



ВПЛИВ АНТИХОЛІНЕРГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ НА СТАН СЕЧОВИПУСКАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ПРОСТАТИЧНОЮ ОБСТРУКЦІЄЮ

Є.Д. Теницька, Р.Б. Савченко, В.О. Одійчук
 Полтавський державний медичний університет, м. Полтава, Україна
 e-mail: tenykaliza@gmail.com

Завдяки еволюції лікувальної тактики за останні 30 років не більше 10-15% хворих на ДГПЗ отримують оперативне лікування.

- При цьому, існуючі стандарти лікування (EAU, AUA) не задовольняють клініцистів:
- через несвоєчасне оперативне втручання незворотні морфологічні зміни сечового міхура (СМ) стають причиною того, що у 35-40% хворих залишаються симптоми нижніх сечових шляхів (СНСШ) після операції
 - спостерігається прямий зв'язок між кількістю ЗС до операції та СНСШ після операції

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити роль антихолінергічного навантаження на стан сечовипускання у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Обстежено 381 пацієнтів хворих на ДГПЗ (67,49±5,95 років):

- стадія компенсації СМ – 232 хворих (I-PSS – 24,75±4,73; ЗС – 126,82±68,30 мл; Q_{max} – 9,41±2,30 мл/с)
- стадія декомпенсації СМ – 149 хворих, оперованих у два етапи (I-PSS – 34,31±1,04; ЗС – 884,26±363,93 мл)

В стадії компенсації СМ:

- 18,5% хворих приймали препарати з високопотенційною антихолінергічною активністю впродовж 9,4±3,2 міс.
- 21,9% хворих приймали препарати з низькопотенційною антихолінергічною активністю впродовж 15,1±9,2 міс.

В стадії декомпенсації СМ:

- 20,81% хворих приймали препарати з високопотенційною антихолінергічною активністю впродовж 21,61±9,04 міс.
- 19,46% хворих приймали препарати з низькопотенційною антихолінергічною активністю впродовж 74,64±80,48 міс.

Конфлікт інтересів відсутній

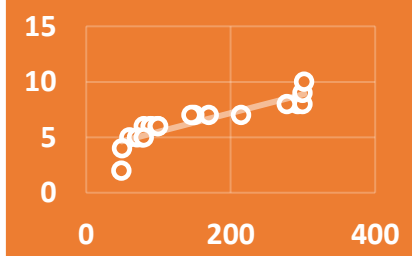
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Групи спостереження:	Стадія компенсації СМ (n=232)		Стадія декомпенсації СМ (n=149)	
	Не приймали АХП (n=149)	Приймали АХП (n=83)	Не приймали АХП (n=99)	Приймали АХП (n=50)
Показники				
IPSS, бали	26,9±2,9*	20,8±3,8	32,8±1,9	34,4±1,4
QoL, бали	4,3±0,7*	3,9±0,6	5,4±0,6	5,8±0,4
Об'єм ЗС, мл	105,1±49,4*	165,8±90,1	695,2±300,1*	1258,6±539,7
Q_{max} , мл/с	10,1±2*	8,3±2,4		
Q_{ave} , мл/с	3,1±0,9*	2,5±1,6		
Ефективний об'єм сечовипускання, мл	196,7±43,7*	151,3±40,9		

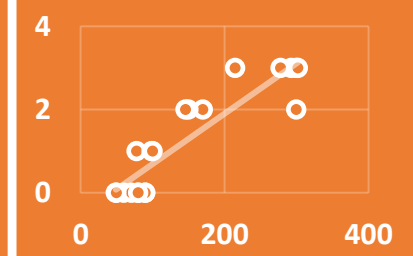
* Різниця статистично достовірна, $p < 0,05$

У хворих на стадії компенсації СМ виявили:

- сильну пряму кореляційну залежність ($r=0,884$)
- між об'ємом ЗС до операції та IPSS через 6 міс. п/о
- сильну пряму кореляційну залежність ($r=0,911$)
- між об'ємом ЗС до операції та QoL через 6 міс. п/о



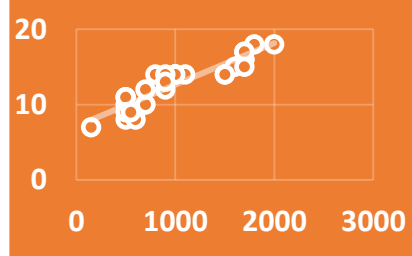
ЗС/IPSS (через 6 міс. п/о)



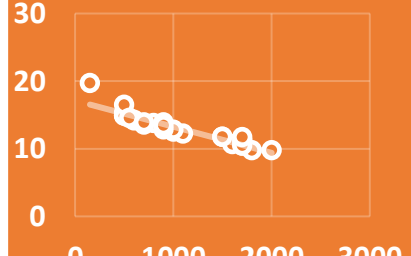
ЗС/QoL (через 6 міс. п/о)

У хворих на стадії декомпенсації СМ виявили:

- сильну пряму кореляційну залежність ($r=0,914$)
- між об'ємом ЗС до операції та IPSS через 6 міс. п/о
- сильну зворотну кореляційну залежність ($r=-0,925$)
- між кількістю ЗС до операції та Q_{max} через 6 місяців п/о



ЗС/IPSS (через 6 міс. п/о)



ЗС/ Q_{max} (через 6 міс. п/о)

ВИСНОВКИ

- Антихолінергічне навантаження у літніх пацієнтів розвивається як внаслідок прийому М-холінолітиків, так і внаслідок тривалого прийому препаратів з низькопотенційною антихолінергічною активністю
- М-холінолітики знижують прояви ГСМ і покращують якість життя хворих на ДГПЗ, але антихолінергічне навантаження сприяє декомпенсації СМ, погіршує результати оперативного лікування
- Збільшення кількості ЗС у хворих на ДГПЗ виступає предиктором декомпенсації СМ