

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УДК 616.62-008.221

© Ю.Г. Аляев, К.Л. Локшин, З.К. Гаджиева, М.Р. Тангриберганов, 2011

Ю.Г. Аляев, К.Л. Локшин, З.К. Гаджиева, М.Р. Тангриберганов ОЦЕНКА УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М.Сеченова», г. Москва

Симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) встречаются у многих пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), и служат частой причиной ухудшения качества жизни больных данной категории. Настоящая работа была выполнена с целью изучения функционального состояния нижних мочевых путей у больных ДГПЖ путем проведения уродинамического исследования.

Ключевые слова: гиперактивный мочевой пузырь, уродинамическое исследование, доброкачественная гиперплазия простаты.

Yu.G. Aliayev, K.L. Lokshin Z.K. Gadzhiyeva, M.R. Tangriberganov EVALUATION OF URODYNAMIC PARAMETERS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Symptoms of overactive bladder (OAB) are found in many patients suffering from benign prostatic hyperplasia (BPH), and can frequently be one of the causes of life quality deterioration in patients of this category. This work was to study the functional state of the lower urinary tract in patients with BPH by means of urodynamic examination.

Key words: overactive bladder, urodynamic study, benign prostatic hyperplasia.

Симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) встречаются у многих пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), и служат частой причиной ухудшения качества жизни больных данной категории [1, 2, 5]. Например, по данным S.A. Kaplan, D.L. Bowers [8], у 66 % пациентов с ДГПЖ отмечалась гиперактивность детрузора. Эти данные согласуются с исследованием Р.Н. Abrams и А. Wein [9], в котором гиперактивность детрузора наблюдалась у 40-60% больных ДГПЖ. Поэтому проведение полноценного обследования больных ДГПЖ для выявления причин нарушений функций нижних мочевых путей является важным фактором, влияющим на выбор правильной тактики лечения и прогноз его результатов. В этой связи большое значение имеет комплексное уродинамическое исследование как инструмент объективизации дизурических симптомов, позволяющее определить тип расстройства мочеиспускания. Настоящая работа была выполнена с целью изучения функционального состояния нижних мочевых путей у больных ДГПЖ путем проведения уродинамического исследования.

Материал и методы

Исследование основано на результатах обследования 34 больных ДГПЖ с преобладанием ирритативных симптомов. Медиана

возраста пациентов составляла 65 лет (52 – 78 лет).

Диагностический алгоритм включал в себя следующие виды исследований: изучение жалоб и сбор анамнеза, физикальное обследование, ведение дневника мочеиспусканий, оценка симптомов с помощью международного вопросника симптомов нарушения мочеиспускания при заболеваниях простаты (шкала IPSS/QOL), заполнение анкеты Кинга, проведение ультразвукового исследования (УЗИ) почек, мочевого пузыря и предстательной железы с определением объема остаточной мочи, лабораторные исследования (общеклинические анализы крови и мочи, посев мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на простатический специфический антиген (ПСА)) и выполнение комбинированного уродинамического исследования (урофлоу и цистометрия и исследование давление-поток).

Комбинированное уродинамическое исследование выполнялось на уродинамической установке DUET Multi P (Medtronic, Дания). Для проведения цистометрии сразу после акта мочеиспускания и обработки наружных половых органов раствором антисептика в мочевой пузырь по уретре проводился уродинамический катетер №8 Ch и измерялось количество остаточной мочи. После опорожнения мочевого пузыря и подсоединения датчиков

внутрипузырного и внутрибрюшного давлений мочевой пузырь наполнялся жидкостью со скоростью 50 мл/мин. Во время исследования фиксировалось первое ощущение позыва, средний и выраженный позывы к мочеиспусканию, определялась максимальная емкость мочевого пузыря. Особое внимание обращалось на наличие непроизвольных сокращений детрузора. Исследование давления - поток включало в себя одновременную регистрацию внутрипузырного, внутрибрюшного и детрузорного давлений во время мочеиспускания с определением его параметров.

Результаты и обсуждение

Жалобы пациентов носили разнообразный характер. На наличие нескольких ирритативных симптомов жалобы предъявляли 17 (50%) больных, только на ночную паллакурию - 8 (23,5%) больных, ургентное недержание мочи - 4 (11,8%) больных, императивный характер позыва на мочеиспускание - 3 (8,82%) больных и учащенное мочеиспускание в дневное время суток - 2 (5,88%) больных.

Наличие ирритативной симптоматики у всех 34 пациентов было подтверждено результатами опросника IPSS (как и данными дневника мочеиспускания). При этом медиана суммы баллов по шкале IPSS составила 14 баллов (7-24 балла), а медиана индекса оценки качества жизни составила 4 балла (2-6 баллов).

Результаты комбинированного уродинамического обследования всей группы пациентов представлены в таблице.

Таблица
Результаты уродинамического обследования

Показатель	Медиана	Размах показателя
Максимальная скорость потока мочи (Q _{max}), мл/с	10	8- 14
Средняя скорость потока мочи (Q _{ave}), мл/с	7	5-9
Объем остаточной мочи, мл	31	13-75
Максимальная емкость мочевого пузыря, мл	145	80-410
Максимальное детрузорное давление при Q _{max} , см вод. ст.	42,5	18-140

Данные уродинамического исследования показали, что у 22 (64,7%) больных имелось место нарушение функции детрузора. Из них у 18 (52,9%) больных наблюдалась гиперактивность детрузора и у 4 (11,7 %) пациентов - нарушенная сократимость детрузора. Среди больных с гиперактивностью детрузора у 10 (55,5%) пациентов зарегистрирована терминальная гиперактивность детрузора, а у 8 (45,5%) пациентов - фазовая. Во время цистометрии у пациентов с гиперактивностью детрузора отмечались некоординированные колебания детрузорного давления более чем

на 15 см вод. ст. (от 18 до 150 см вод. ст.). Во время внезапного интенсивного подъема детрузорного давления пациенты отмечали усиление позыва на мочеиспускание вплоть до нестерпимого. При этом максимальная емкость мочевого пузыря у данной группы больных варьировала от 80 до 350 мл при медиане показателя 210 мл. Минимальная емкость мочевого пузыря, при которой отмечались первые некоординированные колебания детрузорного давления, в среднем была равна 60 мл. В группе больных с ГМП медиана максимального детрузорного давления превышала нормальный уровень этого показателя и составляла 59,2 см вод. ст.

Особую группу среди пациентов с ГМП составляли больные с ургентным недержанием мочи. Таковых было 4 человека (11,8% всех больных). У этих пациентов были диагностированы наиболее выраженные нарушения функции детрузора. Так, максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря у данной группы пациентов была снижена и равнялась в среднем 136 мл. В этой группе пациентов медиана максимального детрузорного давления составляла 68,5 см вод. ст. при максимальной скорости потока мочи (Q_{max}) - от 8 до 13 мл/с.

Таким образом, нами было выявлено, что у пациентов с ирритативной симптоматикой при проведении комбинированного уродинамического исследования в большинстве наблюдений диагностируются признаки гиперактивности детрузора. Следовательно, установление причины нарушений функции нижних мочевых путей позволит проводить патогенетически обоснованную терапию, направленную на восстановление свойств детрузора.

Заключение

Для установления причины нарушений мочеиспускания больным с выраженной ирритативной симптоматикой при ДГПЖ рекомендовано проведение уродинамического обследования, включающего в себя урофлоуметрию, цистометрию и исследование давления - поток. Уродинамическое исследование является не только важным дополнением, а неотъемлемой частью алгоритма обследования пациентов с различными заболеваниями, проявлениями которых являются так называемые симптомы нарушения нижних мочевых путей, т.к. это позволяет дифференцировать нарушения фазы наполнения и опорожнения мочевого пузыря и определить правильную тактику лечения обследованных пациентов.

При таком подходе можно установить

особенности нарушения функции нижних мочевых путей и выявить причину дизурии, в том числе и недержания мочи, что имеет исключительно важное значение для прогноза болезни. Точная диагностика особенностей и

причин нарушения функции нижних мочевых путей с последующим проведением патогенетической терапии будет способствовать существенному улучшению результатов лечения больных данной категории.

Сведения об авторах статьи:

Аляев Юрий Геннадьевич – д.м.н., чл.-корр. РАМН, профессор, зав. кафедрой урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, раб. тел. (499) 248-71-55

Локшин Константин Леонидович – д.м.н., ст. науч. сотрудник кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, e-mail: k_lokshin@hotmail.com

Гаджиева Зайда Камалудиновна – д.м.н., сотрудник кабинета уродинамической диагностики клиники урологии УКБ №2 Первого МГМУ им. И.М.Сеченова раб. тел. (499) 248-71-22, e-mail: zaida-gadzhieva@rambler.ru

Тангриберганов Мурат Рейимберганович - аспирант кафедры урологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, e-mail doc.uro@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Гиперактивность детрузора и ургентное недержание мочи. Пособие для врачей. - СПб., 1999. - 48с.
2. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Гаджиева З.К. Расстройства мочеиспускания. - М.: Литтера, 2006. - 208 с.
3. Гаджиева З. К., Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания: Дисс...док. мед. наук. - М., 2009.
4. Газимиев М. А. Эхоуродинамическая диагностика расстройств мочеиспускания: Дисс... канд. мед. наук. - М., 1999.
5. Данилов В.В., Елисеева Е.В. Влияние альфа 1-адреноблокатора Камирен XL на циркадные ритмы мочеиспускания у больных с гиперактивным мочевым пузырем // Эффективная фармакотерапия в урологии №2. - 2010. - С. 14-16.
6. Данилова Т.И., Петров С.Б., Данилов В.В. Недержание мочи при напряжении и α 1-адреноблокаторы: теоретическое обоснование концепции консервативной терапии // Эффективная фармакотерапия в урологии. - 2010. - №4. - С. 42-48.
7. Козырев С. В., Диагностика и лечение гиперактивного мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы: Дисс. ...канд. мед. наук. - М., 2008.
8. Kaplan S.A., Bowers D.L., Te A.E., Olsson C.A. Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy // J. Urol. - 1996. - Vol. 155, № 4. - P. 1305-1308.
9. Abrams P.H., Wein A. Overactive: bladder and its treatment // Urology. - 2000. - Vol. 55, Suppl. 5A. - P. 314-317.
10. Flisser A.J., Blaivas J.G. Role of cystometry in evaluating patients with overactive bladder // Urology. - 2002. - Vol. 60. - P.33-42.
11. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. - М.: Вече, 2003. - 160 с.
12. Ромих В.В., Сивков А.В. Симптомы нарушения функций нижних мочевых путей: уродинамические аспекты // Consilium medicum. Экстравыпуск. Материалы симпозиума «Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Здравый подход. Разумное лечение». - М., 2006. - С.10-12.

УДК 616.69-008.33

© Н.Д. Ахвледиани, П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляев, 2011

Н.Д. Ахвледиани¹, П.В. Глыбочко^{1,2}, Ю.Г. Аляев^{1,2}

КОЛЛИКУЛИТ КАК ПРИЧИНА ПРИОБРЕТЕННОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

¹ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», г. Москва

²НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека, г. Москва

Цели и задачи. Изучение взаимосвязи между эндоскопическими изменениями семенного бугорка и вторичного преждевременного семяизвержения. Анализированы результаты задней ирригационной уретроскопии, выполненной 162 больным хроническим простатитом в возрасте 34.1±12.3 года. Учитывали только размеры семенного бугорка, которые не могли исказиться от лидокаинсодержащих субстанций. У 79 (48.8%) из 162 обследованных больных хроническим простатитом отмечались признаки преждевременной эякуляции, а в 83 (51,2%) наблюдениях эякуляторных нарушений не выявляли. Гипертрофия семенного бугорка констатирована у 9 (5.5%) из 162 пациентов. При этом лишь 3 (33.3%) из них жаловались на преждевременную эякуляцию. Гипертрофия семенного бугорка взаимосвязана с хроническим простатитом, но не увеличивает риск приобретенной преждевременной эякуляции. В связи с этим выполнение задней ирригационной уретроскопии у больных данной категории нельзя считать рекомендованным.

Ключевые слова: преждевременное семяизвержение, колликулит, семенной бугорок, хронический простатит.

N.D. Akhvlediani, P.V. Glybochko, Yu.G. Aliayev

COLLICULITIS AS THE CAUSE OF ACQUIRED PREMATURE EJACULATION: MYTH OR REALITY?

The purpose of the study was to reveal a correlation between verumontanum endoscopic changes and secondary premature ejaculation. The results of posterior irrigation urethroscopy performed in 162 patients with chronic prostatitis at the age of 34.1±12.3 were analyzed. Only the size of a verumontanum that could not be distorted by lidocaine-containing substances, were taken into account. Signs of premature ejaculation were observed in 79 (48.8%) out of 162 examined patients with chronic prostatitis, and in 83 (51.2%) cases there were no ejaculatory disorders detected. Verumontanum hypertrophy was identified in 9 (5.5%) out of 162 patients. However, only 3 (33.3%) of them complained of premature ejaculation. Verumontanum hypertrophy correlates with chronic prostatitis, but does not increase the risk of acquired premature ejaculation. Therefore, posterior urethroscopy in patients of this cohort cannot be considered advisory.

Key words: premature ejaculation, colliculitis, verumontanum, chronic prostatitis.