

**ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО
ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДГПЖ**

Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри, П.В. Созданов

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ,
Санкт-Петербург*

Эпидемиологический анамнез собран у 105 больных МКБ (основная группа) и у 69 здоровых лиц (контрольная группа). Такие объемы выборок оптимальны для надежного выявления закономерностей с использованием многомерных статистических техник [1]. Анамнез включал срок проживания на данной территории, сопутствующие заболевания у пробанда, заболевания у прямых родственников пробанда, профессиональный маршрут и характер питания.

Анализ полученных данных был проведен в три этапа. На первом этапе была оценена сила влияния потенциальных факторов на развитие МКБ без учета их возможных взаимодействий. Для этого использовали отношение шансов θ и его натуральный логарифм – логит, вычисляя частоты встречаемости значений показателя по медиану и выше медианы в основной и контрольной группах. Выявление роли сочетанного воздействия факторов проводили в ходе второго этапа анализа – оптимального шкалирования, редукцией данных с обобщением по методу главных компонент и факторному анализу. На третьем этапе статистического анализа построено дерево классификации для алгоритмизации выделенных групп риска.

Использование техник статистического анализа данных в изучении групп заболевших МКБ и здоровых лиц позволило из известных факторов риска заболевания выделить ведущие факторы, имеющие характер внутренних – наследственную предрасположенность и модель метаболизма. Все прочие факторы, в том числе внешние средовые воздействия, имеют характер условий, способствующих реализации заболевания.

Литература

1. Sapnas K.G., Zeller R.A. Minimizing sample size when using exploratory factor analysis for measurement. J. Nurs. Meas. 2004; 10 (2): 135–154.

Введение. В 25–35% случаев хирургическое лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) не избавляет от симптомов нижних мочевых путей (СНМП) и гиперактивности мочевого пузыря (ГМП). Лечение ГМП у таких пациентов представляет трудности вследствие нарушения функции детрузора из-за длительно текущей инфравезикальной обструкции. Одним из возможных методов лечения ГМП может являться комплексная терапия, включающая экстракорпоральную магнитную стимуляцию (ЭКМС) тазового дна и медикаментозную терапию. Нашей задачей стала оценка эффективности комплексной терапии в лечении ГМП после хирургического лечения ДГПЖ.

Ключевые слова: ДГПЖ, СНМП, экстракорпоральная магнитная стимуляция.

Пациенты и методы. В исследование включены 58 пациентов с наличием СНМП до и после хирургического лечения ДГПЖ, которое было выполнено в сроки от 1 до 3 лет. Средний возраст больных составил 67,45,6 года. У всех пациентов сумма баллов на вопросы 2,4,7 шкалы IPSS (симптомы наполнения) составила ≥ 10 баллов. Пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 28 пациентов, которые получали медикаментозную терапию ГМП 1 раз в сутки 28 дней. Во вторую группу вошли 30 пациентов, получавшие лечение ЭКМС (система «Авантрон», Реабилитационные технологии, РФ). ЭКМС проводилась в течение 20 мин. с частотой 10 Гц 3 раза в неделю 12 процедур. Третью группу составили пациенты 1-й и 2-й групп, у которых указанное выше лечение было неэффективным. 16 пациентов 3-й группы получали комплексную терапию (медикаментозную и ЭКМС) в течение 28 дней. Результаты оценивали по данным опросника IPSS, дневника мочеиспускания. Эффективной признавалась терапия при сумме баллов по шкале IPSS



<7 при ответах на вопросы 2,4,7 анкеты IPSS или снижении количества urgenных позывов более чем на 30%.

Результаты. В первой группе эффективной терапия оказалась для 20 из 28 пациентов (71,4%), во второй – у 21 из 30 человек (70,0%), в третьей группе эффективной терапия была у 11 из 17 (64,7%). Статистически значимого различия эффективности лечения между подгруппами не получено.

Выводы. Эффективность ЭКМС сопоставима с эффективностью медикаментозной терапии. Комплексная терапия ГМП, включающая сочетание медикаментозной терапии и ЭКМС, может применяться у мужчин после ТУРП с недостаточным ответом на монокомпонентное лечение.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Р.Э. Амдий, С.Х. Аль-Шукри, П.В. Созданов,
Н.О. Кротова

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ,
Санкт-Петербург*

Введение. Эректильная дисфункция (ЭД) и недержание мочи (НМ) встречаются у 72,6 и 20,5% пациентов в течение 1 года после радикальной простатэктомии (РПЭ). Одним из вариантов лечения как ЭД, так и НМ является экстракорпоральная магнитная стимуляция таза (ЭКМС).

Ключевые слова: недержание мочи, эректильная дисфункция, радикальная простатэктомия, экстракорпоральная магнитная стимуляция.

Цель. Определить возможности ЭКМС в лечении пациентов с ЭД и НМ после РПЭ.

Материалы и методы. ЭКМС выполнялась 42 пациентам с ЭД и НМ после радикальной простатэктомии, у которых через 3 мес. после удаления уретрального катетера и выполнения упражнений для мышц тазового дна сохранялись НМ и ЭД легкой или средней степени. Пациенты входили в низкую или промежуточную группу риска биохимического рецидива РП, признаки рецидива РП отсутствовали. Средний возраст пациентов составил $65,9 \pm 7,3$ года. Для осуществления ЭКМС применялся аппарат «Авантрон», «Реабилитационные

технологии», РФ. Процедура длилась 20 мин.: 10 мин. с частотой 10 Гц и 10 мин. с частотой 50 Гц, 3 раза в неделю, курс лечения состоял из 12 процедур. Результаты терапии были оценены с учетом динамики жалоб, данных дневника мочеиспускания, анкеты МИЭФ-5, анкеты ICIQ-SF.

Результаты. После завершения курса терапии ЭКМС у 5 (11,9%) больных сохранялось недержание мочи, 6 (14,3%) пациентов использовали 1 прокладку, а полное удержание мочи было достигнуто у 31 (73,8%) пациента. Общий балл ICIQ-SF после курса ЭКМС уменьшился с $13,1 \pm 0,4$ до $3,8 \pm 0,3$ ($p < 0,05$), также снизился средний балл шкалы ICIQ-SF при ответе на вопросы о частоте подтекания мочи, ее количестве и влиянии недержания мочи на повседневную жизнь ($p < 0,05$). Средний балл МИЭФ-5 увеличился с $14,3 \pm 2,5$ до $17,1 \pm 3,1$ ($p < 0,05$). Терапевтический эффект может быть обусловлен стимуляцией волокон периферических нервов, полового нерва, нейромодуляцией, сокращением поперечнополосатой мускулатуры тазового дна, гладкомышечных элементов мочевого пузыря, уретры, сосудов и улучшением кровотока и микроциркуляции.

Заключение. ЭКМС может быть применена в комплексной послеоперационной реабилитации пациентов с НМ и ЭД после РП.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МИОФАСЦИАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТАЗОВОГО ДНА В СОЧЕТАНИИ С СИМПТОМАМИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Ю.А. Аносова, Е.А. Воронина, Т.Н. Макеева,
Е.А. Жидконожкина

*Центр семейной медицины «Олимп Здоровья»,
Воронеж*

Введение. Миофасциальный болевой синдром (МФБС) тазового дна часто сочетается с симптомами нижних мочевых путей. Метод транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), воздействуя на повышенный тонус мышц тазового дна, способен оказать положительное воздействие на восстановление уродинамических показателей.

Материалы и методы. 28 пациентов (средний возраст ± 35 лет) разделены на группы: I – 10 человек (6 женщин и 4 мужчины), которым проводилось лечение центральными миорелаксантами (толперизона гидрохлорид) в суточной дозе 450 мг