

Эффективность метафилактики рецидивов хронического цистита приемом комбинации пробиотика и растительного уроантибиотика

М.В. Шостак, А.В. Борисов, Ф.И. Костев, С.А. Борисов

Одесский национальный медицинский университет

Рекуррентный хронический бактериальный цистит, сопровождающийся рецидивами 2 и более раз за полгода или 3 и более раз за год, представляет собой частую и сложно контролируемую патологию, которой страдают миллионы женщин во всем мире. Метафилактика рецидивов хронического бактериального цистита – социально-значимая и все еще не решенная задача, определяющая во многом трудоспособность, ритм и качество жизни больных. Современные научные данные относительно определяющей роли дисбиоза флоры влагалища в патогенезе хронического бактериального цистита у женщин репродуктивного возраста, позитивные результаты клинических исследований растительных уроантибиотиков сформировали цель нашего исследования: улучшение результатов лечения и повышение качества жизни больных с хроническим рекуррентным бактериальным циститом посредством приема селективного пробиотика с уроантибиотическими свойствами «Ле Кран».

Объектом исследования послужили 42 женщины с рекуррентным хроническим бактериальным циститом, средний возраст больных составлял $38,4 \pm 2,1$ года. Пациентки были разделены на две сопоставимые по возрасту и спектру клинических проявлений группы численностью 21 больная каждая группа. В ходе исследования женщинам основной группы в период после этиотропной антибактериальной терапии рецидива бактериального цистита на-

значали селективный пробиотик «Ле Кран», содержащий комбинацию живых пробиотических бактерий, экстракт клюквы и витамин С. Пациентки группы сравнения в межрецидивный период дополнительного лечения не получали. Оценку уроантибиотических свойств, связанных с эффектами гипуревой кислоты и бензоата натрия, содержащихся в экстракте клюквы, а также пробиотических свойств препарата, проводили с учетом средней продолжительности безрецидивного периода для каждой группы пациенток, а также изменений общего анализа мочи (лейкоцитурия, нитритурия, бактериурия) в динамике.

Результаты. Пациентки основной группы удовлетворительно переносили прием препарата, негативных эффектов и побочных реакций отмечено не было. Средняя продолжительность безрецидивного периода у пациенток основной группы составило $7,1 \pm 0,9$ мес в отличие от $4,7 \pm 0,7$ мес у пациенток группы сравнения ($p=0,047$). Лабораторно бактериурия и нитритурия спустя 1 мес исследования отмечена у 6 (28,6%) пациенток основной группы и у 11 (52,4%) группы сравнения ($p=0,044$).

Вывод. Селективный пробиотик со свойствами уроантибиотика «Ле Кран» – безопасное и эффективное средство метафилактики рецидивов хронического бактериального цистита. Оценка влияния препарата на объективные и лабораторные симптомы заболевания подлежит дальнейшему изучению.

Варианты собственного подхода в лечении больных с осложненными и рецидивными травматическими стриктурами мочеиспускательного канала

С.В. Герасимов, М.Н. Олехник, А.О. Куценко

КХ КОС «Киевская областная клиническая больница»

В современных чрезвычайных ситуациях мирного времени и при локальных военных конфликтах у 20% пострадавших выявляют повреждения органов мочеполовой системы, повреждения мочеиспускательного канала находятся на первом месте, что составляет 15%. Основной причиной разрывов мочеиспускательного канала является перелом костей таза – 68,2%.

Из 248 больных с травматическими стриктурами мочеиспускательного канала при комплексном урологическом обследовании выявлены: рецидивы и осложнения у 75

больных, надлобковые свищи у 52, асимметричное снижение функции почек у 64, застой мочи в верхних мочевых путях – у 58, дилатация тазового отдела мочеточника – у 9, уретерогидroneфроз – у 16, камни почек – у 5, камни мочеточников – у 4, камни предстательной железы – у 9, дивертикулез мочевого пузыря – у 6, одиночные дивертикулы – у 2, мегацист – у 5; длинные стриктуры заднего отдела мочеиспускательного канала – у 51, короткие – у 24, рефлюкс контрастного вещества в паренхиму предстательной железы – у 19 и у 9 в семенные пузырьки, сморщивание семен-

ных пузырьков – у 29, облитерация – у 8, расширение полостей – у 3 пациентов. Предстательная железа уменьшена, при пальпации плотная, гладкая, слизистая оболочка прямой кишки над ней подвижна.

При рецидивных и осложненных травматических структурах мочеиспускательного канала нарушается акт мочеиспускания, в результате рефлюкса инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки, в последних в 40% случаев развиваются склеротические изменения, что приводит к нарушению пассажа мочи по верхним мочевым путям и снижению функции почек, вплоть до хронического пиелонефрита (ХПН).

Во время пластики иссекали рубец в мочеиспускательном канале вместе с рубцовыми тканями вокруг нее. При гистологическом исследовании удаленных тканей в них обнаружено замещение паренхимы предстательной железы

коллагеновыми волокнами, характерное для фиброзного процесса.

В патогенезе травматических структур мочеиспускательного канала ведущее место принадлежит нарушению акта мочеиспускания. Во время микций в задней части мочеиспускательного канала повышается уретральное давление, возникает недостаточность устьев простатических и семязвергающих протоков, наблюдается рефлюкс инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки. Воспалительный процесс в предстательной железе и семенных пузырьках распространяется на шейку и дно мочевого пузыря и является причиной застоя мочи в верхних мочевых путях и снижения функции почек. Предупредить эти осложнения можно радикальным иссечением рубцов мочеиспускательного канала вместе со склерозированной предстательной железой.

Застосування метаболізмкоригувальної терапії в комплексному хірургічному лікуванні хворих на інфравезикальну обструкцію

К.О. Борисов, Ф.І. Костєв, О.В. Борисов

Одеський національний медичний університет

Незважаючи на великий арсенал сучасних методів лікування хворих із інфравезикальною обструкцією (ІО) (традиційні хірургічні, малоінвазивні, медикаментозні), інтегративний клінічний та функціональний результат не можна вважати бездоганним.

Складність вирішення цієї проблеми значною мірою зумовлена наслідками довготривалої гіпоксії та глибокими порушеннями енергетичного метаболізму в тканинах детрузора сечового міхура. Наведені дані, а також результати раніше проведених власних досліджень, що свідчать про наявність вихідного зниження відновлювального потенціалу глутатіонової системи в організмі хворих, за якими здійснювали спостереження, стали клініко-біохімічним обґрунтуванням доцільності корекції тіол-дисульфідного статусу хворих з хронічною ІО.

Метою нашого дослідження стало обґрунтування раціональної диференційованої лікувальної тактики у хворих з ІО за наявності біоенергетичних порушень в організмі хворих в цілому та у детрузорі сечового міхура.

Аналіз отриманих нами клініко-біологічних даних дозволяє зробити низку узагальнень. Так, у хворих з ІО спостерігається істотне порушення тіол-дисульфідної системи в тканинах сечового міхура та в організмі в цілому. Про це свідчить суттєве зниження вмісту тіолових груп білків у крові, а також, за даними поглиблених біохімічних досліджень, у сечі та у тканинах детрузора се-

чового міхура. У хворих виявлено зниження відновлювального потенціалу глутатіонової системи на тлі пригнічення активності ферментів, що забезпечують окиснювано-відновні перетворення глутатіону і регенерацію окиснених тіолових груп білків (глутатіон-редуктаза, глутатіон-S-трансфераза). Виявлені нами порушення тіол-дисульфідної системи грають важливу роль у реалізації біоенергетичних процесів і транспортних мембраних реакцій. Зазначене слід розглядати як важливу патогенетичну ланку пригнічення функціональної спроможності детрузора сечового міхура.

Установлені біохімічні порушення тіолової системи значною мірою корелюють з патохімічними показниками (рівень загального білка в сечі хворих із ІО).

Використання нами в комплексному хірургічному лікуванні метаболізм-коригувального препарату Кудесан Q₁₀ дозволило значною мірою знизити рівень порушень тіол-дисульфідного обміну та підвищити відновлювальний потенціал глутатіонової системи в організмі хворих з інфравезикальною обструкцією. Одночасно встановлено, що у хворих досліджуваної групи за умов проведення метаболічної корекції перебіг післяопераційного періоду був більш сприятливим, а відновлення функціональної спроможності детрузора сечового міхура та усунення проявів синдрому нижніх сечових шляхів відбувалося у більш ранні строки спостереження.