

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Нормально функционирующий эндотелий сосудов характеризуется непрерывным выделением оксида азота посредством эндотелиальной NO-синтазы, что необходимо для обеспечения адекватного кровоснабжения органов и тканей гениталий.

У 12 (19,4%) женщин с продолжительностью менопаузы до 3 лет формирование урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций (снижение желаний, возбуждения, нарушения оргазма и диспареунии) установлено при уровне метаболитов оксида азота во влагалищной слизи $27,77 \pm 2,73$ нмоль/мг белка.

У 29 (46,7%) женщин с длительностью менопаузы до 6 лет стабильность в проявлении урогенитальных расстройств и женских сексуальных дисфункций отмечена при уровне метаболитов оксида азота во влагалищной слизи $20,91 \pm 2,59$ нмоль/мг белка.

Выраженность проявления урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций (особенно диспареунии на фоне нарушения lubricации) отмечено у 21 (33,9%) женщины с продолжительностью менопаузы до 9 лет и уровнем метаболитов оксида азота во влагалищной слизи – $10,9 \pm 1,06$ нмоль/мг белка.

У этих же пациенток отмечено достоверное снижение максимальной систолической скорости (V_{ps}) – $(2,9 \pm 0,014$ см/сек) и объемной скорости кровотока (V_{vol}) – $(2,6 \pm 0,014$ мл/мин) при ультразвуковом исследовании методом доплерографии сосудов клитора по сравнению с аналогичными результатами пациенток с продолжительностью менопаузы до 6 лет.

ВЫВОДЫ

Формирование урогенитальных расстройств и сексуальных дисфункций на фоне нарушения кровообращения гениталий в период менопаузы возрастает с ее продолжительностью и снижением продукции оксида азота.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДГПЖ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

*И.М. Русинко¹, Н.М. Русинко¹, О.Г. Коноплева¹, А.В. Дулепин¹, А.В. Приходько¹,
К.А. Троян¹, Е.П. Украинец², Е.А. Квятковский³, В.М. Корягин⁵, В.В. Коштура⁴*

КУ «Д 12 ТМО» ДОС»¹

КУ «ДОКБ им. Мечникова» ДОС»²

КУ «Д 9 ГКБ» ДОС»³

КУ «Д 6 ГКБ» ДОС», г. Днепропетровск⁴

ООО «Планета Здоровье», г. Днепропетровск⁵

Рекомендации по лечению симптомов нижних половых путей (СНМП) являются наиболее динамичной группой среди всех протоколовEAU. Если раньше эти пациенты относились к группе ДГПЖ (до 2010 года), то в 2011 году это уже были рекомендации по лечению ненейрогенных СНМП у мужчин, а с 2012 года – СНМП у мужчин, в том числе с обструкцией шейки мочевого пузыря (вследствие ДГПЖ). Соответственно значительно изменялись и рекомендации по диагностике, а особенно по лечению этой группы пациентов. В настоящее время общеизвестно, что СНМП являются одной из наиболее частых причин обращения к урологу.

СНМП подразделяется на:

- симптомы накопления (дневная поллакиурия, urgentные позывы к мочеиспусканию, императивное недержание мочи, ноктурия);
- симптомы опорожнения (ослабление струи мочи, затрудненное начало и прерывистость мочеиспускания, парадоксальная ишурия);
- симптомы после мочеиспускания (чувство неполного опорожнения, подкапывание мочи после мочеиспускания – дриблинг).

Преобладание тех или иных симптомов для каждого пациента индивидуально и зависит от

того, какие звенья патологического процесса у него преобладают. Как правило, у большинства пациентов наблюдается сочетание разных групп симптомов. Понимание патогенеза возникновения тех или иных симптомов имеет важное значение при определении объема диагностических процедур и выборе препарата для медикаментозной терапии. Одни и те же симптомы могут быть связаны с различными заболеваниями или с их комбинацией. Поэтому, ориентируясь на симптомы при планировании медикаментозной терапии, мы должны учитывать этиологические и патофизиологические механизмы их возникновения. Данный подход оправдывает разделение СНМП на определенные подгруппы:

- СНМП/ДГПЖ;
- СНМП/гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП);
- СНМП/Эректильная дисфункция;
- СНМП/Хронический простатит и т.д.

Современная стратегия медикаментозной терапии у больных с СНМП/ДГПЖ многообразна и весьма эффективна. Традиционно мужчинам с СНМП назначают α 1-адреноблокаторы. В пожилом возрасте эта терапия дополняется ингибиторами 5α -редуктазы. В течение последних лет у мужчин с СНМП при наличии отчетливой ирритативной симптоматики начали использовать антихолинэргические препараты. У пациентов с СНМП и эректильной дисфункцией независимо от возраста и кардиоваскулярного фона назначают ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа.

С каких препаратов нужно начинать терапию? Какие препараты можно комбинировать в лечении СНМП/ДГПЖ и СНМП/ГАМП?

В настоящее время используются три основные комбинации:

1. α 1-адреноблокаторы+ингибиторы 5α -редуктазы (Фокусин+Пенестер).
2. α 1-адреноблокаторы+антихолинэргические препараты (Фокусин+Уротол).
3. α 1-адреноблокаторы + ингибиторы ФДЭ 5 (Фокусин + Вигранде(Сылденафил)).

Более подробно остановимся на СНМП/ДГПЖ в сочетании с ГАМП

Симптомы опорожнения (обструктивные) и симптомы накопления (ирритативные) ниж-

них мочевых путей включают ургентное и учащенное мочеиспускание в течение дня и ночи, нередко в сочетании с ургентным недержанием мочи. В свою очередь, перечисленные симптомы характерны для ГАМП, который часто встречается в клинической практике – примерно в 16–17% населения нашей планеты. По мнению большинства авторов, симптомы ГАМП у мужчин в возрасте старше 50 лет могут быть следствием детрузорной гиперактивности как по причине инфравезикальной обструкции (ИВО), вызванной ДГПЖ, так в результате возрастных изменений в детрузоре.

Целью нашей работы явилась оценка результатов применения α 1-адреноблокатора (Фокусина) и М-холинолитика (Уротола) у пациентов с ДГПЖ в сочетании с ГАМП.

Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов в возрасте от 50 до 70 лет с явлениями ДГПЖ и ГАМП, подтвержденных при комплексном обследовании (ректальном осмотре, на УЗИ, урофлоуметрии и цистометрии, опросника IPSS и дневника мочеиспусканий). Отбор пациентов для лечения проводили при наличии у них остаточной мочи от 0 до 100 мл. Положительный результат стали отмечать у них через 2–3 недели от начала лечения. Некоторые пациенты самовольно прекращали прием Уротола через 1,5–2 месяца, учитывая положительную динамику. В скором времени ирритативная симптоматика у них возобновлялась. Учитывая наш опыт лечения женщин с ГАМП (в среднем 6–8 мес.), мы проводим курс лечения у этих пациентов в указанных временных параметрах.

В результате комплексного лечения у пациентов исчезала ирритативная симптоматика, улучшалось качество струи и уродинамические показатели, уменьшалось количество остаточной мочи. Учитывая средний возраст пациентов, после отмены Уротола, им назначали Фокусин в сочетании с Правенором и Простамолом-Уно в течение 4–6 мес.

Комбинация Фокусина и Уротола может быть рекомендована пациентам с ДГПЖ в сочетании с ГАМП при легкой и средней степени выраженности СНМП с динамическим выполнением в процессе лечения комплексного обследования.