

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 1РЗ 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 антиму斯卡риновые 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-

гическим состоянием, обуславливающим стойкую ноктурию. Для более качественного оказания помощи указанной категории пациентов требуется активная оценка дневника мочеиспус-

кания и исключение никтурии, а в случае ее подтверждения – проведение специальной терапии, направленной на снижение диуреза в ночное время суток.

ВАРИАНТЫ СОБСТВЕННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ И РЕЦИДИВНЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ

С.В. Герасимов, М.Н. Олехник, А.О. Куценко

КХ КОС «Киевская областная клиническая больница», г. Киев, Украина

В современных чрезвычайных ситуациях мирного времени и при локальных военных конфликтах у 20% пострадавших встречаются повреждения органов мочеполовой системы, повреждения уретры находятся на первом месте, что составляет 15%. Основной причиной разрывов уретры является перелом костей таза – 68,2%.

Из 248 больных с травматическими стриктурами уретры при комплексном урологическом обследовании выявлены: рецидивы и осложнения у 75 больных, надлобковые свищи у 52, асимметричное снижение функции почек у 64, застой мочи в верхних мочевых путях – у 58, дилатация тазового отдела мочеточника – у 9, уретерогидронефроз – у 16, камни почек – у 5, камни мочеточников – у 4, камни предстательной железы – у 9, дивертикулез мочевого пузыря – у 6, одиночные дивертикулы – у 2, мегацист – у 5; длинные стриктуры задней уретры – у 51, короткие – у 24, рефлюкс контрастного вещества в паренхиму предстательной железы – у 19 и у 9 в семенные пузырьки, сморщивание семенных пузырьков – у 29, облитерация – у 8, расширение полостей – у 3 пациентов. Предстательная железа уменьшена, при пальпации плотная, гладкая, слизистая прямой кишки над ней подвижна.

При рецидивных и осложненных травматических стриктурах уретры нарушается акт мо-

чеиспускания, в результате рефлюкса инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки в последних в 40% случаев развиваются склеротические изменения, что приводит к нарушению пассажа мочи по верхним мочевым путям и снижению функции почек, вплоть до ХПН.

Во время пластики иссекали рубец в уретре вместе с рубцовыми тканями вокруг нее. При гистологическом исследовании удаленных тканей в них обнаружено замещение паренхимы предстательной железы коллагеновыми волокнами, характерное для фиброзного процесса.

В патогенезе травматических стриктур уретры ведущее место принадлежит нарушению акта мочеиспускания. Во время микций в задней уретре повышается уретральное давление, возникает недостаточность устьев простатических и семяизвергающих протоков, наблюдается рефлюкс инфицированной мочи в предстательную железу и семенные пузырьки. Воспалительный процесс в предстательной железе и семенных пузырьках распространяется на шейку и дно мочевого пузыря, и является причиной застоя мочи в верхних мочевых путях и снижения функции почек. Предупредить эти осложнения можно радикальным иссечением рубцов уретры вместе со склерозированной предстательной железой.