ДГПЗ) ПРЕПАРАТОМ АВОДАРТ У ХВОРИХ З ОНКОРИЗИКОМ

*Ю.І. Кушнірук, В.А. Ярош, В.В. Сорока*

*ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, м. Київ*

З появою нових препаратів для лікування ДГПЗ популярність медикаментозної терапії по-

стійно зростає (Д.Ю. Пушкар і співавт., 2010, С.П. Пасечніков, 2010; Ю.І. Кушнірук і співавт.,