

6. Brage S. Emotional distress as a predictor for low back disability : a prospective 12-year population-based study / S. Brage, I. Sandanger, J. F. Nygard. // Spine. — 2007. — Vol. 32 (2). — P. 269-274.

7. Кукушкин М. Л. Общая патология боли : рук. для врачей / М. Л. Кукушкин, Н. К. Хитров. — М. : Медицина, 2004. — 141 с.

8. Курако Ю. Л. Сборник методик и тестов исследования вегетативного отдела нервной системы / Ю. Л. Курако. — Одесса, 1999. — 192 с.

9. Japanese Orthopaedic Association (JOA). — Japanese Orthopaedic Association Assessment Criteria Guidelines Manual, 1996. — P. 46-49.

10. Лысенко Г. И. Проблема боли в общей врачебной практике : учеб.-метод. пособие для семейных врачей

/ Г. И. Лысенко, В. И. Ткаченко. — К. : Медкнига, 2007. — 196 с.

11. Мачерет Є. Л. Остеохондроз поперекового відділу хребта, ускладнений грижами дисків : підручник / Є. Л. Мачерет, І. Л. Довгий, О. О. Коркушко. — К., 2006. — Т. 2. — 480 с.

12. Антамонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антамонов. — К., 2006. — 568 с.

УДК 616.65-006.55-08

М. І. Ухаль, І. П. Пустовойт, Г. М. Ухаль

## ЛІКУВАННЯ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА Й АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Одеський державний медичний університет,  
Одеська обласна клінічна лікарня

Відомо, що у хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози у 40–60% випадків розвивається мимовільне скорочення детрузора, яке нині позначається терміном «гіперактивний сечовий міхур» (ГАСМ) [1]. Розвиток ГАСМ при доброякісній гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) зумовлений інфравезикальною обструкцією, приєднанням запального процесу, порушенням кровообігу у сечовому міхурі та в детрузорі, апоптозом гладком'язових волокон детрузора [2]. Важливо також відзначити, що ГАСМ не усувається у багатьох хворих після оперативного видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози та ліквідації механічного фактора обструкції [3]. Відомо також, що у розвитку іритативної й обструктивної симптоматики у хворих із ДГПЗ важливу роль відіграє активація  $\alpha_1$ -адренорецепторів, що розташовуються переважно у шийці сечового міхура, задній уретрі та в передміхуровій залозі [4].

Відомі способи медикаментозного лікування ГАСМ внаслідок зменшення частоти й ам-

плітуди мимовільних скорочень сечового міхура із застосуванням антихолінергічних препаратів — дриптану або тропацину [5]. Для лікування ГАСМ використовуються також блокатори  $\alpha_1$ -адренорецепторів Кардура або Омнік [6]. Недоліком цих способів є низька ефективність (до 55 %). Це пов'язано з тим, що  $\alpha_1$ -адренорецептори, на які діє Кардура, розташовуються тільки у шийці сечового міхура, передміхуровій залозі та простатичному відділі уретри. Проте розвиток ГАСМ відбувається з одночасною активацією не тільки  $\alpha_1$ -адренорецепторів, а також  $\beta$ -адренорецепторів, що локалізуються у сечовому міхурі [7; 8]. Використання лише блокаторів  $\beta$ -адренорецепторів без застосування блокатора  $\alpha_1$ -адренорецепторів може призвести до затримки сечі.

**Метою** нашої роботи є підвищення ефективності лікування гіперактивного сечового міхура й астенічного синдрому у хворих із ДГПЗ після видалення гіперплазованих тканин простати завдяки одночасному застосуванню в післяопераційно-

му періоді адренолітика Везикару, блокатора  $\alpha_1$ -адренорецепторів Омніку (Омнік Окас) і седативного фітопрепарату Персену.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведені у 22 хворих із ГАСМ, що розвивався на фоні ДГПЗ. Вік досліджуваних хворих коливався від 55 до 74 років.

Усім хворим із ГАСМ, що розвивався на фоні ДГПЗ, проведено оперативне лікування. При цьому 14 пацієнтам під спинномозковою анестезією виконано трансуретральну резекцію (ТУР) гіперплазованих тканин простати, а 8 хворим — відкрите черезміхурове видалення цих тканин.

Наявність ГАСМ у хворих із ДГПЗ підтверджували результати дослідження: облік сечовипускань протягом доби, підрахунок кількості імперативних позивів, визначення середнього ефективного об'єму сечового міхура й інтервалу між сечовипусканнями; підрахунок кількості епізодів імпера-



Таблиця 1

**Динаміка клінічних симптомів у хворих із ГАСМ та супровідною ДГПЗ до і після видалення гіперплазованих тканин простати**

| Клінічні симптоми                                | До операції | Після операції    |               |               |
|--------------------------------------------------|-------------|-------------------|---------------|---------------|
|                                                  |             | На 1-шу–2-гу добу | На 30-ту добу | На 60-ту добу |
| Кількість сечовипускань на добу                  | 14–16       | 15–16             | 8–10*         | 6–7*          |
| Частота імперативних позивів                     | 12–14       | 14–15             | 3–5*          | 1–2*          |
| Середній об'єм сечового міхура, мл               | 50–70       | 60–70             | 120–150*      | 170–210*      |
| Інтервал між сечовипусканнями, год               | 1–1,3       | 1–1,5             | 3–4*          | 4–5*          |
| Кількість епізодів імперативного нетримання сечі | 4–5         | 5–7               | 1–2*          | 0–1*          |

Примітка. У табл. 1, 2: \* — різниця статистично вірогідна ( $P < 0,05$ ).

Таблиця 2

**Показники симптомів сечовипускання, якості життя й уродинаміки у хворих із ГСМ і супровідною ДГПЗ до і після видалення гіперплазованих тканин простати**

| Показники                                              | До операції  | Після операції |               |               |
|--------------------------------------------------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
|                                                        |              | На 12-ту добу  | На 30-ту добу | На 60-ту добу |
| IPSS, бали                                             | 19,2±1,6     | 19,8±2,1       | 6,8±2,3*      | 5,9±2,4*      |
| Qмін, мл/с                                             | 4,4±0,8      | 5,9±1,8        | 12,1±1,6*     | 12,8±2,1*     |
| Qмакс, мл/с                                            | 8,9±1,2      | 9,3±2,4        | 19,2±3,1*     | 19,8±3,2*     |
| Залишок сечі, мл                                       | 104,0±16,0   | 30,9±4,2*      | 21,8±4,3*     | 8,5±2,1*      |
| Рівень астенії за анкетною астеною MFI-20 (норма 41,0) | 60,40±±9,64* | 66,40±±9,24*   | 46,50±±4,64   | 46,50±±4,64   |
| Якість сну (норма 24,0)                                | 40,40±±2,84* | 46,50±±3,14*   | 28,40±±1,94   | 23,80±±1,83   |
| Депресивні прояви (норма 6,0)                          | 14,90±±2,65* | 17,90±±3,91*   | 7,90±±3,15    | 5,90±±1,45*   |
| Якість життя QoL, бали (норма 0–1)                     | 4,3±±0,5*    | 5,2±±0,6*      | 4,1±±0,4*     | 3,9±±0,7*     |

тивного нетримання сечі й обчислення максимальної швидкості сечовипускання. Ступінь порушення сечовипускання вивчали із застосуванням розгорнутої урофлоуметрії, а також за міжнародною системою сумарної оцінки симптомів при захворюванні передміхурової залози (IPSS).

Для оцінки загального стану хворих і виявлення психоемоційних порушень, які негативно діють на якість життя проводили такі дослідження:

— визначення рівня астенії (за анкетною астеною MFI-20);

— з'ясування порушення нічного сну (за анкетною суб'єктивних порушень сну);

— вивчення ступеня депресивних проявів (за тестом Бека) [8];

— визначення якості життя (QoL).

#### Результати дослідження та їх обговорення

Лікування у ранньому післяопераційному періоді (з 1-го по

12-й день) було традиційним із застосуванням антибіотиків (цефтазидим + метрагіл протягом 5 днів; фурамаг + офлоксин упродовж 7 днів), анальгетиків (баралгін або кетанов протягом 7 днів), антикоагулянтів (фраксипарин або гепарин упродовж 8 днів). Після видалення уретральних дренажів, а у 8 хворих і епіцистостом, прояви ГАСМ залишалися в усіх 22 обстежуваних пацієнтів. Важливо також відзначити, що у 16 хворих виразність клінічних проявів була значно вищою, ніж до оперативного лікування. З огляду на це, усім досліджуваним хворим з 13-го дня після операції проводило курс лікування М-холінолітиком Везикаром і блокатором  $\alpha_1$ -адренорецепторів Омніком (Омнік Окас), а також седативний фітопрепарат Персен. Везикар призначали по 5 мг двічі на добу незалежно від прийому їжі, а Омнік (Омнік Окас) — по 4 мг на добу на ніч після прийому їжі. Персен застосовували по 2 драже двічі на добу. Усі ці препарати хворі приймали протягом 30 днів. Побічних ефектів, що потребували б припинення лікування цими препаратами, не відзначалося.

Сумарна ефективність комбінованого лікування хворих із ГАСМ після видалення гіперплазованих тканин простати М-холінолітиком Везикаром і блокатором  $\alpha_1$ -адренорецепторів Омніком (Омніком Окас), а також седативним фітопрепаратом Персеном наводиться у табл. 1 і 2.

Як видно з табл. 1 і 2, у результаті проведеного лікування М-холінолітиком Везикаром і блокатором  $\alpha_1$ -адренорецепторів Омніком (Омнік Окас) та седативним фітопрепаратом Персеном у хворих із ГАСМ після видалення гіперплазованих тканин простати на 30-ту і 60-ту добу після операції відзначалося статистично вірогідне сумарне поліпшення показників динаміки клінічних симптомів ГАСМ, а також даних уро-



динаміки та якості життя. Із наведених результатів нейропсихосоматичних досліджень у хворих із хронічним циститом видно, що найбільшими відхиленнями показників астеничного синдрому та депресивних проявів.

Під час оцінки ефективності лікування добрі результати відзначались у 18 (81,8 %) хворих, задовільні — у 3 (13,6 %) і незадовільні — у 1 (4,6 %) пацієнта.

### Висновки

1. Оперативне видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози, усунення механічного фактора обструкції та використання традиційних методів лікування хворих у післяопераційному періоді не усувають порушення уродинаміки, у тому числі клінічні симптоми гіперактивного сечового міхура.

2. Використання медикаментозної корекції гіперактивного сечового міхура після оперативного видалення гіперплазованих тканин передміхурової залози і одночасний курс лікування блокатором мускаринових холінорецепторів детрузора препаратом Везикар, блокатором  $\alpha_1$ -адренорецепторів Омніком (Омнік Окас) і седативним препаратом Персеном є ефективним, дозволяє реабілітувати практично дезадаптованих хворих чоловіків середнього віку і літніх пацієнтів, що раніше вважалися низько курабельними.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Мазо Е. Б. Гиперактивный мочево́й пузырь / Е. Б. Мазо, Г. Г. Кривобородов. — М.: Издательский дом «Вече», 2003.  
2. Переверзев А. С. Гиперактивный мочево́й пузырь у пожилых мужчин / А. С. Переверзев // Здоровье мужчин. — К., 2003. — С. 3.

3. Марков А. В. Комплексная терапия ирритативных расстройств мочеиспускания после ТУР ДГПЖ / А. В. Марков // Урология. — 2007. — № 4. — С. 41-44.

4. Лорон О. Б. Применение дриптана у больных с императивными формами расстройства мочеиспускания / О. Б. Лорон, Д. Ю. Пушкарь, К. П. Тевлин // Урология. — 1998. — № 4. — С. 24-26.

5. Кривобородов Г. Г. Тропацин в лечении больных гиперактивным мочево́м пузырем / Г. Г. Кривобородов, П. Г. Шварц // Терапевтический архив. — 2001. — Т. 73. — С. 55-58.

6. Chaple C. Selective  $\alpha$ -adrenoreceptor antagonist in benign prostatic hyperplasia / C. Chaple // Eur. Urol. — 1996. — Vol. 29. — P. 129-144.

7. Cucchi A. Detrusor instability and bladder outflow obstruction. Evidence for correlation between the severity of obstruction and the presence of instability / A. Cucchi // Br. J. Urol. — 1988. — Vol. 61.

8. Thomas A. W. Lower urinary tract symptom benign prostatic obstruction and the overactive bladder / A. W. Thomas, P. Abrams // Br. J. Int. — 2000. — Vol. 85. — P. 57-68.

УДК 616.36-008.5(043.3)

В. В. Грубнік, Д. В. Герасимов, В. В. Готка

## П'ЯТНАДЦЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНИХ ЖОВТЯНИЦЬ

Одеський державний медичний університет

Лікування механічної жовтяниці з приводу холедохолітазу за допомогою ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатикографії (ЕРХПГ), із виконанням ендоскопічної ретроградної папілосфінктеротомії (ЕРПСТ) та видаленням конкрементів уже давно є загальноприйнятим. За статистикою, ендоскопічні лікувальні заходи виявлялись успішними при виконанні ЕРХПГ у 92,7 % пацієнтів, а ендоскопічні папілотомії у 95,4 %. Ускладнення при застосуванні цих двох методик становили 12,8 %.

Спроба ендоскопічної деконпресії жовчних шляхів у 266 пацієнтів, які не мали холедо-

холітіазу, у 94 % випадків була успішною, позитивна динаміка при цьому відзначалась у 92 %. Після втручання виникли ускладнення: у 7,9 % хворих кровотеча (2 пацієнти померли), у 9 (3,6 %) — розвиток панкреатиту. Черезшкірне втручання виконане 242 хворим, 206 (97,2 %) проведено зовнішнє дренивання, із них у 175 (72,5 %) — успішне стентування зони обструкції. У ранньому післяопераційному періоді 13 (6,3 %) хворих померли від печінкової недостатності, у 9 (4,4 %) виникла дислокація дренажу з протоки (3 померли). При стисканні холедоха доброякісного генезу у всіх хворих вдалося

нормалізувати пасаж жовчі (як ендоскопічними методами, так і черезшкірним втручанням). Проводилось ендоскопічне стентування у 14 і черезшкірне — у 16 хворих із післяопераційними стриктурами гепатикохоледоха. Після ендоскопічного стентування у 4 (28,6 %) хворих виникли ознаки часткового рестенозу, після черезшкірного у віддаленому терміні спостереження (від 3 до 7 років) рестенозу не виявлено.

Як відомо, основними причинами механічної жовтяниці є холедохолітаз, пухлинні ураження органів панкреатобіліарної зони та рубцеві стриктури гепатикохоледоха [1]. Лікуван-

