

В 87% случаев диагноз анемии был установлен при госпитализации в соматическое отделение впервые, в 13% – амбулаторно. Из них лишь 44% получали терапию препаратами железа.

В 32% случаев в крови отмечалась нейтропения различной степени, 16% имели эозинофилию, 2% тромбоцитопению, 16% тромбоцитоз.

#### **Выводы.**

1. У младенцев матерей с осложненным течением беременности в 35% случаев выставлен диагноз анемия.

2. В 87% случаев анемия диагностирована впервые при обследовании в стационаре.

3. У 18% отмечались изменения количества тромбоцитов, в 48% случаев выявлены изменения лейкоцитарной формулы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Павлова, В. Ю. Анемии (этиология, клиника, диагностика, лечение): методические рекомендации для врачей / В. Ю. Павлова. – Кемерово : Издательство КемГМА, 2014. – 59 с.

## **КОНСЕРВАТИВНЫЕ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПОСТКОИТАЛЬНОГО ЦИСТИТА**

**Корсак В. Э.**

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: д.м.н., профессор Нечипоренко А. Н.

**Актуальность.** Цистит – наиболее часто встречающееся инфекционно-воспалительное заболевание у женщин. В первую очередь это связано с активной половой жизнью у молодых женщин, вследствие которой происходит ретроградный заброс бактерий из области преддверия влагалища в уретру, а затем в мочевой пузырь, вызывая атаку цистита. Способствуют этому, в большинстве случаев, анатомические причины, такие как: малая длина, большой диаметр мочеиспускательного канала, влагалищная эктопия наружного отверстия уретры и его гипермобильность, наличие выраженных уретрогименальных спаек. Периодически возникающие эпизоды цистита вызывают эмоциональные расстройства, отказ от половой жизни и создают условия для бесконтрольного употребления пациентками антибактериальных препаратов.

**Цель.** Целью данной обзорной статьи является описание современных терапевтических и хирургических методов лечения хронического рецидивирующего посткоитального цистита.

**Методы исследования.** В ходе исследования были использованы следующие информационные источники: PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) и Научной электронной библиотеки Elibrary.ru (<https://elibrary.ru/>).

**Результаты и их обсуждение.** Основу консервативной терапии составляет прием антибактериальных препаратов. При наличии эпизода острого цистита применяется фосфомицин в дозировке 3 г однократно. Для предотвращения появления очередных атак острого цистита целесообразно назначить антибиотик нитрофуранового ряда – Фурамаг, в дозировке 100 мг до или после полового акта однократно, или для регулярного употребления в дозировке 50 мг 1 раз в день в течение 6 месяцев. При назначении регулярного употребления антибиотиков необходимо учесть вероятность развития резистентности бактерий, влагалищного кандидоза и появлению побочных эффектов, что может служить поводом для смены тактики лечения в пользу хирургических методов.

На сегодняшний день самыми современными методами являются (подтверждены патентами):

1. Реконструкция с транспозицией дистального отдела уретры по С. Н. Нестерову: после отсепаровки тканей П-образным разрезом по направлению к наружному отверстию уретры острым путем выделяют наружное отверстие уретры на протяжении 0,5 см. На катетере путем сшивания краев выкроенных лоскутов формируется дистальный отдел уретры, который в дальнейшем перемещается на верхний край разреза под клитор. В результате этого наружное отверстие уретры оказывается перемещенным вентрально на 1,0-1,5 см без какого-либо натяжения.

2. Транспозиция уретры по Б.К. Комякову: выделение дистального отдела уретры на протяжении 1,5-2 см и формировании подслизистого тоннеля от клитора до наружного отверстия уретры протяженностью 1,5-2 см и проведении через сформированный тоннель мобилизованного дистального отдела уретры.

3. В 2017 г. О. Ю. Малинина и соавторы предложили следующий способ лечения: пересечение уретрогименальных спаек с последующей парауретральной имплантацией филлера. В качестве филлера может быть использован препарат рекомбинантной биodeградируемой гиалуроновой кислоты. Его вводят парауретрально, веерообразно, в количестве 1-2 мл, после чего образуется гелевая подушка, которая приподнимает дистальное отверстие уретры, ограничивая её подвижность во время полового акта.

**Выводы.** Учитывая патогенез заболевания, лечение следует начинать консервативно. В последующем, если консервативная терапия оказывается неэффективной, показано прибегнуть к хирургическому методу лечения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Посткоитальный цистит: хирургическое лечение / Елесеев Д. Э. [и др.] // Экспериментальная и клиническая урология. – 2021. – Т. 14, № 1. – С. 130-134.
2. Результаты 228 экстравагинальных транспозиций уретры / Б. К. Комяков // Урологические ведомости. – 2017. – Т. 7, № 1S. – С. 54-55.