

ного ритма. В этом случае принимают препараты, содержащие парацетамол (**эффергалган, фервекс**), по 500 мг для взрослых и детей старше 12 лет.

При сохранении повышенной температуры тела (более чем через 1,5 часа) можно выпить **анальгин** 500 мг. И не забывайте пить больше жидкости. Даже больным с сердечной недостаточностью или с отечным синдромом при присоединении диареи это необходимо.

**Дарья ХАВКИНА,**  
врач-инфекционист.

## НОЧНОЙ МАРАФОН

*Частое мочеиспускание*

✉ «Прошу доктора Еникеева ответить на такой вопрос: за ночь хожу по-маленькому 5-6 раз. Раньше такого не было. Мне 54 года. Почему вдруг? Проверился у уролога — никаких патологий нет... С чем это может быть связано? Может, какие таблетки попить?»

**Андрей Николаевич В.,**  
Краснодарский край.

Расстройства мочеиспускания (дизурия), или, по-другому, симптомы нижних мочевых путей (профессиональный термин, охватывающий всю гамму существующих расстройств мочеиспусканий), – самое частое патологическое состояние среди всех урологических недугов. С этой проблемой сталкиваются до 80% людей старшего возраста.

Учащенное ночное мочеиспускание (ночная поллакиурия) является довольно серьезной проблемой. Рванный, прерывистый сон негативно сказывается на самочувствии. Снижаются концентрация внимания и работоспособность, возникают нарушения центральной нервной системы – депрессия, раздражительность, ухудшение памяти. Спортсмены и люди, занятые физическим трудом, ощущают прогрессирующее снижение способности к выполнению привычных физических нагрузок.

Причин частого ночного мочеиспускания довольно много. Для простоты восприятия их следует разделить:

1) Причины, которые приводят к учащенному мочеиспусканию малыми порциями мочи.

2) Причины, которые приводят к увеличению ночного количества мочи и, следовательно, закономерному вынужденному пробуждению и мочеиспусканию нормальным объемом мочи (истинная никтурия или ноктурия).

### Мало и часто

К причинам, вызывающим частое мочеиспускание малыми порциями, следует отнести ряд урологических заболеваний – таких как аденома простаты (доброкачественная гиперплазия предстательной железы – ДГПЖ), рак простаты, камни мочевого пузыря, хронический простатит и его обострения, рубцовая деформация шейки мочевого пузыря и простаты вследствие длительно протекающего хронического простатита. Нередко виновником ночной поллакиурии могут быть сужения (стриктуры) уретры, образования (опухоли) мочевого пузыря и простатического отдела мочеиспускательного канала. Менее часто речь может идти об инфекционно-воспалительных заболеваниях (циститах) самого мочевого пузыря. Еще реже виновником проблемы становятся актиномикоз (инфекционное заболевание, вызываемое грибами) и туберкулез органов мочеполовой системы. Иногда подобное состояние может быть обусловлено даже камнем нижней трети мочеточника. Все перечисленные заболевания вызывают учащенное мочеиспускание, в том числе и ночное, за счет чрезмерного раздражения ответственных за позыв рецепторов мочевого пузыря и мочеиспускательного канала.

Кроме того, к учащенному мочеиспусканию малыми порциями может приводить так называемая сенсорная гиперактивность мочевого пузыря. Происходит это из-за оголения его рецепторов. В силу тех или иных обстоятельств слизистая мочевого пузыря теряет гликозаминогликановый слой,

состоящий из полисахаридов и являющийся своеобразным защитным барьером. В результате моча, содержащая большое количество раздражающих веществ, буквально просачивается сквозь стенку мочевого пузыря, постоянно атакуя беззащитные рецепторы подслизистого и мышечного слоев органа. Сниженный порог возбудимости рецепторов и их постоянная активация имитируют состояние наполненного мочевого пузыря, буквально требуя у «хозяина» проснуться и совершить акт мочеиспускания.

Основные причины сенсорной гиперактивности мочевого пузыря для мужчин и женщин едины. Это может быть следствием снижения гормонального фона (климакс, хирургическая кастрация, лечение различных заболеваний с принудительной гормондепривацией) или длительного страдания системными заболеваниями, сопровождающимися поражением сосудов и нервов (нейроангиопатия). Наиболее часто подобное расстройство возникает у пациентов, длительно страдающих сахарным диабетом или различными ревматологическими заболеваниями.

### Средне и обильно

К причинам, вызывающим частое мочеиспускание нормальными объемами, относят состояния и заболевания, сопровождающиеся повышенной почечной фильтрацией мочи в ночное время суток. Преобладание ночного диуреза (объема мочи) над дневным носит название «никтурия» (или «ноктурия») и возникает в основном при сердечно-сосудистой недостаточности. В ночное время пациент может выделить до литра и более мочи. При нормальном физиологическом объеме мужского мочевого пузыря в 220-270 мл подобное количество мочи вполне может стать причиной 4-6 ночных походов в туалет. Это связано с компенсаторной активностью сердечной мышцы в ночное время суток для уменьшения отеков и иных «застойных явлений» в тканях и полостях организма, возникших в течение дня.

Реже причиной подобной ноктурии может быть несахарный диабет, обусловленный нехваткой антидиуретического гормона – вазопрессина. В результате всасывание (реабсорбция) воды в почечных канальцах существенно снижается, что сопровождается увеличением диуреза (объема мочи), количества мочеиспусканий и повышенной жаждой.

### Нейрогенные факторы

Отдельно следует выделить факторы, вызывающие учащенное мочеиспускание малыми порциями (в том числе и никтурию), связанные с нарушением иннервации мочевого пузыря. В результате возникают произвольные, непредсказуемые, интенсивные и малоконтролируемые сокращения мышцы мочевого пузыря (детрузора). Основные причины подобных нейрогенных нарушений – заболевания или функциональные изменения центральной и периферической нервных систем, а также мышц тазового дна и нервных волокон, иннервирующих мочевой пузырь и мочеиспускательный канал. Это могут быть заболевания головного и спинного мозга, самого позвоночного столба, а также состояния, сопровождающиеся патологическим спазмом мышц, в толще которых проходят нервные сплетения. Одной из характерных черт этого вида дизурии (в том числе и никтурии) является резкий, трудно сдерживаемый позыв, который при определенных обстоятельствах может сопровождаться даже потерей части мочи (неудержанием).

### Лечение

Перечисленные состояния и заболевания – далеко не весь спектр расстройств, способных вызывать частые позывы на мочеиспускание, в том числе и ночью. И тем не менее до выбора лечебной тактики в первую очередь необходимо исключить именно их. В лечении подобных пациентов нередко наравне с урологами принимают участие психоневрологи,

гинекологи, эндокринологи и представители многих других медицинских специальностей.

Существуют препараты, позволяющие блокировать рецепторы мочевого пузыря и способные уменьшить частоту мочеиспусканий. В частности, речь может идти об альфа 1 адреноблокаторах (**тамсулозин, доксазозин, теразозин** и аналоги), прием которых осуществляется, как правило, один раз в сутки. При ночной поллакиурии целесообразнее принимать препараты перед сном.

Второй по популярности группой могут являться агонисты бета 3 адренорецепторов. Наиболее популярен препарат **мирабегрон (бетмига)**, назначаемый при гиперактивном мочевом пузыре в дозе 50 мг раз в сутки.

Также при ургентном (проявляющимся сильными позывами) мочеиспускании положительный эффект могут оказать препараты, блокирующие М-холинорецепторы: **солифенацин (везикар), троспия хлорид (спазмекс)**, а также **толтеродин (детрузитол)**. Препараты этой группы, как правило, принимают ежедневно однократно. Возможны комбинации групп препаратов для оптимизации эффекта.

И тем не менее заниматься самолечением при расстройствах мочеиспускания, в особенности приобретающих затяжной и упорный характер, было бы неверно. Урологическое обследование в соответствии с установленными алгоритмами и при необходимости привлечение смежных специалистов позволит осознанно подойти к проблеме, повышая шансы на ее успешное разрешение. Кроме того, своевременное обращение к врачам может предотвратить ряд грозных заболеваний, при которых учащенное мочеиспускание лишь предвестник и «надводная часть айсберга», реально угрожающего жизни человека.

**Михаил ЕНИКЕЕВ,**  
**заведующий вторым урологическим отделением**  
**Клиники урологии Первого МГМУ им. И. М. Сеченова,**  
**профессор, доктор медицинских наук.**

## НАРКОЗ

Когда я в зеркале вижу на своем правом виске аккуратный белый шрамик, мысленно говорю: «Спасибо вам, дорогие врачи Института медицинской радиологии города Обнинска, которые спасли меня от меланомы. Очень хочется позвонить им, но я тут же вспоминаю слова известного британского нейрохирурга Генри Марша: «Самый крупный успех для нас – это когда выздоровевший пациент возвращается домой, к прежней жизни и больше никогда с нами не видится».

Кстати, мы всегда благодарим хирурга и почти никогда анестезиолога, а ведь от него на 50% зависит успех операции! Я знаю, о чем говорю, так как за свою жизнь перенесла три операции под общим наркозом. Первая – в московской клинике. Я не боялась и даже вроде не спала. Но, услышав, что врачи между собой говорят на какие-то посторонние темы, возмутилась: «Когда же вы начнете?!» В ответ раздался дружный смех: «А мы уже закончили!».

Вторая операция под общим наркозом была в моей родной Шевченковской больнице, где я трудилась начмедом. Последнее слово, которое я услышала перед тем, как «отключиться»: «Начинайте». Мысленно ужаснулась: «Как это «начинайте»? Я же еще не сплю!».

Операция прошла успешно, правда, меня после нее долго не могли разбудить. А когда позже я рассказала анестезиологу, как напугало меня его слово «начинайте», он засмеялся:

– Нет, Анна Федоровна, мы с вами потом еще долго беседовали.

– Господи, о чем?!

– Не пугайтесь, все было «в рамках», хотя в фазе «растор-