

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПЕРАТИВНОГО И СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Александр Израилевич Неймарк, Мирослава Витальевна Ряполова

Кафедра урологии и нефрологии (зав. – проф. А.И. Неймарк) Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул, e-mail: x1e1h2@yandex.ru

Реферат

Изучена эффективность медикаментозного лечения 100 женщин с императивным и смешанным недержанием мочи. После лечения троспия хлоридом удлинялось время мочеиспускания, увеличивался его объем и снижалась максимальная объемная скорость потока мочи. Эффект от лечения сохранялся длительное время.

Ключевые слова: императивное, стрессовое и смешанное недержание мочи, консервативное лечение.

Недержание мочи (НМ) остается одной из актуальных проблем современной урогинекологии. Около 24% женщин в возрасте от 30–60 лет и более 50% женщин старше 60 лет отмечают эпизоды НМ в течение жизни [2, 6, 8]. Однако, по данным Д.Ю. Пушкаря, лишь незначительная их часть обращается за медицинской помощью [5].

В клинической практике принято выделять три вида НМ:

1. Императивное – непреодолимые позывы к мочеиспусканию с непроизвольной потерей мочи, причинами которого чаще всего служат нестабильность или гиперрефлексия детрузора, а также снижение эластичности стенки мочевого пузыря.

2. Стрессовое – непроизвольные потери мочи, связанные с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным давлением в отсутствие сокращений детрузора и возникающие под влиянием факторов-стрессов, приводящих к внезапному повышению внутрибрюшного давления (кашель, смех, чихание, поднятие тяжестей, переход из горизонтального положения в вертикальное и т. д.), т. е. при напряжении.

3. Смешанное – сочетание признаков двух вышеуказанных вариантов.

Лечение императивного и смешанного НМ заключается в медикаментозном снижении сократительной активности детрузора и увеличении функциональной емкости мочевого пузыря. В настоящее время наиболее эффективными и безопасными препаратами для комплексного лечения НМ считаются антихолинергические средства.

Цель настоящего исследования – изучение эффективности медикаментозного лечения женщин с императивным и смешанным недержанием мочи.

На клинической базе кафедры урологии и нефрологии с 2008 по 2009 г. получали лечение и наблюдались в динамике 100 женщин в возрасте от 19 до 78 лет (в среднем 53 года) с императивным и смешанным НМ. У 30 (30%) пациенток диагностированы императивные расстройства мочеиспускания, у 70 (70%) – смешанные. Всем больным назначалось комплексное лечение, включавшее троспия хлорид

(спазмекс) 3 раза в день по 15 мг, поведенческую терапию и упражнения Кегеля. Из всего разнообразия антихолинергических препаратов мы остановили выбор на троспия хлориде, эффективность которого была подтверждена во многих исследованиях более чем 20-летним опытом его применения. Троспия хлорид – гидрофильное производное атропина, четвертичный амин. Препарат не проникает через гематоэнцефалический барьер, медленно всасывается из желудочно-кишечного тракта, лишь в незначительной степени подвергается печеночному метаболизму, что определяет низкую вероятность его фармакокинетического взаимодействия с другими лекарственными препаратами, немаловажного у пожилых пациенток с сопутствующей патологией [1]. В нашем исследовании курс лечения варьировал от одного до 3 месяцев. Основными эффектами назначаемой терапии были увеличение интервалов между мочеиспусканиями, снижение интенсивности (вплоть до полного исчезновения) императивных позывов, исчезновение НМ. Обследование больных, проводимое до лечения, через один и три месяца, включало беседу с больной, заполнение дневника мочеиспусканий в течение 72 часов, общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, биохимический анализ крови, а также урофлоуметрию.

Для уточнения характера и степени нарушения акта мочеиспускания женщины регистрировали мочеиспускания в дневнике на протяжении 72 часов перед каждым медицинским обследованием. В дневнике отражалось количество выпитой жидкости, частота и объем мочеиспусканий, наличие императивных позывов и эпизодов НМ.

Урофлоуметрия – метод прямой графической регистрации динамики объемной скорости потока мочи во время акта мочеиспускания. Данные, полученные при обработке урофлоуграм, позволяют судить о проходимости уретры пузырно-уретрального сегмента, а также сократительной активности детрузора. Урофлоуметрию проводили на установке «Laboratoire Delphis 1P» до инструментальных манипуляций на уретре и мочевом пузыре. При достижении позыва на мочеиспускание пациентке предлагалось опорожнить мочевой пузырь в воронку урофлоуметра в привычном для нее положении. После исследования происходил автоматизированный анализ кривой с распечаткой на бумаге графических и цифровых данных. Полученные результаты оценивались качественно и количественно. Обращалось внимание на форму кривой, ее восходящую и нисходящую части.

При количественной оценке определяли 3 показателя урофлоуграм: TQ – время мочеиспускания, отражающее степень проходимости уретры и пузырно-уретрального сегмента, а также функцио-

нальное состояние детрузора; Q_{\max} – максимальная объемная скорость потока мочи, увеличение которой может наблюдаться при гиперфункции детрузора и нормальном состоянии пузырно-уретрального сегмента, мочеиспускательного канала или нормальном функциональном состоянии детрузора и сниженном сопротивлении уретры, при снижении тонуса внутреннего сфинктера (снижение Q_{\max} менее 15 мл/с обычно связано с инфравезикальной обструкцией, реже со снижением сократительной способности детрузора); V – объем выделенной мочи (результаты урофлоуметрии достоверны при выделяемом объеме мочи от 100 до 400 мл).

Нормальные показатели урофлоуграммы (Вишневский Е.Л. и соавт., 2004) представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели урофлоуметрии у здоровых женщин

Показатели	$M \pm m$
TQ, с	8,77 ± 0,66
Q_{\max} , мл/с	29,91 ± 2,18
$V_{\text{сопр}}$, мл	138,11 ± 11,83

Все больные заполняли дневник мочеиспускания до лечения, через 1 и 3 месяца после его начала (табл. 2). Отмечали учащение и уменьшение объема мочеиспускания в сочетании с императивными позывами. На фоне лечения уменьшалась частота дневных и ночных мочеиспусканий, реже возникали императивные позывы и эпизоды НМ, увеличивался объем мочеиспускания. Улучшение наступало через один месяц лечения и сохранялось в течение последующих 2 месяцев. Выраженных побочных эффектов, требующих отказа от лечения, не зарегистрировано. В первый месяц лечения 15 (15%) больных отмечали дисфагию, запоры, сухость во рту, слабость, головокружение и бессонницу; к третьему месяцу переносимость препарата заметно улучшалась.

Таблица 2

Динамика клинических проявлений НМ ($p < 0,001$)

Симптомы	Исходно	Через один месяц	Через 3 месяца
Поллакиурия	15,4 ± 3,1	7,1 ± 1,1	6,9 ± 1,0
Никтурия	3,9 ± 0,4	0,6 ± 0,1	0,4 ± 0,1
Императивные позывы	7,9 ± 1,0	1,8 ± 0,2	2,0 ± 0,3
Ургентное недержание мочи	5,0 ± 0,8	1,5 ± 0,2	1,2 ± 0,2
Объем выделенной мочи	83,0 ± 6,0	120,0 ± 9,0	126,0 ± 9,1

При визуальной оценке урофлоуграмм наблюдались кривые, характерные для стремительного типа мочеиспускания. Количественные показатели урофлоуметрии у пациенток до и после лечения представлены в табл. 3. Исходно регистрировались повышение максимальной объемной скорости потока мочи, снижение объема и продолжительности мочеиспускания.

После лечения увеличивались продолжительность и объем мочеиспускания, снижалась максимальная объемная скорость потока мочи до нормальных показателей.

Из 70 женщин со смешанным типом НМ у 40 (57%) жалобы на императивное НМ исчезли, а у 30 (43%) наблюдалось значительное улучшение. Стрессовый компонент, требующий оперативного лечения, сохранялся у 20 (29%) пациенток.

Приводим клиническое наблюдение больной С.

С. 48 лет обратилась к урологу с жалобами на подтекание мочи при кашле, смехе, физической нагрузке, быстрой ходьбе, позывы на мочеиспускание каждые 1,5–2 часа, при которых не всегда может удержать мочу, ночью мочится 2–3 раза. Общий анализ мочи в норме, в крови изменений нет. При осмотре на гинекологическом кресле опущения стенок влагалища не обнаружено, однако при натуживании моча подтекает. Показатели урофлоуметрии – продолжительность мочеиспускания уменьшена, максимальная объемная скорость тока мочи увеличена, кривая мочеиспускания имеет зигзагообразный характер (рис. 1 а). Диагноз: гиперактивный мочевой пузырь; императивное и стрессовое НД. Назначены спазмекс в дозе 15 мг 3 раза в день, лечебная физкультура для укрепления мускулатуры тазового дна, упражнения Кегеля. Через месяц на осмотре больная отмечала урежение мочеиспусканий до 10 в день, ночью до 1–2 раз, однако стрессовый компонент оставался без изменений. Спазмекс вызывал незначительную сухость во рту. Через 3 месяца лечения количество мочеиспусканий

Таблица 3

Показатели урофлоуметрии у пациенток до и после лечения

Показатели	TQ, с		Q_{\max} , мл/с		$V_{\text{сопр}}$, мл	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
$M \pm m$	6,5 ± 0,3	8,5 ± 0,1	36,4 ± 0,7	29,9 ± 0,3	107,4 ± 3,1	140,9 ± 1,5
P	< 0,001		< 0,001		< 0,001	
Значение нормы	8,77 ± 0,66		29,91 ± 2,18		138,11 ± 11,63	

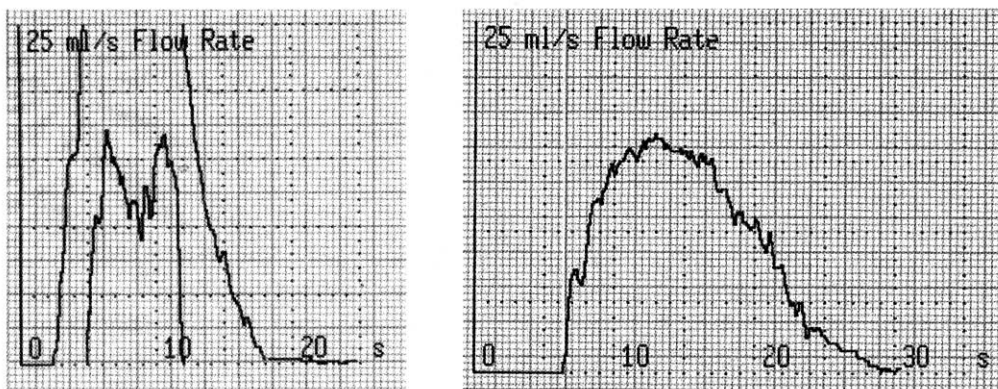


Рис. 1 Урофлоуграмма больной С.: а) до операции, б) после операции

в день составляло 8–9, ночью не более одного раза, императивные позывы исчезли, подтекания мочи после позывов не было. Сухость во рту не беспокоила. Однако, как и прежде, беспокоило стрессовое НМ. Показатели урофлоуметрии: время мочеиспускания удлинилось, максимальная объемная скорость тока мочи снизилась, кривая мочеиспускания стала более плавной (рис. 1 б). По поводу стрессового недержания мочи было предложено оперативное лечение с использованием свободной синтетической петли (TVT) с учетом отсутствия опущения стенок влагалища.

Полученные нами результаты свидетельствуют о высокой эффективности антихолинергических препаратов для лечения императивного и смешанного НМ у женщин [3]. На сегодняшний день у женщин преобладает смешанная форма НМ, сочетающая стрессовый и императивный компоненты. Выбор программы лечения должен быть сугубо индивидуальным и определяться тяжестью каждого компонента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вольных И.Ю. Обоснование дифференциальной тактики хирургического и консервативного лечения женщин с недержанием мочи: Автореф. дисс. канд. мед. наук. – Владивосток, 2005.
2. Кривобородов Г.Г., Мазо Е.Б. Гиперактивный мочевого пузыря. – М.: Вече, 2003. – 192 с.
3. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г., Школьников М.Е., Коршунова Е.С. Медикаментозное лечение больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью // Русский мед. ж. – 2005. – № 13(9). – С. 619–622.

4. Петров С.Б., Лоран О.Б., Куренков А.Л. Оценка и лечение недержания мочи. Адаптированные рекомендации Европейской ассоциации урологов/Метод, реком. – М., 2004. – 27с.

5. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. Медикаментозное лечение императивных расстройств мочеиспускания // Фарматека. – 2002. – № 10. – С. 9–16.

6. Abrams P., Cardoso L., Fall M. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization subcommittee of the ICS//Urology. – 2003. Vol. 61. P. 37–49.

7. Davila G.W., Neimark M. The overactive bladder prevalence and effects on quality of life//Clin. Obstet. gynecol. – 2002. – N 45. – P. 173–181.

8. Stewart W.F., Van Rooyen J.B., Cundiff G.W. et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States//World J. Urol. – 2003. Vol. 20, N 6. P. 327–336.

CONSERVATIVE TREATMENT OF IMPERATIVE AND MIXED URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

A.I. Neimark, M.V. Ryapolova

Summary

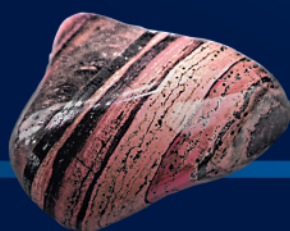
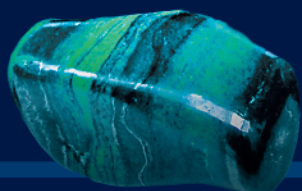
Studied was the efficacy of pharmacological treatment of 100 women with imperative and mixed urinary incontinence. After treatment with tiroprium chloride the urination time and volume increased, and the maximum volume rate of flow of urine decreased. The effect of treatment persisted for a long time.

Key words: imperative, stress and mixed urinary incontinence, conservative treatment.

СПАЗМЕКС®

троспия хлорид табл. 5 мг и 15 мг

Совершенная
структура –
непревзойденные
преимущества



Высший уровень безопасности
и эффективности терапии
гиперактивного мочевого пузыря

П-В-242 №010853 от 12.02.2004



www.spasmex.ru

Антихолинергический препарат для лечения гиперактивного мочевого пузыря, обладающий исключительным комплексом преимуществ:

Эффективность и безопасность на высоком уровне.

Не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, так как не преодолевает гематоэнцефалический барьер.

Нет метаболизма в печени.

Отсутствует взаимодействие с другими лекарствами.

Производитель Dr. Pflieger (Германия)