

После восстановления самостоятельного мочеиспускания все пациенты отмечали симптомы гиперактивного мочевого пузыря, причем основными симптомами были urgency и поллакиурия. При выраженных проявлениях ГАМП и небольшим объемом остаточной мочи пациенты продолжали прием альфа-блокаторов, с осторожностью назначались М-холинолитики, проводилась тибальная нейромодуляция. Выраженность симптомов ГАМП уменьшалась в сроки до 2 месяцев. У пациента, после закрытия цистостомы, urgency сохранялась длительное время, однако на фоне лечения удалось добиться прекращения urgency недержания мочи.

Симптом острой задержки мочи, как проявление нейрогенного мочевого пузыря, относительно редкое осложнение в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших операцию на позвоночнике, он требует пристального контроля со стороны уролога и нейрохирурга. Всесторонний подход в лечении, с использованием современных препаратов, улучшающих мочеиспускание, профилактика септических осложнений, уход позволяют добиться хороших результатов в лечении этой проблемы и восстановить качество жизни этих больных.

Патогенетическая терапия мочекаменной болезни у мужчин

Назаров Т.Н., Новиков А.И., Александров В.П., Михайличенко В.В.

Кафедра урологии и андрологии, ГОУ ДПО СПБМАПО, г. Санкт-Петербург.

Введение. Проблема мочекаменной болезни сохраняет свою актуальность во всем мире в связи с неуклонным ростом заболевания, который ежегодно составляет 0,5-5,3% и чаще встречается у людей в возрасте от 30 до 55 лет. Мужчины в 2-2,5 раза чаще женщин болеют нефролитиазом, причем наибольшая частота заболевания у них приходится на четвертое и пятое десятилетия жизни (Bartoletti R., et al., 2007, Yasui T., et al., 2008).

Материал и методы. 82 мужчинам с мочекаменной болезнью в возрасте от 40 до 80 лет проведено исследование содержания тестостерона, лютеинизирующего гормона (ЛГ) и глобулин связывающего половые стероиды (ГСПС) в плазме крови. Симптомы возрастного андрогенного дефицита выявлены у 43 (52,4%) больных. Тестостерон на уровне нижней границы нормы (12-14 нмоль/л) определялся у 19 (23,2%), а ниже нормы (2-10 нмоль/л) - у 24 (29,3%) больных. ЛГ (1-9 мМЕ/мл) был повышен у 12 (14,6%) пациентов, у 2 (2,4%) ниже нормы, а у остальных 68 (83,0%) находился в пределах нормы. Нормальный ГСПС (15-60 нмоль/л) был у 17 (20,7%) больных, а у остальных 26 (31,7%) - отмечалось их повышение. При исследовании показателей минерального обмена крови и мочи (уровень кальция, мочевой кислоты, неорганического фосфора, цитрата и магния) у этих пациентов были выявлены следующие метаболические нарушения: гиперкальциемия - у 24 пациентов в сочетании с остеопорозом, гиперкальциурия - у 27 пациентов; гиперурикемия - у 18 пациентов, а гиперурикурия - у 16; гипофосфатемия - у 3, гиперфосфатурия - у 19 пациентов, причем в 4 случаях ложная, обусловленная урезанной и протеиназной активностью микробной флоры; гипомагниемия - у 34, гипомагниурия и гипощитратурия у всех 43 пациентов. Суточный диурез всех пациентов составил $0,84 \pm 0,08$ л/сут. с плотностью мочи более 1012 г/л. Кинематическая вязкость мочи была $1,27 + 0,05$ сСт (норма $1,07 + 0,02$). Всем пациентам в зависимости от стадии андрогенного дефицита в течение 3 месяцев проведена заместительная терапия тестостероном (приоритет на изобретение РФ №2008144526 от 12.11.2008). При показателях тестостерона на уровне нижней границы нормы - пациенты получали в сутки 50 мг тестостерона. Если он был ниже нормы - 100 мг в сутки.

Результаты. В результате андроген - заместительной терапии наблюдались восстановление гормонального баланса крови, снижение костной резорбции и стимуляция костной минерализации. Отмечалась нормализация уровня кальция, фосфора, мочевой кислоты,