

КОМПЛЕКСНАЯ АЛЬФА-АДРЕНОЛИТИЧЕСКАЯ И АНТИДИУРЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Протощак¹, Д.Г. Кулай², В.Н. Цыган¹, А.Ю. Шестаев¹, А.И. Матич¹, А.М. Гулько¹

ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия¹
ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, Россия²

Введение. К традиционным консервативным методам лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы относят применение альфа-адреноблокаторов, М-холиноблокаторов, ингибиторов 5 альфа-редуктазы, ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа и растительных препаратов. Однако у 30–40% пациентов назначенная терапия полностью не ликвидирует симптомы нижних мочевых путей и сохраняющаяся при этом никтурию.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности комплексной альфа-адренолитической и антидиуретической терапии у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.

Материал и методы исследования. В основу работы положен опыт обследования и лечения 64 больных с ДГПЖ и средним возрастом $67 \pm 13,7$ лет, которые имели доказанную никтурию и ночные мочеиспускания более одного раза. В зависимости от приема препаратов наблюдаемые были разделены на две группы. Первую группу составили пациенты, принимавшие только тамсулозин, а вторую тамсулозин и антидиуретический препарат десмопрессин в дозировке

200 мг за 2–3 часа перед сном в течение двух месяцев. Для оценки мочеиспускания и диуреза использовали дневник мочеиспускания, шкалу I-PSS, УЗИ и урофлоуметрию.

Результаты и их обсуждение. В первой группе пациентов отмечалось снижение среднего показателя балла I-PSS с $19 \pm 9,6$ до $11 \pm 7,1$, остаточной мочи (с $78 \pm 31,2$ до $35 \pm 14,4$) и увеличение максимальной скорости мочеиспускания с $11,5 \pm 4,4$ до $19 \pm 5,6$ мл/сек ($p < 0,05$). Количество мочеиспусканий и мочи, выделяемой за ночь, оставалось без достоверных изменений. В то же время в группе пациентов, принимавших два препарата, наряду с улучшениями показателей балла I-PSS, остаточной мочи и урофлоуметрии наблюдалось достоверное снижение количества образуемой за ночь мочи и, как следствие, эпизодов ночных мочеиспусканий: 875 ± 178 против 460 ± 112 мл и $3 \pm 1,6$ против $1 \pm 0,8$ соответственно.

Выводы. Использование в комплексном лечении больных с ДГПЖ и ночной полиурией антидиуретического препарата достоверно снижает никтурию и вынужденные ночные мочеиспускания по сравнению с монотерапией альфа-адреноблокаторами.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИУРЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Протощак¹, А.Ю. Шестаев¹, В.Н. Цыган¹, Д.Г. Кулай², А.М. Гулько¹, А.И. Матич¹

ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия¹
ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, Россия²

Введение. Дизурические явления являются основным беспокойством среди пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и отражают нарушение функции не только нижних, но и верхних мочевых путей. Современные стандарты обследования предусматри-

вают подробную субъективную и объективную оценку уродинамики, в то время как процесс мочеобразования, степень его влияния на клиническую картину и прогрессирование осложнений при ДГПЖ остается недостаточно исследованным.

Цель исследования. Изучение характеристик суточного образования мочи у больных с ДГПЖ.

Материал и методы исследования. Основу работы составили материалы лабораторно-инструментального обследования и наблюдения 86 мужчин со средним возрастом $64 \pm 11,5$ года и основным диагнозом аденома простаты, проходивших в разное время лечение в клиниках урологии и терапии. Оценка выделительной функции почек и суточного диуреза проводилась с помощью пробы Зимницкого, дневника мочеиспускания, радиоизотопной скинтиграфии и экскреторной урографии.

Результаты и их обсуждение. У 17 (19,7%) пациентов наблюдалось умеренное снижение выделительной функции одной из почек. В 15 случаях (17,5%) отмечалась полиурия с непрерывным мочеобразованием в течение 24 часов более 35 мл/кг, диурезом 2500 мл и больше и

средней относительной плотностью мочи $1010 \pm 0,9$ ед. У 18 (20,9%) больных было выявлено преобладание ночного диуреза над дневным. Так, если в норме соотношение составляло 1Р3 или ночное образование мочи было менее 33% от суточного, то у больных с ночной полиурией средние показатели диуреза в период между засыпанием и нормальным пробуждением составили 946 ± 295 мл или более 40%. Причинами суточной и ночной полиурии являлись хроническая сердечная недостаточность (30,3%), диабетическая нефропатия (27,3%), хроническая болезнь почек (18,2%) и чрезмерное потребление жидкости на ночь (24,2%).

Выводы. Более чем у трети больных (38,4%) с доброкачественной гиперплазией предстательной железы определяется повышенный суточный и ночной диурез, вызванный поведенческими особенностями и сопутствующими заболеваниями сердца и почек.

НОЧНАЯ ПОЛИУРИЯ – ПРИЧИНА НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ / ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.В. Протощак¹, В.Н. Цыган¹, А.Ю. Шестаев¹, А.И. Матич¹, А.М. Гулько¹, Д.Г. Кулай²

ГОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург, Россия¹
ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», г. Калининград, Россия²

Введение. Симптомы нижних мочевых путей и доброкачественная гиперплазия предстательной железы наблюдаются у 40–80% мужчин в возрасте от 50 до 85 лет и существенно ухудшают качество жизни, вызывая «привязанность» к туалету, вынужденное ограничение двигательной и социальной активности, депрессию и тревожность. Особенно беспокоящей жалобой, встречающейся более чем у половины пациентов, является пробуждение во время сна с целью мочеиспускания два раза за ночь и чаще, или ноктурия.

Цель исследования. Определение причин ноктурии у больных с СНМП/ДГПЖ, получавших традиционную консервативную терапию.

Материал и методы исследования. Проводилось обследование, лечение и динамическое наблюдение за 136 пациентами с СНМП/ДГПЖ, принимавших по показаниям альфа-адреноблокаторы, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, растительные средства, а также и антимиокардиновые препараты при наличии симптомов гиперактив-

ного мочевого пузыря. Для оценки количественных характеристик диуреза и мочеиспускания использовали дневник мочеиспускания, шкалу I-PSS, УЗИ и урофлоуметрию.

Результаты и их обсуждение. Ноктурия отмечалась у 96 (70,6%) мужчин до начала лечения и сохранялась у 47 (34,5%) спустя 3 месяца терапии. Причинами ночного мочеиспускания по данным дополнительных обследований явились: камни мочевого пузыря у 2 (4,3%) больных, хронический цистит и обострение простатита у 5 (10,7%), расстройства сна у 12 (25,5%), ночная полиурия или никтурия (ночной диурез более 33% от суточного) у 23 (48,9%) и сочетание нескольких факторов у 5 (10,7%) пациентов соответственно.

Выводы. Таким образом, среди возможных уродинамических причин и клинических расстройств, препятствующих эффективному лечению больных с СНМП/ДГПЖ, ночная полиурия может являться самостоятельным патофизиоло-