

сфинктер сократительную функцию сохраняет. Нарушается взаимосвязь симпатического и парасимпатического влияния. При этом наблюдается: нейрогенная задержка мочеиспускания с элементами парадоксальной ишурии (выделение мочи по каплям на фоне переполненного мочевого пузыря) [3].

Лечение нейрогенного мочевого пузыря включает медикаментозную терапию, хирургические методы лечения и комплексную реабилитационную программу. Для подавления детрузорной гиперактивности в качестве первой линии назначают антихолинэстеразные препараты и бета-3-адреномиметики, ноотропы, НПВС, спазмолитики.

Вторая линия включает инъекции: введение в стенки мочевого пузыря 200 ЕД ботулинового нейропептида; повторяется неинвазивная электростимуляция с помощью импульсного электростимулятора и периферической магнитной стимуляции [4,5].

Выводы. Травматический спинальный шок сопровождается неврологическими и урологическими нарушениями. Пациенты в этой стадии травмы требуют участия врача-травматолога, уролога и, при показаниях, врачей смежных специальностей.

Литература

1. Аль-Шукри, С.Х. Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи // С.Х. Аль-Шукри, И.В. Кузьмин / Урол. — 1999. — № 5. — С. 44–47.
2. Вишневский, Е.Л. Клиническая оценка расстройств мочеиспускания // Е.Л. Вишневский, О.Б. Лоран, А.Е. Вишневский. — М.: ТЕРРА, 2001. — 96 с.
3. Перльмуттер, О.А. Травма позвоночника и спинного мозга // О.А. Перльмуттер / Н. Новгород, 2000.
4. Лопаткин, Н.А. Рациональная фармакотерапия в урологии: рук-во для практикующих врачей / Под общ. ред. Н.А. Лопаткина [и др.] // М.: Литтерра, 2006.
5. Иванова, Г.Е. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Г.Е. Иванова [и др.] // М.: Московские учебники и Картолитография, 2012.

УДК 616.62-08:616.65-002-007.61

Лемтюгов М.Б., Симченко Н.И., Князюк А.С., Анашкина Е.Е.
УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Комбинированная терапия симптомов нижних мочевых путей с преобладанием ирритативных симптомов у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты

Введение. Основным проявлением нарушения мочеиспускания у мужчин, принято считать – симптомы нижних мочевых путей (СНМП). Что интересно, частота данных симптомов неуклонно нарастает с возрастом. [1] Развитие СНМП как правило связывают с доброкачественной гиперплазией простаты (ДГП). Возросшую заболеваемость ДГП можно связать с увеличением средней продолжительности жизни, что приводит к преобладанию старших возрастных групп в структуре мужского населения [2].

В последнее время появились данные исследований, которые указывают, что причиной СНМП у мужчин является не только инфравезикальная обструкция, но и нарушения функции мочевого пузыря [3]. Клинически это проявляется ирритативными симптомами.

Среди основных препаратов для купирования СНМП при ДГП можно выделить: α -адреноблокаторы, ингибиторы 5 α -редуктазы, М-холиноблокаторы, ингибиторы 5-фосфо-диэстеразы, фитопрепараты [1, 2], которые применяются как правило в форме монотерапии. Актуальным остается вопрос о комбинированном применении вышеуказанных препаратов у пациентов с СНМП [4].

Материалы и методы. В нашем исследовании на базе урологического отделения ГКБ № 2 было проведено исследование влияния комбинированного лечения пациентов с СНМП с преобладанием ирритативной симптоматики у пациентов с ДГПЖ. В нем приняло участие 40 пациентов в возрасте от 52 до 73 лет. У всех исследуемых имела место выраженность симптомов над обструктивными), максимальная скорость потока мочи от 10 до 15 мл/сек, объем остаточной мочи менее 150 мл, уровень простатспецифического антигена в крови менее 4 нг/мл. Пациенты были разделены на две однородные группы. Пациенты основной группы получали силодозин в дозе 8 мг 1 раз в сутки. В контрольную группу вошли 20 пациентов того же возраста с аналогичными клиническими проявлениями, принимавшие альфа 1-адреноблокатор совместно с м-холиноблокатором (солифенацин 5 мг).

Для описания количественных признаков, имеющих нормальное распределение, использовали среднее арифметическое и стандартное отклонение ($M \pm SD$), для их сравнения использовали критерий Стьюдента (Т). Количественные признаки с распределением, отличающимся от нормального, описаны с помощью медианы (Me) и интерквартильного размаха (25; 75), для сравнения зависимых признаков использовали критерий Вилкоксона (Т). Результаты считали значимыми при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты и обсуждения. Основными симптомами, заставившими пациента обратиться к врачу были: учащенное мочеиспускание (80%), ноктурия (65%), императивные позывы (30%), недержание мочи (5%), странгурия (37,5%), чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (15%).

Объем простаты в среднем составил $35,5 \pm 5,3$ см³. За период наблюдения статистически значимого изменения объема простаты не наблюдалось. ПСА мы рассматривали в контексте исключения рака простаты. В среднем значение ПСА соответствовало $1,2 \pm 0,2$.

Динамика основных клинических показателей представлена в таблице.

Изменение основных клинических показателей у пациентов с СНМП на фоне лечения, Me (25; 75)

Показатель	α -АБ, скрининг	α -АБ, 30 сутки	α -АБ + м-ХБ скрининг	α -АБ + м - ХБ 30 сутки
IPSS, баллы	19 (17;20)	14,5(13;16) $p < 0,0001$	20(18;21)	13 (11;14) $p < 0,0001$
QoL, баллы	4 (4;4)	4 (3;4) $p = 0,0038$	4 (4;4)	3(3;4) $p < 0,0001$
Qmax	11,35 (10,3; 12,2)	14,9 (13,1;16,2) $p < 0,0001$	11,8 (10,8;13,1)	13,9 (11,2;15,3) $p < 0,0001$
Vtot (при урофлоуметрии)	178 (163;203)	184 (168;220) $p < 0,0001$	168 (149;168)	210 (198;238) $p < 0,0001$
Объем остаточной мочи, мл	63,5 (58;74)	39,5 (32;48)	59,3 (55;72)	62,2(58;73)

Примечания: статистически значимое различие при $p < 0,05$;

p – сравнение с показателями начала лечения;

α -АБ – α -адреноблокатор, м-ХБ – м-холиноблокатор.

Исследование показало, что пациентов больше беспокоила ирритативная симптоматика – частые позывы на мочеиспускание, ночные и ургентные позывы на мочеиспускание (в 73% случаев) нежели слабая струя мочи или чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (в 27% случаев). Купировав ирритативные симптомы этих пациентов, последние отмечали улучшение качества жизни, несмотря на сохраняющееся чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

В среднем сумма баллов IPSS в группе, принимавшей только α -адреноблокатор, снизилась на 23,7%, тогда как в группе с комбинированной терапией на 35%.

Показатель максимальной скорости мочеиспускания на фоне лечения увеличивался как в основной группе (α -адреноблокатор в виде монотерапии) на 35,5%, так и в контрольной (α -адреноблокатор + м-холиноблокатор) на 17,8%.

Увеличение объема остаточной мочи в контрольной группе мы посчитали клинически не значимым, так как в среднем это значение не превысило отметки 100 мл.

У 9 человек (22,5%) из общего количества пациентов отмечена ретроградная эякуляция, которая характеризует уроселективность α -адреноблокатора.

Сухость во рту отметили 2 человека (10%), но это не потребовало отмены приема м-холиноблокатора в контрольной группе. Острой задержки мочи у пациентов нами зафиксировано не было.

Выводы. Пациентам с выраженной ирритативной симптоматикой (частые позывы на мочеиспускание, ургентные позывы на мочеиспускание, ноктурия), наличием объема остаточной мочи менее 150 мл, и максимальной скоростью мочеиспускания более 10 мл/сек целесообразно проводить комбинированную терапию α -адреноблокаторами с м-холиноблокаторами.

Обязательным является комплексное уродинамическое исследование, которое позволяет определить особенности и причины СНМП, и определяет обоснованную эффективную тактику лечения таких пациентов.

Литература

1. Ергаков, Д. В. Современный взгляд на консервативную терапию симптомов нижних мочевых путей у мужчин / Д. В. Ергаков, А. Г. Мартов // Урология. – 2015. – №5. – С. 97–103.
2. Симченко, Н.И. Использование селективных альфа-адреноблокаторов в монотерапии пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы / Н. И. Симченко, И. В. Чипура, М. Б. Лемтюгов // Репродуктивное Здоровье. Восточная Европа. – 2017. – №3 – С. 494–496.
3. Chapple C.R., Roehrborn C.G. A shifted paradigm for the further understanding, evaluation, and treatment of lower urinary tract symptoms in men: focus on the bladder // Eur. Urol. – 2006. – Vol. 49(4). – P. 651–658.
4. Irwin D.E., Milsom I., Hunskaar S., Reilly K., Kopp Z., Herschorn S., Coyne K., Kelleher C., Hampel C., Artibani W., Abrams P. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study // Eur. Urol. – 2006. – Vol. 50(6). – P. 1306–1314.