

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Белгородский государственный национальный
исследовательский университет»

БЕРЕМЕННОСТЬ И УРОЛОГИ – ВОПРОСЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Тезисы
Межрегиональной научно-практической конференции



Белгород 2024

УДК 618.2:616.6
ББК 57.161.1+57.157.9
Б 48

Под редакцией Шкодкина Сергея Валентиновича
– доктора медицинских наук, члена правления Российского общества урологов,
председателя Белгородского регионального общества урологов, профессора кафедры
госпитальной хирургии Медицинского института НИУ «БелГУ»

Б 48 Беременность и урологи – вопросы междисциплинарного взаимодействия: тезисы Межрегиональной научно-практической конференции / под ред. Шкодкина С.В. – Белгород: ИД «БелГУ» НИУ «БелГУ», 2024. – 36 с.

ISBN 978-5-9571-3687-3

Издание содержит изложение тем, посвященных вопросам урологических осложнений у беременных. Рассмотрены вопросы патогенеза, диагностики и лечения андрологических проблем фертильности, инфекции мочевых путей, травм органов мочевой системы и онкоурологической патологии при беременности. Данные проблемы находятся в фокусе профессиональных интересов урологов, акушеров-гинекологов, нефрологов, клинических фармакологов, врачей общей практики и терапевтов, что несомненно полезно студентам лечебного и педиатрического факультетов. Совместный диалог и оптимизация междисциплинарного взаимодействия позволит повысить качество оказания медицинской помощи беременным с урологической патологией.

УДК 618.2:616.6
ББК 57.161.1+57.157.9

ISBN 978-5-9571-3687-3

© НИУ «БелГУ», 2024

Организаторы:



Российское общество урологов



Министерство здравоохранения Белгородской области



ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»



ФГАОУ ВО Белгородский государственный национальный исследовательский университет Министерства науки и высшего образования Российской Федерации



ФГАОУ ВО Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



Белгородское региональное общество урологов

Дорогие друзья!

Урологические проблемы, включая инфекцию мочевых путей, занимают лидирующее положение среди экстрагенитальной патологии при беременности и находится в фокусе профессиональных интересов урологов, акушеров-гинекологов, нефрологов, клинических фармакологов, врачей общей практики и терапевтов. На сегодняшний день не вызывает сомнения факт изменения физиологии как верхних, так и нижних мочевых путей при беременности, однако отсутствует единая трактовка данных состояний, что проявляется в диаметрально противоположных подходах к лечению.

В клинических рекомендациях имеются разногласия по вопросам классификации инфекции мочевых путей. Вероятно, это является причиной ее гипердиагностики у беременных, что подтверждается ростом статистической частоты гестационного пиелонефрита. Данная ситуация служит поводом для проведения неоправданной этиотропной терапии. С другой стороны, диагноз хронического пиелонефрита может стать причиной недооценки тяжести состояния пациентки и увеличить риски неблагоприятного исхода заболевания. Тактика ведения беременных с бессимптомной бактериурией основана на исследованиях середины прошлого века и требует пересмотра с учетом нынешних реалий.

Нарушения микции, состояние тазового дна во время беременности и в послеродовом периоде плохо изучены и наиболее часто ассоциируются с инфекцией мочевых путей, что ведет к проблемам, описанным выше. Не теряют актуальности вопросы диагностики и вариантов коррекции акушерской травмы мочевых путей при оперативном и естественном родоразрешении.

Все вышеперечисленное показывает важность междисциплинарного обсуждения данных вопросов, выработки алгоритмов диагностики и лечения урологической патологии в период гестации и схем маршрутизации беременных. Основной задачей данной конференции является не только получение современных знаний по урологической патологии у беременных, но и построение междисциплинарных взаимодействий между всеми участвующими в лечении. Именно поэтому в регламенте докладов $\frac{1}{3}$ времени отведена на вопросы и дискуссию. Надеюсь, это позволит в большей степени обогатить наши знания и выработать единые взгляды и подходы.

До встречи на конференции!

*С наилучшими пожеланиями,
Сергей Шкодкин.*

СОДЕРЖАНИЕ

	стр.
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА НА ВНЕДРЕНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН М.С. Лось, К.Ю. Белова	7
МАСШТАБНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПО АНАЛИЗУ ПОИСКОВЫХ ЗАПРОСОВ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ М.С. Лось, К.Ю. Белова	8
ОЦЕНКА ЗНАНИЙ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, ПОЛУЧЕННЫХ НА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ М.С. Лось, К.Ю. Белова, К.С. Михайлюта	10
МЕСТО ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Нечипоренко В.Ю. , Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф. , Гоговор К.П.	12
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Нечипоренко В.Ю. , Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф. , Гоговор К.П.	14
БЕРЕМЕННОСТЬ И УРОЛИТИАЗ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ Р.А. Перов, П.Ю. Низин, С.В. Котов	16
ОБСТРУКТИВНАЯ УРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ Р.А. Перов, П.Ю. Низин, С.В. Котов	18
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АКТИВНОГО И ОТСРОЧЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ Р.А. Перов, А.А. Неменов, П.Ю. Низин, С.В. Котов	20
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ Р.А. Перов, А.А. Неменов, П.Ю. Низин, С.В. Котов	22
АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РЕГИОНЕ КАК ПРЕДИКТОР УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ Полищук А.В.	23
ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗЖА МОЧИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН БЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ Полищук А.В.	25

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ А.В. Рахмонов	26
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ Т.Б. Рахмонов	27
ПОСТКТЕТРИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ Чирков С.В., Шкодкин К.С., Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф., Гоговор К.П.	28
ОДНОМОМЕНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ С.А. Чопанов, Х.А. Мухамедов, Т.Б. Рахмонов	30
ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ С.А. Чопанов, М.С. Сивашинский	31
СКРИНИНГ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ Шкодкин К.С., Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф., Гоговор К.П.	33

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО СЕМЕЙНОГО АНАМНЕЗА НА ВНЕДРЕНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ В ПОВСЕДНЕВНУЮ ЖИЗНЬ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

М.С. Лось^{1,2}, К.Ю. Белова¹

¹ Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия.

² ООО Медицинский центр «Гусарское здоровье», г. Ярославль, Россия.

Введение. К ранним проявлениям дисфункции мышц тазового дна (ДМТД) относятся зияние половой щели, выход воздуха из влагалища при половом акте или физической нагрузке, подкапывание мочи. Недостаточность интимных мышц приводит к изменению флоры влагалища, рецидивирующим воспалительным реакциям, осложнениям беременности и родов (Ремнёва О.В. и др., 2022). По мере прогрессирования заболевания появляются и усугубляются функциональные нарушения, возрастает социальная значимость проблемы и усиливаются психологические расстройства. Присоединяются симптомы пролапса тазовых органов (ПТО) со стороны желудочно-кишечного тракта, влагалища, нарушения мочеиспускания, сексуальной функции. ДМТД, ассоциированная с более глубокими стадиями заболевания, сопровождается дисфункцией тазовых органов в 48–77 %, недержанием мочи – до 64 %, недержанием кала — до 28 %, сексуальными расстройствами — до 46 % (Дикке Г.Б., 2017). Тренировка мышц тазового дна (МТД) позволяет успешно нивелировать ранние симптомы ПТО, профилировать прогрессию заболевания. Заблаговременные активные физические мероприятия могут позволить избежать оперативного лечения в будущем (Болдырева Ю.А. и др., 2022). Для обеспечения процесса профилактики и лечения проблем ДМТД необходима адекватная мотивация молодых женщин о существующей проблеме и необходимости начала ее решения на начальных этапах. Этой мотивацией может стать наличие симптоматики пролапса тазовых органов (ПТО) у близких родственников.

Ключевые слова: дисфункция мышц тазового дна; недержание мочи; качество жизни; профилактика; семейный анамнез.

Цель исследования: проанализировать отношение к активной профилактике ДМТД у молодых нерожавших женщин в зависимости от их семейного анамнеза.

Материал и методы: Было проведено одноцентровое сплошное одномоментное неконтролируемое исследование в период с апреля 2023 по апрель 2024 гг. Методом анкетирования были опрошены 447 нерожавшие студентки 3-4 курсов ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России на предмет их осведомленности о проблемах ДМТД. Средний возраст участниц составил $21,3 \pm 1,9$ года. Анкета включала 22 вопроса: возраст, гинекологический и семейный анамнез, информированность о методах профилактики и клинических проявлениях ДМТД. Результаты опроса проанализированы в

разрезе отношения к профилактике МТД в настоящий момент времени в зависимости от их семейного анамнеза.

Результаты. Из 447 опрошенных 47 (10,5%) ответили, что занимаются профилактикой ДМТД в настоящее время, 256 (57,3%) - не занимаются. Планируют начать заниматься профилактикой ДМТД в случае появления клинических проявлений 25 (5,6%) респонденток, начать тренировать МТД после родов планируют 7 (1,6%) девушек. Начать профилактику ДМТД в обозримом будущем планируют 32 (7,6%) опрошенных, «когда-нибудь потом» – 76 (17,0%) девушек. Ответ «меня это не касается» дали 4 девушки (0,9 %). 196 (43,8%) девушкам был неизвестен семейный анамнез. 16 (7,8%) из них занимаются в настоящее время, 73 (35,8%) - планируют начать заниматься потом, 107 (54,6%) – не занимаются и не планируют. Среди 174 (38,9 %) девушек, не имеющих знаний о семейном анамнезе 89 (51,1 %) не занимаются в настоящее время, 17 (9,8%) тренируют мышцы тазового дна, а 68 (39,1%) планируют заниматься в разные сроки. Среди 30 (6,7%), отметивших наличие недержания мочи у мамы 6 (20,0%) практикуют тренировки мышц тазового дна в настоящее время. 15 (50,0%) респонденток имеют планы начать заниматься практиковать. 9 (30,0%) – не занимаются в настоящее время и не планируют. Наличие положительного семейного анамнеза у других близких родственников в отношении недержания мочи известно 47 (10,5%) участницам анкетирования. Из них 8 (16,7%) занимаются в настоящее время, 19 (40,4%) – имеют планы, а не занимаются мышцами тазового дна и не планируют – 20 (42,6%) девушек. Таким образом, положительный семейный анамнез выявляется у 77 (17,2%) респонденток. 14 (18,2%) практикуют в настоящее время, 34 (44,2%) имеют планы начать в различные сроки, 29 (37,7%) – не занимаются и не планируют.

Вывод. Результаты анкетирования показали, что наличие семейного анамнеза не является действенным мотиватором нерожавших девушек к началу тренировок мышц тазового дна с профилактической целью.

МАСШТАБНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН ПО АНАЛИЗУ ПОИСКОВЫХ ЗАПРОСОВ В СЕТИ ИНТЕРНЕТ

М.С. Лось^{1,2}, К.Ю. Белова¹

¹ Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия.

² ООО Медицинский центр «Гусарское здоровье», г. Ярославль, Россия.

Введение. Проплапс тазовых органов (ПТО) на сегодняшний день является одной из самых актуальных проблем современной гинекологии. Распространённость ПТО варьируется от 2 до 77% среди женского населения и не имеет тенденции к снижению (Токтар Л.Р., 2017). Точную распространённость ПТО установить трудно. Как правило, на начальных

стадиях пролапс не вызывает беспокойства у женщин. На прием к врачу пациентки обычно приходят при наличии серьезных проявлений, существенно нарушающих качество жизни (Дубинская Е.Д. и др. 2015). Фактором, который может быть причиной несвоевременного визита к специалисту и провоцирующим самостоятельный поиск путей решения самими женщинами, является интимный характер проблемы, вызывающей у многих стеснение. Поэтому на данном этапе женщины нередко прибегают к самостоятельному поиску информации, в первую очередь в сети Интернет.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов; недержание мочи; распространенность; информация; интернет.

Цель исследования: оценить частоту поиска информации по запросу «недержание мочи», на территории РФ по данным всемирной программы wordstat yandex (<https://wordstat.yandex.ru>).

Материалы и методы: было проведено сплошное одномоментное исследование по данным количества показов по соответствующим тегам, характеризующим симптомы ПТО, за период 01.12.2023-31.12.2023 по данным wordstat yandex на территории РФ.

Результаты: всего по тегу «недержание мочи» за указанный было 141 909 запросов, из них 20 236 касались мужчин, а 3361 – детей. Таким образом по данному тегу было проанализировано 118 312 запросов. Среди них 75 207 женщин (63,6%) указали свой возраст: 30-39 лет – 477 (0,6%), 40-49 лет – 10345 (13,8%), 50-59 лет – 21 403 (28,5%), 60-69 лет – 41 388 (55,0%), 70-79 лет – 1 340 (1,8%), более 80 лет – 254 (0,3%). Существенный рост интереса к получению знаний по данной проблеме начинается с возраста 40 лет. В то же время небольшое число интересующихся данной проблемой среди молодых женщин может говорить как о реальном отсутствии признаков патологии, так и о ее субклиническом течении и низкой информированности о возможностях лечения и профилактики. Причиной снижения запросов после 70 лет может быть снижение общей численности женского населения к этому возрасту, более небрежном отношении к себе, наличии развернутой картины заболевания, в связи с чем женщины уже регулярно наблюдаются у врача, а также о неумении пользоваться поиском информации в сети Интернет. Запросом «недержание мочи у пожилых» интересовались еще дополнительно 8 479 человек (7,2% от общего числа интересующихся). По данным Росстата, на 1 января 2023 года число лиц от 30 до 60 лет в России составляло 62 787 626 человек, средняя доля женщин среди них 53,4% (33 528 592 человека). Число в возрасте 60-80 лет составило 31 822 615 человек, женщин среди них 20 557 409 (64,6%). С учетом того, что указанные запросы являются первичными, был произведен ориентировочный расчет частоты поиска по тегу «недержание мочи» на женщин соответствующих возрастных групп. При этом, с учетом большого числа лиц, не указавших свой возраст при поиске информации, оставшиеся женщины были нами отнесены к соответствующим возрастным группам в тех же долях. Из расчета, что поиск решения проблемы недержания мочи в интернете осуществляют 47 080 женщин от 30 до 59 лет, то это составляет примерно 0,14% трудоспособных

женщин этого возраста в месяц и около 1,69 % перерасчете на год при сохранении тех же показателей частоты поиска. Доля женщин пожилого возраста (60 лет и старше) в общей численности населения уменьшается, но частота ежемесячных запросов «недержание мочи» увеличивается до 70 875 и составляет 0,34% от женского населения данного возраста в месяц (в перерасчете на год – 4,14%). Чтобы оценить масштаб проблемы, мы сравнили количество тегов по данному симптому с частотой запросов по другим значимым женским заболеваниям за указанный период. Запрос «рак шейки матки» был сделан в этот же период 76 343 раза, что составило 64,5% от частоты запроса «недержание мочи»; «бесплодие» – 104 296 (88,2%) раз, «рак молочной железы» – 145 237 (122,8%) раз, «миома матки» – 218 308 (184,5%), «киста яичника» – 266 785 (225,5%). Таким образом, запрос «недержание мочи» занимает 4-е место и лишь на 23% ниже, чем интерес к теме «рак молочной железы», опережая на 12% запрос «бесплодие» и на 35% – «рак шейки матки».

Вывод: Выявленная высокая частота поиска в сети Интернет информации по запросу «недержание мочи», не уступающая интересу ко многим другим значимым женским заболеваниям, может свидетельствовать как о высокой распространенности данной проблемы, начиная с возраста около 40 лет, так и о значимом недостатке информированности по данному вопросу, заставляющей женщин прибегать к активному поиску ответов на данный запрос.

ОЦЕНКА ЗНАНИЙ НЕРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН О ВОЗМОЖНОСТЯХ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА, ПОЛУЧЕННЫХ НА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ.

М.С. Лось^{1,2}, К.Ю. Белова¹, К.С. Михайлюта¹

¹ Кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль, Россия.

² ООО Медицинский центр «Гусарское здоровье», г. Ярославль, Россия.

Введение. Проблема дисфункции мышц тазового дна (ДМТД) многофакторна и полиэтиологична (Ремнёва О.В. и др. 2022). Наиболее важным провокатором ее развития являются беременность и вагинальные роды (Суханов А.А. и др. 2018). Чем раньше диагностирован пролапс тазовых органов, тем лучше он поддается лечению. Так, в качестве первой линии терапии пролапса I–II стадии по классификации POP-Q рекомендуются консервативные методики – упражнения Кегеля, различные физические методы, в том числе с биологически обратной связью (Siff L.N. et al). Исследования показывают, что профилактические мероприятия, проводимые в дородовый и ранний послеродовый период, дают хорошие результаты в отношении силы мышц тазового дна, симптоматических

проявлений и качества жизни женщин (Болдырева Ю.А. и др. 2022). Для осознанного подхода женщины к профилактике данной патологии, необходима достаточная ее информированность о проблеме, методах ее лечения и профилактики, а также о возможных негативных последствиях при несвоевременном обращении за медицинской помощью.

Ключевые слова: дисфункция мышц тазового дна; недержание мочи; консервативная терапия; профилактика, гинеколог.

Цель исследования. Проанализировать знания нерожавших женщин о возможностях профилактики и лечения дисфункции мышц тазового дна, полученных на гинекологическом приеме.

Материал и методы. Было проведено одноцентровое сплошное одномоментное неконтролируемое исследование в период с апреля 2023 по апрель 2024 гг. Методом анкетирования были опрошены 447 нерожавшие студентки 3-4 курсов ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России на предмет их осведомленности о проблемах ДМТД. Средний возраст участниц составил $21,3 \pm 1,9$ года. Анкета включала 22 вопроса: возраст, гинекологический и семейный анамнез, информированность о методах профилактики и клинических проявлениях ДМТД. Результаты опроса проанализированы в разрезе наличия комплексных знаний молодых нерожавших женщин о возможностях профилактики и лечения данной патологии при получении информации от гинеколога.

Результаты исследования. Из 447 опрошенных 102 (22,8%) девушки считают, что посещать гинеколога нужно только при наличии каких-либо жалоб, 12 (2,7%) - что они здоровы и по этой причине им не требуется посещать специалиста. 36 (8,1%) опрошенных указали на то, что они забывают регулярно посещать врача. Остальные 297 (66,4%) респонденток посещают гинеколога не менее раза в год по различным причинам. При этом 183 (40,9%) девушки посещали гинеколога в ближайшие 3 месяца, 117 (26,2%) – полгода назад, 52 (11,6%) – менее года назад, 81 (18%) - более года назад, остальные 14 (3,1%) не смогли вспомнить дату своего последнего визита к специалисту. Таким образом, общая посещаемость гинеколога в течение года среди опрошенных составила 352 (78,7%) человек. 213 (47,7%) девушек указали, что они гинекологически здоровы, а 2 (0,4%) - никогда не были у гинеколога. Из 447 опрошенных только 11 (2,5%) информированы о проблеме ДМТД благодаря беседе с гинекологом. 6 (54,5%) из этих девушек отметили, что половой жизнью никогда не жили. 5 (45,5%) не имеют проблем со здоровьем, обусловленных гинекологическими заболеваниями. У 1 (9,1%) девушки выявлен аденомиоз, у 2 (18,2%) – поликистоз яичников, у 3 (27,3%) – нарушения менструального цикла в виде болезненных и обильных выделений, отсутствия регулярности. 5 (45,5%) девушек отметили, что посещают гинеколога с регулярностью раз в год, 2 (18,2%) – каждые полгода, 2 (18,2%) – обращаются к данному специалисту только при наличии необходимости, 1 (9,1%) – забывает регулярно посещать гинеколога. 5 (45,5%) девушек сообщили, что их последний визит к гинекологу был в течение последних трех месяцев, 4 (36,4%) – в течение последних 6 месяцев,

2 (18,2%) – менее года назад. 10 (90,9%) из 11 информированных гинекологами о проблеме ДМТД девушек – знакомы с понятием «дисфункция мышц тазового дна», 9 (81,8%) знают о начальных проявлениях этой проблемы, 7 (63,6%) обозначили, что знакомы с методами ее профилактики. 8 (72,7%) респонденток указали, что знают о возможности пролапса тазовых органов после родов, 10 (90,9%), что после родов может развиваться недержание мочи. Только 4 (36,4%) девушки отождествляют консервные методы лечения ДМТД с методами профилактики этой проблемы. 8 (72,7%) опрошенных знают о существовании упражнений Кегеля и 10 (90,9%) – о наличии тренажеров Кегеля для решения проблем с мышцами тазового дна. Только 1 (9,1%) девушка занимается профилактикой развития ДМТД в настоящее время. Остальные 90,9% планируют этим заняться когда-нибудь потом, возможно в обозримом будущем или после родов.

Выводы. Исследование показало, что посещение гинеколога не является распространенным источником получения знаний, направленных на профилактику развития ДМТД в отношении контингента нерожавших женщин, так как только 2,5 % опрошенных получили информацию на приеме у данного специалиста. Эта группа оказалась малочисленна для переноса полученных внутри нее данных на генеральную совокупность. Они только ориентируют на то, что даже достаточно полная информированность девушек не дает достаточного понимания того, что профилактическая работа и консервативная терапия ДМТД – это звенья одной и той же цепи, так как только меньшая половина (36,6%) девушек осознает данную связь. Кроме того, более низкие 63,6% показатели, характеризующие знание профилактических методов, могут говорить об отсутствии интереса к процессу предотвращения появления нарушений.

МЕСТО ФИТОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нечипоренко В.Ю., Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф., Гоговор К.П.
Россия, Белгород НИУ БелГУ

Введение. Симптомы нарушенного мочеиспускания (СНМ) обусловленных ДГПЖ являются серьезной полиэтиологичной проблемой применительно к мужской популяции. Побочные эффекты медикаментозных агентов, используемых для лечения СНМ, в достаточной степени снижают комплаентность терапии. По данным литературы частота отказа от предложенного лечения в течение года варьирует от 20 до 80%. В этой связи в последнее время становится актуальным поиск новых подходов в

медикаментозном лечении. Фитотерапия является одним из наиболее перспективных направлений.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия простаты, дизурия, фитотерапия.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили сведения отечественных и зарубежных публикаций в поисковых системах PubMed, EMBASE, Cochrane Library, Medline, Web of Science и данные доступных печатных медицинских изданий с глубиной поиска 15 лет (2009–2024). Поиск проводили по следующим ключевым словам: «доброкачественная гиперплазия предстательной железы», «фитотерапия», «benign prostatic hyperplasia.», «phytotherapy»

Результаты. В ряде исследований доказано, что куркумин подавляет пролиферацию клеток и усиливает апоптоз. Рандомизированные, плацебо контролируемые исследования показали, что прием семян льна оказывает терапевтическое воздействие при гиперплазии предстательной железы у пожилых. Экспериментальные исследования показали, что потребление семян льна предупреждает развитие гиперплазии простаты, под воздействием тестостерона пропионата. Рандомизированные, плацебо контролируемые клинические исследования показали, что семена мотыльника (*Peganum harmala* L.) уменьшают частоту никтурии у больных доброкачественной гиперплазией простаты. Масло тыквенных семечек (*Cucurbita pepo* L.) полезно при лечении гиперплазии предстательной железы. Эти свойства подтверждены рандомизированными клиническими исследованиями. Клинические исследования этого масла (по 1 чайной ложке 2 раза в день) показали, что оно эффективно при лечении аденомы предстательной железы, хронических простатитов и для профилактики рака простаты. Исходя из ряда исследований, генистеин вызывает апоптоз и другие цитотоксические процессы, дозозависимо снижая рост как ДГПЖ, так и клеток аденокарциномы предстательной железы. Исследования *in vitro* показали, что генистеин подавляет пролиферацию андрогензависимой и гормонально резистентной культуры клеток предстательной железы человека. Экспериментальные исследования показали, что экстракт пыльцы фиников (*Phoenix dactylifera* L.) оказывает терапевтическое воздействие при атипичной гиперплазии простаты. Препараты крапивы (*Urtica dioica* L.) достоверно уменьшают размеры предстательной железы при ее гиперплазии. Эти свойства связывают с эргостеринами, обнаруженными в траве крапивы. Рандомизированные, клинические, контролируемые исследования показали, что 4-месячный прием экстракта содержащего лигнана секоизоларициресинола диглюкозида (*Linum usitatissimum* L.) достоверно уменьшает размеры предстательной железы, у лиц с доброкачественной гиперплазией. Исходя из ряда исследований, эпигалокатехин-3-галлат подавляет пролиферацию клеток и индуцирует апоптоз в раковых клетках, воздействуя на процессы ангиогенеза.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно утверждать, что благотворное влияние растительных препаратов служит основанием для их

дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику. Для получения доказательной базы высокого уровня, в том числе и в отношении профиля безопасности растительных компонентов, целесообразно проведение плацебоконтролируемых исследований.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нечипоренко В.Ю. , Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф. , Гоговор К.П.
Россия, Белгород, НИУ БелГУ

Введение. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы прогрессирует с возрастом и с шестой декады жизни выявляется в процентном соотношении прямо пропорционально возрасту пациентов, принимая характер социально значимого заболевания. Пациенты требуют динамического наблюдения, проведения постоянного медикаментозного лечения в связи с симптомами нарушенного мочеиспускания, хирургического лечения - при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии, повышая нагрузку на учреждения общей лечебной сети.

Ключевые слова: гиперплазия предстательной железы, медико-экономическое обоснование, оперативное лечение гиперплазии предстательной железы.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили сведения отечественных и зарубежных публикаций в поисковых системах PubMed, EMBASE, Cochrane Library, Medline, Web of Science и данные доступных печатных медицинских изданий с глубиной поиска 15 лет (2009–2024). Поиск проводили по следующим ключевым словам: «экономическая эффективность лечения», «медико-экономическое обоснование», «гиперплазия предстательной железы», «симптомы нижних мочевыводящих путей», «оперативное лечение гиперплазии предстательной железы», «малоинвазивное лечение гиперплазии простаты».

Результаты. Изучение медико-экономических аспектов консервативного лечения больных ДГПЖ показало, что вопреки клиническим рекомендациям на практике в 60–90% случаев проводится только симптоматическая коррекция в монорежиме (α 1-адреноблокаторами). Проведенный поиск показал, что исследований на данную тему немного и все они свидетельствуют об экономической целесообразности комбинированной терапии СНМП (сочетание симптоматической и патогенетической), позволяя уменьшить число амбулаторных консультаций, осложнений и операций. В ряде исследований выявлены экономические преимущества комбинированной медикаментозной терапии ДГПЖ по сравнению с

оперативным пособием. R. Morlock et al. отметили уменьшение затрат на лечение больного ДГПЖ при раннем начале комбинированной терапии за счет профилактики осложнений и снижения потребности в хирургическом лечении. Медикаментозная терапия в ряде случаев СНМП/ДГПЖ может оказаться неэффективной, поэтому в качестве альтернативы предлагается хирургическое лечение. Сведения об экономических затратах в литературе довольно разноречивы. В то же время большинство изученных работ свидетельствует о более высокой экономической эффективности, полученной в результате внедрения прогрессивных оперативных методов. Большинство незапланированных расходов, связанных с оперативным лечением СНМП/ДГПЖ, обусловлено затратами на лечение осложнений, финансовым обеспечением повторных операций и госпитализаций.

Выводы. Проведенный медико-экономический анализ различных вариантов лечения пациентов с СНМП/ ДГПЖ показал, что в современной урологической практике выбор метода лечения не имеет четкой связи с экономической составляющей. Вместе с тем новые методы хирургической и фармакологической коррекции СНМП/ДГПЖ в сочетании с научно-обоснованным патогенетическим подходом являются важным достижением современного этапа развития урологической помощи. Стремительное развитие методов клинической медицины, внедрение инновационных подходов в совокупности с мировой тенденцией увеличения доли пожилого населения требуют оптимизации видов и объемов, а также совершенствования организации специализированной медицинской помощи пациентам данного профиля. С учетом ограниченности ресурсов бюджетной медицины выбор варианта коррекции СНМП/ДГПЖ на сегодняшний день должен быть обоснован не только с позиции доказательной медицины. Целесообразно учитывать экономические интересы медицинских организаций и предпочтения самих пациентов.

БЕРЕМЕННОСТЬ И УРОЛИТИАЗ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Р.А. Перов^{1,4}, П.Ю. Низин¹, С.В. Котов^{1,2,3}

¹Россия, Москва РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра урологии и андрологии

²Россия, Москва Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³Россия, Москва ГБУЗ Московский Многопрофильный Клинический Центр Коммунарка ДЗМ

⁴Россия, Москва Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ города Москвы

Введение. Мочекаменная болезнь (МКБ) может осложнять нормальное течение беременности в 30 – 40% случаев. В связи с этим существует проблема лечение МКБ в течение гестации.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, беременность, уролитиаз, оперативное лечение.

Цель исследования. Анализ работ, посвященных эпидемиологии, патофизиологии, диагностике и лечению беременных с МКБ.

Материалы и методы. Для настоящего обзора, посвященному распространенности, патофизиологии и лечению МКБ у беременных, были отобраны исследования в базах данных Scopus, Web of Science и PubMed с использованием ключевых слов: МКБ, беременность, лечение МКБ.

Результаты. Уролитиаз встречается у 1 беременной на 244 наблюдения, при этом симптоматическая МКБ осложняет течение одной нормально протекающей беременности на 200-1500 наблюдений. Анатомические и физиологические изменения, которые сопровождают нормально протекающую беременность, связаны с повышенным риском литогенеза. Увеличение размеров матки и рост уровня прогестерона могут вызывать нарушение уродинамики по верхним мочевыводящим путям, создавая оптимальные условия для образования камней. Во время беременности происходит повышение рН мочи и повышение экскреции кальция с мочой. В щелочной среде это может приводить к выпадению в осадок фосфата кальция. У беременных повышается экскреция не только литогенных факторов, но и ингибиторов камнеобразования. Для диагностики МКБ у беременных используются различные методы, включая ультразвуковое исследование (УЗИ), низкодозную компьютерную томографию (в зависимости от срока гестации) и магнитно-резонансную томографию. УЗИ является наиболее распространенным методом диагностики, однако его чувствительность и специфичность могут быть различными в зависимости от оператора и других факторов, включая локализацию конкремента. Лечение МКБ у беременных может включать консервативную тактику, установку внутреннего мочеточникового стента или оперативное лечение (уретероскопия). Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и риски. Консервативное лечение включает адекватное обезболивание и спазмолитическую терапию, которые могут потенцировать спонтанное отхождение камня. Установка внутреннего мочеточникового стента может

быть необходима для разрешения обструкции верхних мочевыводящих путей, но требует регулярной замены дренажа для избегания риска инкрустации последнего. Тактика серийного дренирования в период гестации связана с риском инфекции и стент-ассоциированных симптомов, значительно снижающих качество жизни пациенток. Оперативное лечение во время беременности может быть эффективным методом удаления камней. Связанные с уретероскопией риски и осложнения по частоте встречаемости сопоставимы с таковыми при выполнении операции в послеродовом периоде.

Выводы. Частота уролитиаза в период беременности сопоставима с общей популяцией. Лечение МКБ у беременных требует индивидуального подхода. Стентирование мочеточника с последующим оперативным лечением в послеродовом периоде является наиболее распространенной тактикой, однако, этот вариант лечения сопряжен с рисками стент-индуцированных осложнений и значительным снижением качества жизни пациенток. Уретероскопия становится более предпочтительным методом лечения МКБ у беременных. Эффективность и безопасность метода в период гестации и послеродовом периоде сопоставимы.

ОБСТРУКТИВНАЯ УРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Р.А. Перов^{1,4}, П.Ю. Низин¹, С.В. Котов^{1,2,3}

¹Россия, Москва РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра урологии и андрологии

²Россия, Москва Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³Россия, Москва ГБУЗ Московский Многопрофильный Клинический Центр Коммунарка ДЗМ

⁴Россия, Москва Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ города Москвы

Введение. Развитие почечной колики у беременных является одной из самых частых причин обращения в стационар. Учитывая фармакологические и диагностические ограничения в течение гестации, проблема симптоматического расширения чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) почек у беременных, а также выбор тактики лечения остается сложной клинической задачей.

Ключевые слова: обструктивная уропатия беременных, гестационный уретерогидронефроз, беременность.

Цель. Анализ работ, посвященных эпидемиологии, патофизиологии, диагностике и лечению беременных с обструктивной уропатией (ОУП).

Материалы и методы. Для настоящего обзора, посвященного распространенности, патофизиологии и лечению ОУП у беременных, были отобраны исследования в базах данных Scopus, Web of Science и PubMed с использованием ключевых слов: обструктивная уропатия беременных, гестационный уретерогидронефроз, лечение симптоматического гестационного уретерогидронефроза.

Результаты. Почечная колика в период гестации патофизиологически может быть обусловлена несколькими причинами: отек ренальной паренхимы, компрессия мочеточника за счет увеличенной матки, обструкция верхних мочевыводящих путей (ВМП) камнем. Бессимптомная ретенция ЧЛС, встречающаяся у 90% беременных в III триместре, связана с комплексом изменений, протекающих в норме в организме женщины в период гестации, и является физиологической. Наличие жалоб на боль в поясничной области или клиническая картина гестационного пиелонефрита при идентифицированном расширении ЧЛС можно трактовать как симптоматическую ОУП беременных. ОУП может оказывать влияние на течение беременности и родов. Лихорадка вместе с расширением ЧЛС в течение гестации связана прямым образом с угрозой преждевременных родов или прерыванием беременности. Эта взаимосвязь объясняется повышенной сократимостью миометрия на фоне гипертермии. Частота этого осложнения достигает 10%. Также у 30% пациенток на фоне гестационного пиелонефрита и расширения ЧЛС отмечается развитие гемолитической анемии. Для диагностики этиопатогенетической причины ОУП у беременных традиционно используется ультразвуковое

исследование, которое может дополняться трансвагинальным доступом, доплерографией и оценкой индекса резистентности. При клинической необходимости в течение гестации может выполняться магнитно-резонансная томография или низкодозная компьютерная томография (в зависимости от срока беременности). Пациентки с ОУП при неэффективности консервативной терапии в большинстве случаев подвергаются дренированию ВМП – установке внутреннего мочеточникового стента. Отсутствие четких показаний к дренированию ВМП у беременных с ОУП заставляет врачей-урологов решать этот вопрос исходя из собственного опыта. Чаще всего прибегают к выбору длительного дренирования с серийной заменой дренажа в течение гестации до родоразрешения, что приводит к регулярным госпитализациям пациенток. Такой подход значительно снижает качество жизни беременных и негативно влияет на течение гестации. Кроме того, серийное дренирование ВМП повышает риск нозокомиального инфицирования и формирования антибиотикорезистентности. Стент-ассоциированные симптомы встречаются примерно у 55% пациенток, а около 27% беременных при длительном дренировании требует оперативного родоразрешения по акушерским показаниям. Не смотря на принятые алгоритмы ведения беременных с ОУП, при анализе данных литературы можно сделать выводы, что у подавляющего числа пациенток нет необходимости в длительном дренировании ВМП. Необходимость серийного дренирования выявляется у 10-15% пациенток с гестационным пиелонефритом и ретенцией ЧЛС, а у беременных с ОУП без признаков системной воспалительной реакции необходимость длительного дренирования лишь у 6-10%. Если говорить о мочекаменной болезни (МКБ), как причине ОУП, то подход длительного дренирования с оперативным лечением в послеродовом периоде в современной урологической практике сомнителен. Анализ данных литературы доказывает, что МКБ осложняет нормальное течение беременности, а раннее выявление и лечение МКБ в период гестации оправдано.

Выводы. Таким образом, при анализе данных литературы становится очевидным, что не каждая беременная с ОУП должна быть подвергнута дренированию. Беременные после первичного стентирования ВМП в большинстве случаев не требуют пролонгированного дренирования на протяжении всей гестации. Беременные с диагностированной МКБ могут быть оперированы в период гестации, тем самым избегая необходимость рутинной замены дренажа.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АКТИВНОГО И ОТСРОЧЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Р.А. Перов^{1,4}, А.А. Неменов^{1,4}, П.Ю. Низин¹, С.В. Котов^{1,2,3}

¹Россия, Москва РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра урологии и андрологии

²Россия, Москва Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³Россия, Москва ГБУЗ Московский Многопрофильный Клинический Центр Коммунарка ДЗМ

⁴Россия, Москва Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ города Москвы

Введение. Одной из причин возникновения почечной колики во время беременности является мочекаменная болезнь (МКБ). На сегодняшний день при диагностированном конкременте почки или мочеточника в течение гестации общепринятой тактикой является проведение серийного дренирования верхних мочевыводящих путей при помощи внутреннего мочеточникового стента с последующим выполнением оперативного вмешательства после родоразрешения, что значительно снижает качество жизни беременных и родильниц, а также оказывает негативное влияние на течение беременности, родов и послеродового периода.

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, беременность, оперативное лечение, стент.

Цель исследования. Изучить эффективность и безопасность уретероскопических вмешательств в лечении МКБ у беременных в сравнении с тактикой серийного дренирования верхних мочевыводящих путей в период гестации.

Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 119 пациенток с подтвержденным диагнозом МКБ на сроке гестации до 27-ой недели включительно, находящихся на стационарном лечении в период с января 2018 г. по январь 2022 г. в ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. Исходя из подхода к лечению уrolитиаза, были сформированы 2 группы: I-ая – 60 (50,4 %) пациенток, которым выполнялась замена внутреннего мочеточникового стента каждые 4 – 6 недель до родоразрешения с последующим уретероскопическим вмешательством в послеродовом периоде; II-ая – 59 (49,6 %) пациенток, которым было выполнено оперативное лечение МКБ, направленное на удаление конкремента, в течение беременности. Возраст, индекс массы тела, количество беременностей во всех группах не различались.

Результаты. Частота полного удаления камня в группе I и II составила 96,7 и 96,6 % соответственно. Медиана суммы времени, затраченного на лечение МКБ в группе I и II составила 97 [54; 105] и 60 [45; 72] соответственно ($p = 0,002$). Миграция мочеточникового стента чаще наблюдалась в группе I ($p =$

0,05). Среди пациенток группы II, которым было выполнено уретероскопическое вмешательство, направленное на удаление камня, вероятность дислокации внутреннего мочеточникового стента была ниже в 4 раза. Инкрустация мочеточникового стента в группе I и II наблюдалась среди 17 (28,3 %) и 2 (3,4 %) пациенток соответственно ($p < 0,001$). Среди пациенток группы II, риск обызвествления стента был ниже в 11 раз. Средний койко-день в группе I (медиана времени (в сутках) проведенного в стационаре для замены дренажа и время оперативного лечения МКБ) и II составил 8 и 4 суток соответственно ($p < 0,05$). Беременные, которым в период гестации было выполнено удаление конкремента, в 3,5 раза реже подвергались выполнению кесарева сечения. Частота естественных (самопроизвольных) родов в группе I и II составила 40,7 и 59,3 % соответственно ($p = 0,002$).

Выводы. МКБ среди беременных – это сложное многофакторное заболевание, оказывающее влияние не только на здоровье матери, но и на состояние развивающегося плода. Оперативное лечение МКБ в 1 и 2 триместре беременности имеет сопоставимые результаты с лечением после родоразрешения, может безопасно применяться в период гестации, а также позволяет улучшить акушерские результаты и повысить качество жизни пациенток.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКТИВНОЙ УРОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ

Р.А. Перов^{1,4}, А.А. Неменов^{1,4}, П.Ю. Низин¹, С.В. Котов^{1,2,3}

¹Россия, Москва РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, кафедра урологии и андрологии

²Россия, Москва Первая Градская больница им. Н.И. Пирогова

³Россия, Москва ГБУЗ Московский Многопрофильный Клинический Центр Коммунарка ДЗМ

⁴Россия, Москва Городская клиническая больница имени С.С. Юдина ДЗМ города Москвы

Введение. Почечная колика у беременных является одной из самых частых, не связанных с акушерской патологией, причин обращения в стационар. Учитывая фармакологические и диагностические ограничения во время беременности, приоритет сохранения здоровья матери и плода, проблема расширения полостной системы почек в течение гестации является сложной клинической задачей для урологов и акушеров-гинекологов.

Ключевые слова: почечная колика, беременные, дренирование.

Цель исследования. Разработать алгоритм действий и выработать тактику ведения беременных при обструктивной уропатии в зависимости от причины ее возникновения.

Материалы и методы. В исследуемую группу были включены 537 пациенток с обструктивной уропатией со сроком гестации от 5 до 36 недель, находящихся на стационарном лечении в период с января 2018 г. по январь 2022 г. в ГБУЗ ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ. Были сформированы 3 группы: I-ая – 201 (37,4 %) пациентка с гестационным пиелонефритом и расширением полостной системы почек; II-ая – 216 (40,2 %) пациенток с почечной коликой, не связанной с мочекаменной болезнью (МКБ), без гестационного пиелонефрита; и III-я группа – 120 (22,4 %) беременных с диагнозом МКБ. Возраст, индекс массы тела и предшествующее количество беременностей во всех группах не различалось. Средний возраст пациенток в трех группах составил 26,1 лет, средний срок гестации – 20,8 недель. У 433 (80,6 %) пациенток наблюдался болевой синдром в поясничной области справа, у 83 (15,5 %) – слева, билатеральный характер процесса – у 21 (3,9 %) пациентки.

Результаты. В связи с неэффективностью проводимой консервативной терапии 129 (64,2 %) беременным группы I был установлен внутренний мочеточниковый стент. Краткосрочный метод дренирования (до 4-х недель) был эффективен у 90,1 % беременных, и только в 9,9 % была необходимость повторно установить стент с последующей плановой заменой дренажа каждые 4 недели до родоразрешения. Учитывая рецидивирующий или некупирующийся болевой синдром среди пациенток группы II, дренирование выполнялось 80 (37 %) беременным. Рутинная замена стента (каждые 4

недели) в группе II была необходима 2,3 % пациенток. В группе III расположение конкремента в мочеточнике было у 92 (76,7 %) пациенток, в ЧЛС – у 28 (23,3 %). Самостоятельное отхождение конкремента было отмечено у 8 (6,7 %) беременных, уретероскопические вмешательства без предварительного стентирования были выполнены 31 (25,8 %) беременной с камнем мочеточника. Остальным 81 (67,5 %) беременной первым этапом была выполнена установка внутреннего мочеточникового стента. При локализации камня в мочеточнике 32 (22,7 %) пациенткам выполнялась контактная лазерная уретеролитотрипсия и 21 (17,5 %) – уретеролитоэкстракция. При расположении камня в почке 28 (23,3 %) беременным была выполнена фиброкаликотрипсия. Достижение статуса «stone-free» наблюдалось в 92,8 %.

Выводы. Обструктивная уропатия беременных требует выявления причины возникновения и мультидисциплинарного подхода. Следует избегать длительного дренирования мочевыводящих путей и отдавать предпочтение краткосрочному дренированию. Оперативное лечение МКБ вне зависимости от сроков гестации является эффективным и безопасным методом.

АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА В РЕГИОНЕ КАК ПРЕДИКТОР УЛУЧШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

Полищук А.В.^{1,2}

¹ Россия, Белгород ОГБУЗ «Городская поликлиника г.Белгорода»

² Россия, Белгород НИУ БелГУ

Актуальность. Развитие и становление андрологической службы в регионе определяет государственную политику в целях повышения демографии РФ, которая реализуется в рамках национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение». В настоящее время организация специализированной медицинской помощи мужчинам в регионах страны не стандартизирована и поэтому отличается в разных регионах России. Анализ работы андрологической службы Белгородской области позволяет сформировать вектор развития.

Ключевые слова: андрология, андрологическая служба, мужское здоровье.

Цель. Оценить необходимость совершенствования андрологической службы в регионах на примере Белгородской области для достижения целевых показателей национальных проектов.

Материалы и методы. Анализ проводился по статистическим данным обращения в медицинские учреждения Белгородской области за 2020, 2021, 2022 года.

Результаты. Население Белгородской области на 2023г. 1 514 695 человек. На 1000 мужчин приходится 1159 женщин. Средний возраст мужчин- 39,25 лет; женщин 44,29 года. Специализированная помощь населению региона оказывается 93 урологами и 473 гинекологами, что составляет 1:5.

Количество женских консультаций г. Белгороде – 7, так же женские консультации есть практически в каждом районном центре. В настоящее время в области нет как андрологических центров, так и специализированных кабинетов мужского здоровья. Всего за 2022г. зарегистрировано 128685 обращений в медицинские организации области в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (мужчины и женщины), что меньше чем в 2021г.- 129351, и существенно меньше 2020г.- 139585. В 2022г. диагноз мужское бесплодие установлено 472 мужчинам, а женское бесплодие 1260 женщинам, что меньше чем в 2021г.: мужской фактор зарегистрирован у 586 пациентов, женский у 1342 женщин, и меньше данных за 2020г.: мужской фактор - 708 и женский соответственно - 1299. Однако снижение зарегистрированных установленных диагнозов бесплодия в мужской и женской популяции области объясняется не уменьшением заболеваемости по указанным нозологиям, а естественной убылью и миграционными процессами, а разница в гендерном соотношении, которая по литературным данным составляет 1:1, по видимому связана с недостаточной выявляемостью в мужской популяции. Так же, при анализе, стоит учитывать отклонения ввиду некорректного кодирования по МКБ-10 при обращении к специалистам. Всего в 2022 году зарегистрировано 15207 обращений мужчин региона по поводу заболеваний предстательной железы (исключены онкологические поражения простаты). И определенная доля случаев бесплодия может быть определена как вторичные проявления и не попала в статистические данные при постановке первичного диагноза патологии простаты. Не мало важным фактом в прогнозе и своевременном выявлении не только мужского фактора, но и соматического здоровья безусловно является диагностика гормональных и обменных процессов. Так в 2022г. дисфункция яичек выявлена у 14 мужчин области; в 2021г.-7; в 2020г.- 6, что явно не соответствует количеству мужчин с клиническими проявлениями гипогонадизма. При этом данная патология не выявлена ни в одном случае в 2020г., 2021г., 2022г. при диспансеризации и профилактических осмотрах.

Выводы. Несмотря на сформированный и реализуемый план национальных проектов по улучшению демографической ситуации в РФ стоит обратить внимание на другой вектор, а именно вектор своевременной диагностики и лечебных мероприятий по улучшению мужского здоровья. Полученные данные на примере конкретного региона обосновывают необходимость наличия специализированных андрологических центров, кабинетов мужского здоровья в первичном амбулаторном звене, а также расширения возможности современной диагностики патологии мужских половых органов при проведении профилактического осмотра и диспансеризации.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОБНОГО ПЕЙЗЖА МОЧИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН БЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Полищук А.В.^{1,2}

¹ Россия, Белгород ОГБУЗ «Городская поликлиника г.Белгорода»

² Россия, Белгород НИУ БелГУ

Введение. Несмотря на большое количество публикаций о регистрации бактериурии у беременных в России данных о региональных особенностях микробиоциноза мочи недостаточно. Знание территориального ариала позволит повысить качество этиотропной терапии.

Ключевые слова. Бессимптомная бактериурия, беременность, антибактериальные препараты.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинских карт беременных женщин, состоящих на амбулаторном наблюдении был проведен в городской поликлинике г. Белгорода. Проанализировано 104 карты родивших женщин за 2023 год. Проведен анализ микробной составляющей бакпосева мочи, а также общего анализа мочи, мочи по Нечипоренко, результатов УЗИ почек и мочевого пузыря. Бактериурия была зарегистрирована при двукратной сдаче мочи.

Результаты. Наличие бактериурии было выявлено у 38 (36%) беременных из 104. В анализах мочи превалировал *Staphylococcus agalactiae* – 42%, *E.coli* 37%, *Klebsiella pneumonia* 11%, *Enterococcus fecalis* 6%, *Pseudomonas spp.* 4%. При этом лейкоцитурия определялась у 12 у пациенток с бактериурией, что составило 31,5%. Однако только у 5 женщин установлен диагноз цистит и у 2 пациенток гестационный пиелонефрит. УЗИ мочевого пузыря проведено 32 (84%) пациенткам с выявленной бактериурией, УЗИ почек выполнено 27 (71%) беременным. При анализе бактериограмм зарегистрирована резистентность *Staphylococcus agalactiae* к следующим антибактериальным группам: фосфомицин – 1,4%, амоксициллин+ клавуланат – 12,1%, цефалоспорины 3 поколения -8,4%, нитрофураны - 4,3%, другие фармакологические группы – 7,1%. Резистентность *E.coli*: фосфомицин – 2,5%, амоксициллин+ клавуланат – 24,8%, цефалоспорины 3 поколения – 12,6%, нитрофураны - 7,9%, другие фармакологические группы – 6,6%. Резистентность *Klebsiella pneumonia*: фосфомицин – 1,8%, амоксициллин+ клавуланат – 19,3%, цефалоспорины 3 поколения – 9,2%, нитрофураны - 10,8%, другие фармакологические группы – 10,3%. Резистентность *Enterococcus fecalis*: фосфомицин – 1,6%, амоксициллин+ клавуланат – 24,6%, цефалоспорины 3 поколения – 19,5%, нитрофураны - 12,6%, другие фармакологические группы – 4,9%. Резистентность *Pseudomonas spp.*: фосфомицин – 3,9%, амоксициллин+ клавуланат – 22,3%, цефалоспорины 3 поколения – 16,5%, нитрофураны - 14,9%, другие фармакологические группы – 7,4%.

Выводы. Микробиоциноз мочи у беременных женщин Белгородской области схож с результатами представленных данными других регионов страны, однако наиболее часто причиной бактериурии является *Staphylococcus*

agalactiae сместив E.coli на второе место. Рост устойчивости к антибактериальным препаратам также изменил пейзаж этиотропной терапии. Полученные результаты показывают необходимость проведения дальнейшего анализа имеющихся результатов для формирования карты микробиоты мочи беременных женщин с целью улучшения качества лечения.

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А.В. Рахмонов

ФГАОУ ВО НИУ БелГУ, Белгород

Введение. По данным Международного общества инконтиненции (ICS) гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) обычно сопровождается учащенным мочеиспусканием, ноктурией, ургентным недержанием мочи или без него при отсутствии инфекции мочевыводящих путей или других патологии. По другому, ГАМП с симптомами ургентного недержания мочи и без него, называется сухим и влажным. В связи с увеличением встречаемости гиперактивного мочевого пузыря, проблема приобретает медико-социальный характер. Современное определение показывает, что ГАМП не приводит к тяжелым осложнениям или смертельному исходу. Однако наличие симптомов ГАМП оказывает негативное влияние на эмоционально-психологическое состояние пациенток, приводит к социальной изоляции и существенно сказывается на всех аспектах качества жизни. Симптомы, связанные с ГАМП во время беременности, обусловлены нормальными физиологическими изменениями и проходят после родов. Patel A.S. et al. (2006г) показали, что примерно 25% женщин сталкиваются с трудностями в переживании сексуального возбуждения, оргазма и удовольствия. Опрос, в котором приняли участие впервые рожавшие женщины на 36 неделе беременности показал, что симптомы ГАМП значительно влияют на качество их жизни в отношении повседневной деятельности, социальных взаимодействий, эмоционального состояния и чувства смущения.

Ключевые слова. Гиперактивный мочевой пузырь, беременность, дизурия.

Цель исследования. Изучение влияния распространенности и симптоматики ГАМП на течение беременности.

Материалы и методы. Работа основана на изучении, анализе научных публикации по данной тематике, размещенных в базе Pubmed, Medline, Elibrary, Scholar.google и других доступных источниках, официальных рекомендациях ведущих мировых урологических сообществ. В исследовании включены женщины, посетившие отделение амбулаторного акушерства больницы для дородового обследования. Критериями включения были

женщины старше 20 лет и на ранних сроках беременности, которые предоставили свое письменное информированное согласие перед участием.

Результаты исследования. Мы применили тайваньскую (то есть традиционную китайскую) версию опросника международной консультации по недержанию мочи, модуль гиперактивного мочевого пузыря (ICIQ-OAB). ICIQ-OAB представляет собой самостоятельный опросник, оценивающий следующие четыре симптома ГАМП: частоту, ноктурию, urgency и недержание мочи. Данный опросник состоял из шести пунктов, где первый и второй пункты касаются даты рождения и пола соответственно. Пункты 3a, 4a, 5a и 6a относятся к тяжести четырех симптомов по 5-балльной шкале Лайкерта (от 0 до 4 баллов), в то время как пункты 3b, 4b, 5b и 6b относятся к степени дистресса, вызванного симптомом, измерялись аналогичной шкалы (0-10 баллов), при этом более высокие баллы указывают на наличие более тревожных симптомов. Общая оценка по четырем подпунктам колеблется в пределах 0-16 баллов, при этом более высокий балл указывает на повышенную тяжесть симптомов. Urgency при мочеиспускании была определена как основной симптом ГАМП. ГАМП с симптомами недержания мочи и без него обозначался как сухой и влажный соответственно. Распространенность ГАМП на поздних сроках беременности была значительно выше, чем на ранних и средних сроках беременности. Также использовали тест Макнемара для анализа распространенности ГАМП в период до беременности и на ранних сроках беременности.

Выводы. Распространенность симптоматики «мокрого» ГАМП увеличивалась в течение беременности по сравнению с «сухим» ГАМП. Эти результаты могут информировать клиницистов (гинекологов, урологов, терапевтов) о том, как симптомы ГАМП изменяются во время беременности и влияют на беременных женщин.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПРОСНИКОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Т.Б. Рахронов

ФГАОУ ВО НИУ БелГУ, Белгород

Введение. Проблема частоты встречаемости гиперактивного мочевого пузыря в связи быстрым ростом все больше приобретает медико-социальный характер. Современное определение показывает, что ГАМП не приводит к тяжелым осложнениям или смертельному исходу. Однако наличие симптомов ГАМП оказывает негативное влияние на эмоционально-психологическое состояние пациенток, приводит к социальной изоляции и существенно сказывается на всех аспектах качества жизни.

Ключевые слова. Гиперактивный мочевой пузырь, беременность, дизурия.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ опросников для диагностики ГАМП.

Материалы и методы. Работа основана на изучение, анализе научных публикации по данной тематике, размещенных в базе Pubmed, Medline, Elibrary, Scholar.google и других доступных источниках, официальных рекомендациях ведущих мировых урологических сообществ. В основу работы положены результаты обследования 48 пациенток, обратившихся по поводу симптомов нижних мочевых путей к урологу в поликлинику ОГБУЗ «Яковлевская ЦРБ». Возраст всех пациенток варьировал от 21 до 73 лет. Всем пациенткам проведено: сбор жалоб, анамнеза, объективного обследования, заполнение опросников (Опросник по влиянию недержания мочи на качество жизни ICIQ-SF, шкала депрессии Бека, шкала оценки расстройств мочеиспускания UDI -6, опросник по здоровью (русская версия King's Health Questi), опросник для оценки симптомов гиперактивного мочевого пузыря (Russian version of the OAB Awareness Tool) и др.

Результаты исследования. Согласно анализу опросников, 36 пациенток отмечали у себя симптомы ГАМП, сумма баллов которых варьировалась от 9 до 13. У 12 женщин зарегистрировано обострение хронического цистита. А у 11 пациенток отмечалась умеренная депрессия по шкале Бека сумма баллов 23. 9 пациенток постоянно отмечали у себя императивные позывы к мочеиспусканию. Дневник мочеиспускания у 33 пациенток показал ноктурию, 14 учащенности мочеиспускание в дневное время. Все женщины отмечали ухудшение качества жизни, который оказывает отрицательное влияние на профессиональную и личную активность, тем самым способствует социальной уязвимости, особенно у женщин старших возрастных групп.

Выводы. Таким образом не информативность пациенток по поводу адекватной терапии ГАМП, не своевременная обращаемость к специалисту или неадекватное лечение, негативно скажется на качестве жизни пациенток. Проявляются такие негативные качества как замкнутость, отказ от общения с близкими и родными, что приводит к депрессии и социальной изоляции.

ПОСТКАТЕТЕРИЗАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ЖЕНЩИН В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Чирков С.В., Шкодкин К.С., Узеиров М.Т.,
Абасх Е.Ф., Гоговор К.П.
Россия, Белгород, НИУ БелГУ

Введение. Достоверно известно, что при катетеризации увеличивается риск контаминации патогенной и условно-патогенной микрофлорой слизистой мочевого пузыря. Но до настоящего времени нет единого мнения в

отношении отдаленных последствий у женщин после проведенной катетеризации по разным показаниям.

Ключевые слова: катетеризация мочевого пузыря, бактериологический посев мочи, осложнения катетеризации.

Цель исследования. Изучить микрофлору мочевого пузыря у женщин, перенесших кратковременную катетеризацию в анамнезе во время родов, операции и др.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 210 пациенток, обратившихся на приём к урологу по поводу расстройств мочеиспускания в 2022-2023 гг. Пациентки были разделены на 2 группы. Первая (основная) группа: 122 женщины у которых в анамнезе была катетеризация мочевого пузыря. Вторая (контрольная) группа: 88 женщин у которых не было в анамнезе катетеризации. Возраст пациенток от 22 до 75 лет. Анализ мочи на бактериологический посев и определение чувствительности к антибиотикам проводился всем пациенткам в обеих группах перед лечением антибиотиками, затем через 6 месяцев после лечения.

Результаты. В первой группе до лечения антибиотиками в анализе мочи на бактериологический посев выявлена *E.coli* у 90 женщин (73,77%), у 16 женщин были выделены разные возбудители (13,1%), у 8 женщин микрофлора не была выделена (6,55%). Во второй группе до лечения антибиотиками выявлены: *E.coli* у 43 женщин (48,86%), *Staphylococcus haemolyticus* у 11 женщин (12,5%), *Streptococcus viridans* у 7 женщин (7,95%), *Staphylococcus epidermidis* у 6 женщин (6,81%), *Enterococcus sp.* у 4 женщин (4,54%), *Staphylococcus saprophyticus* у 4 женщин (4,54%), у 13 женщин микрофлора не была выделена (14,77%). В основной группе через 6 месяцев после лечения в анализе мочи на бактериологический посев выявлена *E.coli* у 28 женщин (22,95%), *Staphylococcus epidermidis* у 3 женщин (2,45%), микрофлора не выявлена у 91 женщины (74,59%). Во второй группе через 6 месяцев после лечения в анализе мочи на бактериологический посев выявлена *E.coli* у 2 женщин (1,64%), *Enterococcus sp.* у 1 женщины (0,82%), *Staphylococcus epidermidis* у 1 женщин (0,82%), микрофлора не выявлена у 84 женщин (68,85%).

Выводы. Эффективность лечения цистита у женщин, перенесших в жизни катетеризацию в отдалённом периоде значительно ниже, чем у женщин не имевших катетеризации.

ОДНОМОМЕНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ И СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

С.А. Чопанов, Х.А. Мухамедов, Т.Б. Рахронон
Россия, Белгород, НИУ БелГУ

Актуальность. Оказание специализированной хирургической помощи пациенткам, страдающим стрессовым недержанием мочи и пролапсом органов малого таза, имеет свои особенности. В данном случае хирургу нередко приходится работать в смежных анатомических областях и структурах. Целью любого хирургического вмешательства является достижение максимально положительного анатомического и функционального результата с минимальной инвазией. Целью данной работы является оценка хирургического лечения стрессового недержания мочи и цистоцеле II – III степени в симультанном исполнении оперативного пособия.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, пролапс органов малого таза, слинговые операции, передняя кольпоррафия.

Материалы и методы. Материалом исследования являются результаты хирургического лечения 25 женщин, страдавших недержанием мочи при напряжении (далее – НМпН) и цистоцеле II – III степени по классификации POP – Q. Проведение симультанного хирургического лечения женщин, страдающих НМпН и цистоцеле II – III степени возможно при точно диагностированном отсутствии апикального пролапса. Хирургическая коррекция НМпН проводилась с использованием синтетической ленты по типу Урослинг – 1 компании Линтекс (Россия), коррекция цистоцеле II – III степени осуществлялась с использованием собственных тканей в исполнении операции передней кольпоррафии.

Результаты и обсуждение. Во всех случаях операцию начали с коррекции цистоцеле. Далее выполняли операцию по принципу TVT – O. Результаты вмешательств у 25 пациенток, которым выполнена одномоментная коррекция цистоцеле и НМпН, оценивали по состоянию статики половых органов и адекватности континенции. Через 3 месяца у одной пациентки наступил рецидив цистоцеле и НМпН. Причиной осложнения стало несоблюдение рекомендаций. Пациентка не ограничивала себя в физических нагрузках. У 24 пациенток в сроки 10 – 15 месяцев после операции рецидив цистоцеле не наблюдался.

В сроки 10 – 15 месяцев после операции признаков НМпН, среди 25 оперированных женщин, не выявлено у 22. Двое пациенток отмечают выделение мочи при кашле, которое возникло в течении 6 – 7 месяцев после операции. Статика половых органов у этих пациенток полностью восстановлена.

В послеоперационный период инфравезикальная обструкция с избыточным натяжением петли диагностировано у 2 женщин. Эти пациентки отмечали затруднённое мочеиспускание, у них наблюдалась задержка мочеиспускания в объеме 50 – 70 мл. Таким образом, полная инконтиненция и адекватное

мочеиспускание (без остаточной мочи) симультанным хирургическим лечением цистоцеле II-III и НМпН достигнуты у 20 женщин. Трём пациенткам выполнена лапароскопическая кольпосуспензия по Бёрчу с положительным результатом. Женщины с обструктивным мочеиспусканием находятся под регулярным наблюдением врача. Объём остаточной мочи у них не увеличивается, что позволило ограничиваться бужированием уретры 1 раз в неделю, с последующим – 1 раз в месяц.

Выводы. Результаты выполненных 25 операций согласно симультанной хирургической коррекции цистоцеле в сочетании НМпН позволяют судить о перспективности данного метода хирургического лечения.

ТРАНСПЕРИНЕАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕР У ЖЕНЩИН С ТАЗОВОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

С.А. Чопанов¹, М.С. Сивашинский²

¹ ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», Белгород

²СПБ ГБУЗ «Городская больница №40 Курортного района»

Актуальность. Тазовое дно имеет весьма сложное строение, это объясняется тем, что возникающие дисфункции часто вовлекают сразу несколько его зон. Получение всей топической картины заболевания может иметь важное значение для следующих задач: выявление причин дисфункции, планирование лечения и оценка результатов лечения, диагностика осложнений в послеоперационном периоде. Именно ультразвуковая диагностика позволяет исследовать анатомические структуры в области тазового дна, получить объективное представление о его состоянии и определить степень выраженности анатомических нарушений тазового дна.

Цель исследования: оценить возможности трансперинеального ультразвукового сканирования для определения динамики проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с тазовой дисфункцией в послеродовом периоде.

Материалы и методы: были отобраны 15 женщин репродуктивного возраста, перенесших самопроизвольные роды и страдающих тазовой дисфункцией. Исследование проводилось на аппарате Voluson E9 с использованием конвексных и полостных микроконвексных датчиков. Всем пациенткам до терапии и спустя 1 и 3 месяца были проведены стандартные исследования тазового дна в режимах двухмерного и объемного сканирования в динамике. Исследования выполнялись в покое и с натуживанием (проба Вальсальвы).

Результаты. Согласно полученным данным, были зафиксированы значительные изменения длины уретры, поперечного, передне-заднего размера, уретровезикального угла и площади леваторного отверстия у пациенток до и после восстановительного лечения. В ходе анализа данных трансперинеального ультразвукового исследования, характеристики леваторного отверстия в группе контроля соответствовали нормативным значениям: поперечный размер $34,4 \pm 2,5$ мм, переднезадний размер леваторного отверстия составил $44,3 \pm 2,60$ мм. В группах исследования до терапии показатели леваторного отверстия были статистически значительно выше контрольных показателей. В группе, где реабилитационные процедуры мышц тазового дна не проводились, статистически значимых изменений выявлено не было.

Выводы. В результате проведенного трансперинеального ультразвукового исследования у женщин, страдающих дисфункцией тазового дна в послеродовом периоде, требующей реабилитационных мероприятий, выявлена определенная ценность данного метода. Таким образом, трансперинеальное ультразвуковое исследование применимо в качестве оценки динамики проводимых реабилитационных мер. Метод также полезен тем, что может послужит подспорьем в определении хирургической коррекции тазовой дисфункции, учитывая стадию и вовлеченность тех или иных зон, составляющих тазовое дно.

СКРИНИНГ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Шкодкин К.С., Узеиров М.Т., Абабсах Е.Ф., Гоговор К.П.
Россия, г. Белгород, НИУ «БелГУ»

В большинстве клинических рекомендациях посвященных инфекции мочевых путей проведение скрининга на бессимптомную бактериурию (ББУ) является обязательным. Предполагается, что лечение антибиотиками ББУ у беременных женщин снижает риск инфекций мочевыводящих путей и преждевременных родов. Однако большинство исследований, подтверждающих лечение ББУ, было проведено в пятидесятых-восьмидесятых годах прошлого века.

Цель: на основании литературных данных оценить эффективность скрининга ББУ у беременных.

Материалы и методы

Литературный поиск проведен за последние 50 лет в электронных базах данных Cochrane Library, PubMed, MedLine, E-library. Для анализа отобраны систематические обзоры, мета-анализы, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) посвященные симптоматической инфекции мочевых путей и бессимптомной бактериурии у беременных.

Полученные результаты

Результатом поиска соответствовали 7261 публикация из которых исключены неконтролируемые исследования, клинические наблюдения и оригинальные статьи, включающие менее 50 клинических случаев. В конечный анализ включены 152 публикации. Мы не обнаружили исследований, в которых изучались бы преимущества и вред скрининга на ББУ по сравнению с отсутствием скрининга или сравнивались различные стратегии скрининга. Были найдены четыре РКИ, в которых сравнивали проведение антибактериальной терапией у беременных с ББУ с отсутствием лечения или плацебо контролем у 454 беременных. Результаты двух исследований, опубликованных в 1960-х годах, показали статистически значимое снижение частоты случаев пиелонефрита ($p=0,07$) и снижение показателей инфекции мочевых путей у женщин, получавших антибиотики ($p=0,03$). Однако, качество данных РКИ довольно низкое. В недавно прекращенном РКИ частота возникновения симптоматической инфекции мочевых путей в группах с проведением антибактериальной терапии и плацебо контролем не различались ($p=0,515$). Причиной досрочного прекращения данного исследования явилось отсутствие роста частоты гестационного пиелонефрита и акушерской патологии в контрольной группе наблюдения. Проведенный анализ не показал целесообразность проведения антибактериальной терапии у беременных с ББУ, поскольку три из четырех исследований были проведены несколько десятилетий назад и имеют серьезные методологические недостатки, применимость их результатов в нынешних условиях здравоохранения, вероятно, будет низкой. Таким образом, результаты не показали преимуществ лечения ББУ.

Выводы

На сегодняшний день нет надежных данных, подтверждающих рутинный скрининг ББУ у беременных. Нет достоверных исследований, говорящих нам о преимуществе назначения АБ терапии при ББУ у беременных над ведением пациенток без неё.

Научное издание

**БЕРЕМЕННОСТЬ И УРОЛОГИ – ВОПРОСЫ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Тезисы

Межрегиональной научно-практической конференции

Публикуется в авторской редакции

Оригинал-макет: Н.А. Вус

Обложка: Н.М. Сысоева

Выпускающий редактор: Ю.В. Мишенина

Подписано в печать 30.07.2024. Формат 60×90/16

Гарнитура Times New Roman. Усл. п. л. 2,3. Тираж 100 экз. Заказ 148

Оригинал-макет подготовлен и тиражирован в ИД «БелГУ» НИУ «БелГУ»

308015 г. Белгород, ул. Победы, 85. Тел.: 30-14-48