

УДК 616.62-008.222/.223-085.254-005.2

ДЕТРУЗИТОЛ В ЛЕЧЕНИИ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Н. А. Нечипоренко

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В работе представлены данные о результатах лечения 19 женщин, страдавших императивным недержанием мочи в сочетании с недержанием мочи при напряжении, препаратом детрузитол (из группы агонистов мускариновых рецепторов). Сделан вывод о высокой эффективности детрузитола у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем и императивным недержанием мочи.

Ключевые слова: недержание мочи, медикаментозное лечение.

The article specifies the results of treatment of 19 females with imperative enuresis, combined with enuresis upon exertion by means of administration of Detruzitol (i.e. an agonist of muscarinic receptors). Conclusion about high efficacy rate of the preparation in patients with hyperactive urinary bladder and imperative enuresis has been made.

Key words: enuresis, medicamentous therapy.

Введение

Тесные анатомические связи между мочевым пузырем (МП) и стенками влагалища, способствует тому, что на фоне патологических изменений со стороны тазовой диафрагмы происходит опущение передней стенки влагалища, увлекающей за собой и заднюю стенку МП.

При этом у женщин часто развивается симптомокомплекс, при котором на фоне дислокации половых органов, на первый план выступают нарушения мочеиспускания в виде недержания мочи при напряжении (НМпН), императивного недержания мочи (ИНМ) или смешанной формы недержания мочи [1, 3, 6].

Недержание мочи (НМ) различной степени выраженности отмечается примерно у 25% женщин, обращающихся к урологу или гинекологу поликлиники. Поэтому в настоящее время НМ у женщин представляет самую актуальную проблему клинической урогинекологии.

Точная диагностика перечисленных форм НМ у женщин является залогом успешной коррекции этих патологических состояний.

НМпН проявляется произвольным выделением мочи при физической нагрузке, в то же время сохранены нормальный позыв и физиологический акт мочеиспускания.

Диагностика НМпН особых трудностей не представляет. Тщательно собранный анамнез, изучение особенностей мочеиспускания, характера возникновения эпизодов НМ и осмотр больной в гинекологическом кресле (выявление пролапса гениталий, симптома положительного «кашлевого толчка») позволяют в большинстве случаев установить вид НМ, а соответственно и выбрать адекватный метод лечения [2, 4].

ИНМ – признак гиперактивного МП. ИНМ проявляется частыми поведенческими позывами к мочеиспусканию и следующими за этим эпизодами НМ.

Уродинамическое исследование (урофлоуметрия, цистометрия и профилометрия уретры) позволяют точно диагностировать природу гиперактивности мочевого пузыря).

Смешанная форма НМ проявляется произвольной потерей мочи после возникновения императивного позыва к мочеиспусканию, а также имеет место и НМпН.

Глубокое изучение механизмов мочеиспускания и удержания мочи (континенция) позволили внедрить в клиническую практику ряд медикаментозных препаратов, которые рекомендуются Европейским международным обществом континенции (ICS) при лечении НМ. Особенно эффективна медикаментозная терапия в случаях гиперактивного мочевого пузыря, проявляющегося ИНМ. Так наиболее эффективными являются препараты из группы блокаторов мускариновых рецепторов (Троспиум, Оксибутин, Пропиверин, Детрузитол) и ингибиторов синтеза простагландинов (Десмопрессин). При НМпН рекомендовано применение эстрогенов и имипрамина.

Применение медикаментозных средств при лечении НМ у женщин открыло новую страницу в лечении этого тяжелого недуга. Особого внимания заслуживает препарат Детрузитол (Толтеродин тартрат), который нашел широкое применение при лечении больных с гиперактивностью мочевого пузыря [5, 7].

Материал и метод

Наблюдали 19 женщин в возрасте 40-65 лет, у которых отмечались эпизоды НМпН в сочетании с частым болезненным мочеиспусканием небольшими порциями, императивными позывами и эпизодами ИНМ, никтурией.

Всем проведено однотипное обследование: тщательно изучались жалобы и анамнез, оценивался дневник мочеиспусканий, проводились гинекологическое и урологическое обследование, последнее включало УЗИ почек и мочевого пузыря, экскреторную урографию, цистографию в положении лежа и стоя, цистоскопию; лабораторное обследование: анализы крови и мочи, посев мочи на флору.

В результате обследования у всех 19 была диагностирована смешанная форма НМ: ИНМ + НМпН.

Всем пациенткам был назначен детрузитол. Детрузитол - препарат из группы агонистов мус-

кариновых рецепторов, селективен в отношении мочевого пузыря. Воздействует на М-холинорецепторы детрузора. Препарат применяли в таблетках в дозе 2 мг 2 раза в день. Лечение проводилось в амбулаторных условиях. Пациентки осматривались 1 раз в 2 недели.

Результаты лечения оценивали через 1 и 3 месяца приема препарата.

Результаты и обсуждение

Длительность расстройств мочеиспускания у наших пациенток составляла от 6 месяцев до 5 лет. Все отмечали постепенное прогрессирование дизурических расстройств и учащение эпизодов НМ. В ходе обследования пациенток тщательно изучалась симптоматика расстройств мочеиспускания, что позволяло выявить признаки гиперактивного мочевого пузыря (частое мочеиспускание малыми порциями, императивные позывы, императивное НМ, никтурия) в сочетании с НМпН (табл. 1.).

Таблица 1. Клинические проявления расстройств мочеиспускания у 19 женщин

Симптомы	Частота симптомов
Частота мочеиспусканий (количество в сутки)	10,5±4,6
Императивные позывы	9,8±3,7
Никтурия	4,2±2,1
Способность вовремя добраться до туалета после позыва	У 7 больных
Количество мочи теряемое при каждом эпизоде императивного недержания	50,8±15,5 мл
Среднее число эпизодов НМпН (при чихании, смехе, кашле) за день	2,5±1,6
Средний объем мочи за одно мочеиспускание	80,7±10,6 мл

При лабораторном обследовании у 3-х женщин была выявлена лейкоцитурия, бактериурия имела место у 5 женщин. Причем у всех женщин с признаками инфекции мочевыводящих путей длительность нарушений мочеиспускания составляла более 1 года.

При цистоскопии признаки хронического цистита выявлены у 3-х женщин.

При рентгеновском обследовании опущение мочевого пузыря в вертикальном положении и везикализация уретры отмечены у 9 женщин.

При гинекологическом обследовании опущение передней стенки влагалища имело место у 6 женщин, миома матки - у 5. Таким образом у 11 женщин была выявлена патология со стороны женской половой сферы, 5 из них гинекологом было рекомендовано хирургическое лечение; хронический цистит был диагностирован у 3 женщин.

Проведенное обследование позволило всем установить диагноз: «гиперреактивный мочевой пузырь с ИНМ в сочетании с НМпН».

Всем женщинам был назначен детрузитол в дозе 2 мг 2 раза в сутки. При наличии инфекции мочевыводящих путей проводилась антибактериальная терапия с учетом посева мочи и чувствительности микрофлоры к антибиотикам. После санации мочевого пузыря начато лечение детрузитолом.

Значимый эффект лечения отмечен через 1 месяц у 15 женщин (табл. 2). Через 3 месяца положительная динамика имела место у 14 женщин, у 5 значимого эффекта не было.

При анализе представленных в таблице 2 данных можно отметить, что после трех месяцев лечения детрузитолом максимальная емкость МП

Таблица 2. Эффективность терапии через 1 месяц

Детрузитол 2 мг 2 раза в сутки	Число мочеиспусканий (за день)	Императивные позывы	Никтурия	Средний объем мочи за одно мочеиспускание	Среднее число эпизодов НМпН (кол-во за день)
До лечения	10,5±4,6	9,8±3,7	4,2±2,1	80,7±10,6	2,5±1,6
После 1 месяца лечения	8,5±2,4	4,5±1,7	2,5±1,3	120,6±10,8	1,4±0,7
После 3-х месяцев лечения	5,6±1,7	2,6±1,4	2,2±0,7	140,3±15,8	1,1±0,5

увеличилась на 73,8%, а число мочеиспусканий в сутки уменьшилось на 50%.

Существенная положительная динамика отмечена и в отношении частоты эпизодов ИНМ. Так императивное недержание мочи прекратилось у 16 женщин, на половину снизилась частота эпизодов НМпН. Это позволило пациенткам положительно оценить результаты лечения детрузитолом.

При лечении детрузитолом мы отметили следующие побочные эффекты: слабо выраженная сухость кожи и слизистых - 3; сухость во рту - 3; боли в животе - 2. После отмены препарата на 3-5 дней указанные явления исчезали.

Через 3 месяца 16 женщин желали продолжать прием детрузитола, они положительно оценивали действие препарата.

У 5 женщин лечение оказалось недостаточно эффективным. Хотя проявления гиперреактивного мочевого пузыря и уменьшились, но НМпН продолжало иметь место и пациентки пожелали оперироваться.

Таким образом детрузитол является эффективным средством лечения смешанных форм НМ у женщин, поскольку позволяет эффективно бороться с гиперреактивностью мочевого пузыря.

Выводы

1. Препарат детрузитол оказался высокоэффективным средством лечения женщин, страдающих смешанной формой НМ: препарат снижает выраженность таких симптомов как поллакиурия и никтурия, снижается частота императивных позывов к мочеиспусканию, увеличивается емкость МП.

2. Препарат наиболее эффективен в случаях смешанного НМ с преобладанием гиперреактивности МП.

3. Малое количество побочных эффектов позволяет рекомендовать детрузитол для широкого применения при смешанном НМ.

Литература

- Буянова, С.Н., Петрова, В.Д. Эффективность препарата спазмекс (троспия хлорид) в лечении смешанного и ургентного недержания мочи у женщин // Фарматека. - 2004. - № 15. - С. 66-69.
- Краснопольский, В.И. Реабилитация при акушерско-гинекологической патологии. - М., 1980. - 180 с.
- Пушкар, Д.Ю., Тевлин, К.П. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин // Consilium medicum. - 2001. - Vol.3. - № 7. - P. 45-49.
- Пушкар, Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин. - Дис. ... д.м.н. - М., 1996. - 250 с.
- Michael, R. et al. Combined use of α -adrenergic and muscarinic antagonists for the treatment of voiding dysfunction // J. Urol. - 2005. - Vol. 174. - P. 1743-1748.
- Pamela, I. et al. Use of tolterodine in children with neurogenic detrusor overactivity: relationship between dose and urodynamic response // J. Urol. - 2005. - Vol. 174. - P. 1647-1651.
- Steven, A. et al. Tolterodine extended release attenuates lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia // J. Urol. - 2005. - Vol. 174. - P. 2273-2276.