

поллакиирии, снижение императивности позывов, сокращение ноктурии. Однако полное прекращение эпизодов ургентной инконтиненции было достигнуто только у 4 женщин (11 %).

Достигнутые результаты сохранялись у всех пациенток через месяц после лечения, что исключает возможность объяснить прекращение стрессовой инконтиненции только отеком уретры вследствие фототермического воздействия.

Через 3 месяца после лечения усиление стрессовой инконтиненции отметили 37 женщин (43 %),

но не до состояния, имевшего место до проведения лазерной фототермотерапии. Все пациентки отметили эффективность и хорошую переносимость лечения, качество их жизни существенно повысилось.

Таким образом, лазерная фототермотерапия является эффективным, малоинвазивным методом лечения недержания мочи у женщин и может стать определенной альтернативой хирургическому лечению стрессовой инконтиненции, особенно у больных пожилого возраста.

## **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ОЦЕНКИ МОЧЕИСПУСКАНИЯ ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

© *А. А. Дундяков, А. А. Шевырин*

ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет» МЗ РФ (г. Ярославль)

**Цель исследования** — оценка необходимости изучения расстройств мочеиспускания у пациентов хирургического профиля перед планируемой операцией и в послеоперационном периоде. В рамках данной цели были поставлены следующие **задачи**:

1. Выявить факторы риска развития острой задержки мочеиспускания (ОЗМ) в послеоперационном периоде у пациентов хирургического профиля и изучить частоту их встречаемости.
2. Разработать методы профилактики развития ОЗМ у пациентов хирургического профиля в послеоперационном периоде и оценить оправданность включения в протокол предоперационной подготовки препаратов группы альфа 1-адреноблокаторов.

**Материалы и методы.** Для изучения частоты и факторов риска возникновения ОЗМ в послеоперационном периоде нами обследованы 165 пациентов хирургического отделения, подвергнутых различным видам оперативного лечения. Возраст больных составил от 45 до 76 лет.

Распределение больных по видам оперативного пособия: резекция желудка по поводу язвенной болезни желудка (55 человек, средний возраст  $56 \pm 4,1$  лет), аппендэктомия (45 пациентов, средний возраст  $54 \pm 3,8$  года), холецистэктомия (30 больных, средний возраст  $57 \pm 3,1$  лет), ушивание прободной язвы желудка (15 человек, средний возраст  $53 \pm 3,2$  года), венэктомия при варикозном расширении вен нижних конечностей (20 пациентов, средний возраст  $54 \pm 3,1$  года). Затем для разработки методов профилактики ОЗМ в послеоперационном

периоде проанализированы результаты обследования и лечения 92 пациентов, прооперированных по поводу различной хирургической патологии, входящих в группу риска возникновения острой задержки мочи. Данные пациенты были включены в исследование на основании оценки факторов риска развития ОЗМ, выявленных на первом этапе работы.

Больные были разделены на две группы. Основная группа включала 47 человек, возраст составлял от 52 до 75 лет, средний возраст был  $54 \pm 14$  лет. Контрольная группа состояла из 45 человек, возраст варьировал от 52 до 70 лет, средний возраст составил  $55 \pm 12$  лет.

Больные основной группы в течение 5 суток перед операцией и 10 суток после операции получали тамсулозин в дозировке 0,4 мг однократно в сутки. Больные контрольной группы в комплексной терапии предоперационного и послеоперационного периодов альфа-адреноблокаторы не получали.

Всем больным выполнены следующие лабораторные и дополнительные инструментальные обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (определение уровня мочевины и креатинина), определение уровня ПСА, УЗИ с определением объема предстательной железы и объема остаточной мочи, урофлоуметрия, оценка симптомов заболевания простаты в баллах по шкале IPSS.

**Результаты исследования.** Из 165 пациентов, наблюдаемых нами в хирургическом отделении в послеоперационном периоде, ОЗМ возникла у 20 больных (12 % наблюдений), средний возраст больных составил  $52,3 \pm 12,2$  лет.

При обследовании этих пациентов по данным УЗИ объем предстательной железы в среднем составил  $52 \pm 5,4$  см<sup>3</sup>, объем остаточной мочи в среднем составил  $110 \pm 25,0$  см<sup>3</sup>. По данным урофлоуметрии  $Q_{\max}$  в среднем составила  $6,2 \pm 2,4$  мл/сек, суммарный балл по шкале IPSS составил  $17,0 \pm 2,0$  баллов.

У остальных 145 пациентов в послеоперационном периоде каких-либо дизурических явлений не отмечалось, средний возраст составлял  $48,4 \pm 7,2$  лет. Данные обследования пациентов данной группы: объем простаты составил в среднем  $34 \pm 4,2$  см<sup>3</sup>, объем остаточной мочи в среднем составил  $15,0 \pm 5,2$  см<sup>3</sup>,  $Q_{\max}$  в среднем составляла  $16,2 \pm 5,1$  см<sup>3</sup>, суммарный балл по шкале IPSS составил  $12,9 \pm 3,2$  баллов.

Данные показатели явились критериями включения пациентов в группы исследования эффективности использования методов профилактики ОЗМ в послеоперационном периоде.

При анализе результатов наблюдения и лечения пациентов обеих групп выявлено, что среди паци-

ентов контрольной группы в послеоперационном периоде у 5 человек (11,1 %) возникла ОЗМ. Среди пациентов основной группы при назначении альфа-1-адреноблокаторов случаев возникновения ишурии не наблюдалось.

#### Выводы

1. Факторами риска возникновения ОЗМ в послеоперационном периоде у хирургических больных являются: увеличение объема остаточной мочи, снижение максимальной скорости потока мочи, рост суммарного балла по шкале IPSS и возраст пациента.
2. Частота встречаемости ОЗМ в послеоперационном периоде у данной группы пациентов составляет 12 %.
3. Включение в протокол предоперационной подготовки пациентов хирургического профиля препаратов группы альфа-1-адреноблокаторов является эффективным методом профилактики развития ОЗМ в послеоперационном периоде.

## БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА И МУЛЬТИСИСТЕМНАЯ АТРОФИЯ. РОЛЬ УРОЛОГА

© *Е. С. Коришнова, Г. Р. Попов*

ГБУЗ «Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева»  
Департамента здравоохранения г. Москвы

**Введение.** При клинической схожести, особенно на ранних этапах развития болезни Паркинсона (БП) и мультисистемной атрофии (МА), патоморфологические особенности данных заболеваний существенно различаются. Исследование вегетативных нарушений, в частности, определение типа нарушений акта мочеиспускания, может быть применено в дифференциальной диагностике характера нейродегенеративного процесса.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 43 больных БП со средним возрастом 63,2 года и стадией болезни по шкале Хен-Яр в среднем 2,2. У всех пациентов были исключены органические заболевания мочевого тракта, которые могли бы привести к НАМ. Полученные данные сопоставлялись с результатами исследования уродинамических нарушений у больных МА, проведенного Sakakibara (2011).

**Результаты.** На основании шкалы IPSS симптомы нижних мочевых путей (СНМП) выявлены у 30 (69,8 %) больных БП. Нарушения акта мочеиспускания встречались у больных с более выраженной неврологической симптоматикой.

Анализ средней продолжительности БП и времени возникновения СНМП показал, что нарушения акта мочеиспускания в среднем появлялись через 3,5 года от возникновения БП. Уродинамическими находками стали: нейрогенная детрузорная гиперактивность 93 % больных — без инфравезикальной обструкции 57 %, со снижением сократительной способности детрузора 14 %, у 4 % — с брадикинезией поперечно-полосатого сфинктера уретры (ППСУ); у 25 % больных получены неоднозначные результаты в фазу опорожнения мочевого пузыря. Кроме того, у 7 % выявлена детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД). Позднее у пациентов с нарушением работы ППСУ были выявлены распространенный остеохондроз и гемангиома на уровне Th 10. Описанные находки, вероятно, явились причиной дискоординации ППСУ. У больных МА СНМП имели место в 90 % случаев. В среднем нарушения акта мочеиспускания появлялись в течение первых двух лет заболевания. У ряда пациентов жалобы на урологические нарушения были единственными. Уродинамическими особенностями при МА оказались: