

2. Герасимов С.Н. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2003. №1-2. С.51-55.

3. Матвеев В.М., Полторацкий В.А., Персин Л.С. // Ортодент-инфо. 1999. №3. С.19-20.

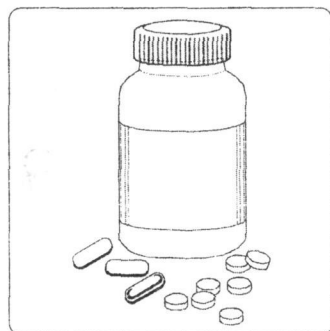
4. Морозова О.В., Блум С.А., Мартынова С.А. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2003. №1-2. С.45-47.

5. Персин Л.С., Косырева Т.Ф. Оценка гармоничного развития зубочелюстной системы. М., 1995. 45 с.

6. Трезубов В.Н., Соловьев М.М., Бобров А.П. и др. // Стоматология детского возраста и профилактика. 2003. №1-2. С.57-60.

7. Фадеев Р.А. Современные методы диагностики, планирования и прогнозирования лечения взрослых больных с зубочелюстными аномалиями: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 2001. 346 с.

8. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Фадеев Р.А. // Ортодонтия. М.: Н.Новгород: НГМА, 2001. 148 с.



УДК 615.03 : 616.62 - 008.22 - 055.2 (571.63 - 25)

В.В. Данилов, И.Ю. Вольных, Н.Н. Вольных, Ж.Б. Васильева

КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ АЛЬФА 1-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Владивостокский государственный медицинский университет, Краевой клинический центр "Патология мочеиспускания", г. Владивосток

Хронические неспецифические воспалительные заболевания (НВЗ) органов малого таза — основная гинекологическая причина временной нетрудоспособности женщин репродуктивного возраста. Клиническая картина НВЗ проявляется соответствующими симптомами со стороны половых органов и в большинстве случаев сопровождается дисфункциями нижних мочевых путей. Расстройства мочеиспускания (РМ) достаточно часто сопутствуют воспалительным заболеваниям гениталий (по данным литературы, от 5 до 45%), в зависимости от возрастной группы и гинекологической патологии. В ряде случаев именно РМ снижают качество жизни этих больных. Об увеличении распространенности РМ у женщин свидетельствуют данные авторов [1-8]. Наибольший вес РМ у женщин составляет полный и неполный синдром императивного мочеиспускания [11], который сопровождается болевым синдромом, при этом не столь редким явлением встречается обструктивное мочеиспускание.

Между тем дисфункции мочевого пузыря и уретры, сопровождающие НВЗ, часто остаются вне внимания гинеколога. Этот факт объясняется несколькими обстоятельствами:

— коррекция таких клинических проявлений НВЗ, как расстройства мочеиспускания у женщин репродуктивного возраста, до сих пор остается

недостаточно изученной и потому малоэффективной в плане терапии;

— клиническая картина РМ представлена многочисленными и различными по выраженности и характеру симптомами в диапазоне от недержания до острой задержки мочи, как с наличием болевого синдрома, так и без него.

Таким образом, актуальность исследования обусловлена частым сочетанием НВЗ с РМ и нерешенными вопросами дифференцированного подхода к их лечению, что и требует разработки совместных подходов со стороны гинекологов и урологов.

За последние годы в фармакотерапии заболеваний мочевого тракта имеются существенные достижения. Внедрение в клиническую практику альфа-адреноблокаторов позволило разработать принципиально новые методы медикаментозной коррекции расстройств мочеиспускания [1, 2, 5, 9, 10, 13]. По данным зарубежных и отечественных исследователей, альфа1-адреноблокаторы являются эффективными средствами для лечения расстройств мочеиспускания у женщин [1, 2, 5, 8].

Целью нашего исследования явилось изучить действие альфа-адреноблокаторов на симптомы расстройств мочеиспускания и симптомы хронических неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 50 женщин в возрасте от 17 до 45 лет с хроническими НВЗ внутренних половых органов и сопутствующими РМ, наблюдавшихся в краевом центре "Патология мочеиспускания" с 1999 по 2002 г. Всем пациенткам проводилось углубленное обследование и комплексное лечение НВЗ на протяжении 6 нед. с периодическим уродинамическим контролем. В группу не включались пациентки с выявленными у них опущением или выпадением внутренних половых органов, со специфической инфекцией внутренних женских половых органов (туберкулез, гонорея, хламидиоз), в состоянии после оперативного лечения внутренних женских половых органов, с изменением нормальных анатомических соотношений половых органов, МП и уретры и в возрасте менопаузы.

Диагноз ставился на основании данных анамнеза (рецидивы НВЗ не менее 2 раз в год), характерной клинической картины, наличия РМ, субъективных признаков и был подтвержден с помощью комплексного уродинамического обследования (ретроградная жидкостная медленная цистометрия, исследование давление-поток, урофлоуметрия, профилометрия). Курс терапии НВЗ был стандартизирован и включал в себя иммуномодуляторы, антипростагландины, витаминотерапию.

Коррекция РМ осуществлялась альфа-адреноблокаторами (альфузозин по 5 мг утром и вечером). Эффективная дозировка препарата подбиралась с помощью фармакоуродинамической пробы с помощью домашней урофлоуметрии. Периодичность осмотров пациенток составляла 1 раз в нед. с заполнением разработанной оригинальной таблицы оценки функции мочевого пузыря у женщин (ТОФМП), суточных ритмов мочеиспускания, с проведением домашней урофлоуметрии [1].

Клинико-статистический анамнез выявил, что больные в группе были сопоставимы по началу менархе, возрасту начала половой жизни. При анализе соматического анамнеза преобладали болезни органов пищеварения (26,9%), болезни системы кровообращения (12%) и ожирение (8,5%). Все обследованные женщины имели в анамнезе хронический сальпингоофорит в течение 3-10 лет с постоянными рецидивами до 3 раз в год.

Основными гинекологическими жалобами были: боли внизу живота, бели из половых органов (87,1% случаев), диспареуния — у 27% пациенток. У всех женщин после исключения инфекции, передаваемой половым путем (ИППП), в 21,2% случаев был выявлен бактериальный вагиноз и в 25,3% — кандидоз.

Урологические симптомы, встречающиеся в группе обследуемых женщин, составляли три клинических синдрома по ТОФМП: императивное мочеиспускание (частое мочеиспускание, никтурия, императивные позывы и императивное недержание мочи) — 38,9%, функциональное обструктивное (затруднение в начале мочеиспускания,

слабая струя мочи, прерывистое мочеиспускание, увеличенное время ожидания микции, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря) — 46,1% и алгическое (болезненное мочеиспускание, жжение во время микции, дискомфорт и боли после мочеиспускания) — 19%. Симптомы обструктивного мочеиспускания были вызваны функциональной обструкцией, обусловленной разной степенью выраженности детрузорно-сфинктерной диссинергии, нестабильностью детрузора и/или уретры. Сочетание двух или трех синдромов РМ было в половине случаев (50,9%). Добавление графы по оценке качества жизни в ТОФМП явилось необходимым для определения степени влияния заболевания на наших пациентов и динамики в процессе терапии. В начале наблюдения пациентки оценивали свое качество жизни как плохое (5 баллов) и неудовлетворительное (4 балла).

Для оценки потенциальных возможностей коррекции РМ у больных с НВЗ мы использовали результаты лечения с применением современных фармакологических средств — альфа1-адреноблокаторов. Амбулаторный мониторинг для подбора эффективной дозы препаратов проводился с помощью домашней урофлоуметрии на приборе "Сурд-02 УроВест".

Результаты исследования

При использовании альфа1-адреноблокаторов мы отметили положительную динамику (от уменьшения выраженности РМ до полного исчезновения симптомов императивного мочеиспускания). Побочные эффекты были незначительными у 11 больных в течение первой недели, легко купировались при снижении дозы и не требовали отмены препарата (умеренная гипотония). Назначение альфа1-адреноблокаторов приводило к стабильному снижению частоты и выраженности императивных позывов на мочеиспускание уже с первой недели лечения. Балл оценки позыва в синдроме императивного мочеиспускания (по шкале ТОФМП) уменьшился с 2,6 до 0,4 ($p < 0,05$).

Симптом недержания мочи выявлялся реже и был более значимым у женщин старше 40 лет. На фоне лечения альфа-адреноблокаторами произошло уменьшение выраженности недержания мочи (с 1,8 до 0,5 балла, $p < 0,05$) в целом по группе.

Выраженность ночной поллакиурии, существенно влияющей на качество жизни пациенток, наиболее заметно снижалось на фоне применения альфа1-адреноблокаторов. Ритм спонтанных мочеиспусканий существенно улучшился к 5-6 нед. лечения альфа1-адреноблокаторами. Балл по шкале ТОФМП уменьшился с 6,4 до 2,6 балла ($p < 0,05$).

На фоне лечения РМ чувство неполного опорожнения мочевого пузыря уменьшалось последовательно с первой недели и практически исчезало через 5 нед. В группе пациенток выраженность симптома уменьшилась с 2,2 до 0,5 балла ($p < 0,05$).

Болевой симптом после назначения терапии постепенно исчезал и практически полностью ку-

пирован: балл по ТОФМП снизился с 0,9 до 0,1 ($p < 0,05$). Изменения наблюдались уже через неделю лечения и составили 0,25 балла. Интенсивность лейкоцитурии оставалась без изменений на уровне 0,04 балла в среднем в группе.

Результаты нашего наблюдения и данные регистрации симптоматики с помощью оригинальной таблицы подтвердили, что альфа1-адреноблокаторы снижают выраженность ирритативного, болевого синдромов и синдрома функциональной обструкции. Раньше всего, на первой неделе лечения, исчезают симптомы функциональной обструкции — неполное опорожнение мочевого пузыря, затруднение в начале микции, слабая струя мочи. У всех больных, получавших альфа1-адреноблокаторы (альфузозин), улучшились уродинамические показатели, в частности средняя и максимальная скорости потока мочи, повысились адаптация и тонус детрузора, увеличились цистометрические объемы.

При назначении альфа-адреноблокаторов было интересно выявить влияние их не только на РМ, но и на НВЗ. Для этого на протяжении года после проведенной терапии мы оценили частоту рецидивов НВЗ. Назначение альфа1-адреноблокаторов существенно улучшало клиническое течение НВЗ. При этом уменьшалось количество ежегодных обострений НВЗ в группе, где проводилась коррекция РМ (частота клинически значимых рецидивов в группе не более 22%). В результате лечения РМ альфа-адреноблокаторами уменьшалась выраженность симптомов НВЗ. Так, в нашей группе больных боли внизу живота, в области крестца, влагалища и лона исчезли в 80% случаев, выраженность НМД уменьшилась в 48% случаев, а диспареунии — в 25% случаев. При этом выявлено, что после лечения альфа-адреноблокаторами более чем в два раза снизилась частота рецидивов НВЗ. Назначение альфа-адреноблокаторов приводило к существенному снижению интенсивности болевого синдрома, в меньшей степени воздействовало на выраженность поллакиурии и практически не оказывало значительного влияния на симптомы диспареунии.

В целом мы отметили существенное улучшение качества жизни больных НВЗ с РМ, преимущественно за счет коррекции РМ. Выраженность нарушений качества жизни по шкале QOL снижалась с неудовлетворительного до хорошего (с 5 до 1 балла, $p < 0,05$). Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что применение альфа-адреноблокаторов является эффективным и безопасным средством в лечении НВЗ при наличии РМ в репродуктивном возрасте как обструктивного, так и императивного характера. Наибольшая эффек-

тивность достигается при наличии обструктивного синдрома РМ, вызванного функциональной обструкцией нижних мочевых путей, обусловленных детрузорно-сфинктерной диссинергией. Назначение альфа-адреноблокаторов, помимо коррекции РМ, улучшает течение НВЗ и тем самым существенно улучшает качество жизни больных женщин.

Выводы

1. Альфа 1-адреноблокаторы оказывают положительное воздействие на течение неспецифических воспалительных заболеваний половых органов у женщин, при этом уменьшается частота обострений в год, уменьшается клиническая симптоматика заболевания.
2. Коррекция расстройств мочеиспускания позволяет существенно улучшить качество жизни пациенток, в ряде случаев полностью купировать клиническую картину дисфункционального мочеиспускания.
3. Улучшение уродинамики нижних мочевых путей с помощью альфа1-адреноблокаторов у больных с НВЗ половых органов устраняет локальную гипоксию и патогенетически обоснованно ввиду восстановления органного кровообращения.

Л и т е р а т у р а

1. Данилов В.В., Вольных И.Ю. Некоторые аспекты клинической оценки форм недержания мочи у женщин. // Мат-лы III Дальнев. регион. конф. Владивосток, 2003. С.176-186.
2. Лоран О.Б., Тевлин К.П., Берников А.Н. и др. // Урол. и нефрол. 1999. №3. С.31-33.
4. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевого пузыря. Consilium medicum. 2003. Т.5, №7. С.405-411.
5. Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Раснер П.И. // Фарматека. 2002. №10. С.3-16.
6. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин. М.: МедПрессИнформ., 2003. 160 с.
7. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. // Урология. 2003. №4. С.46-49.
8. Сивков А.В., Ромих В.В., Егоров А.А. // Урология. 2002. №5. С.52-63.
9. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. // Neurourol Urodynam. 2002. №21. P.167-168.
10. Chancellor M., Blaivas J.G. // Practical Neurourology. Genitourinary complications in neurologic disease. 1995. P.285-290.
11. Mundy A.R., Stephenson T.P. // Urodynamics: Principles, Practice and Application. 1984. Chapt.
12. Steers W.D. // EAU J. Urology, July 2002. Vol.1, №4. P.3-10.
13. Swithinbank L.V., Abrams P. // World J. Urol. 1999. Vol.17(4), P.225-229.

