

О.Б.ЛОРАН д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, А.В.СЕРЕГИН, д.м.н.,
Л.А.СИНЯКОВА, д.м.н., профессор, РМАПО, Москва, А.В.ДЕМЕНТЬЕВА, к.м.н., ГКБ им. С.П.Боткина, Москва

Консервативное лечение

СТРЕССОВОЙ И СМЕШАННОЙ ФОРМ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Одной из актуальных проблем урологии в настоящее время является диагностика и лечение различных форм недержания мочи (НМ). Это заболевание не ведет к летальному исходу или серьезным нарушениям общего состояния здоровья, но существенно снижает качество жизни больных и приводит пациентов к социальной изоляции.

По данным зарубежных авторов, частота заболевания у женщин достигает 50%. У 55% женщин, обратившихся с симптомами смешанного недержания мочи, клинически преобладает ургентный компонент недержания мочи, а стрессовый — у 38% пациенток [1]. Столь значительная распространенность недержания мочи делает проблему оптимизации лечения данной патологии одной из ведущих в урогинекологии. Для коррекции стрессового недержания мочи предложены методики, которые можно разделить на две группы: консервативные и хирургические. В нашем обзоре мы хотим остановиться на вопросах консервативного лечения стрессовой и смешанной форм НМ.

Консервативное лечение применяют при I—II степени тяжести недержания, и оно способно обеспечить успех в 42—82% случаев. По мнению Д.В.Кана (1986), скепсис в отношении неоперативных методов лечения недержания мочи неоправдан. По мнению Г.А.Савицкого, каждая шестая больная в России оперируется зря. От 30 до 50% прооперированных пациенток со смешанной формой недержания мочи в послеоперационном периоде имеют симптомы гиперактивного мочевого пузыря, а у половины из них детрузорная гиперактивность подтверждена при цистометрии (Lavelle.J. et al., 2000). Задачами консервативной

терапии являются: увеличение максимальной цистометрической емкости мочевого пузыря, снижение числа мочеиспусканий в сутки, уменьшение эпизодов недержания мочи, снижение количества и уменьшение степени интенсивности императивных позывов, уменьшение эпизодов ноктурии. К консервативным методам лечения относятся: поведенческая терапия, упражнения для укрепления мышц промежности, метод биологической обратной связи (БОС), электростимуляция мышц тазового дна, применение пессариев и окклюзирующих устройств, заместительная гормональная терапия (эстрогено-

терапия) в пери- и постменопаузе, α -адреномиметики и ингибиторы обратного захвата серотонина, М-холинолитики, трициклические антидепрессанты [2].

Поведенческая терапия подразумевает изменение образа жизни, отказ от курения, снижение массы тела у больных с ожирением (вес у большинства пациенток превышает норму на 30%), рациональное потребление жидкости, отказ от употребления алкоголя, кофе, регулярное опорожнение кишечника, лечение легочных заболеваний. Необходима тренировка мочевого пузыря, которая заключается в постепенном удлинении промежутков времени между мочеиспусканиями. Результатом является увеличение функциональной емкости мочевого пузыря. Мочеиспускание «по часам» позволяет сократить количество теряемой мочи.

Лечебная физкультура (ЛФК), направленная на укрепление мышц промежности и тазового дна, является неотъемлемой частью комплексного лечения указанных форм недержания мочи. Метод показан при нарушении активного компонента удержания мочи и отсутствии выраженных анатомических дефектов. Гимнастические упражнения оказывают стимулирующее действие на мышцы брюшного пресса и тазового дна. Существует целый ряд авторских методик: лечебная физкультура по Д.Н.Атабекову, гимнастика по Ф.А.Юнусову, упражнения Н.Кегеля. Целями ЛФК являются: улучшение кровоснабжения органов малого таза, укрепление мышечно-связочного аппарата, восстановление тонуса мышц тазового дна, коррекция замыкательной функции сфинктеров уретры, нормализация анатомических взаимоотношений между шейкой мочевого пузыря, уретрой и симфизом, а также укрепление опоры проксимального отдела мочеиспускательного канала, что способствует удержанию мочи [3]. Занятия целесообразно выполнять ежедневно в течение 15—45 мин. Положительные эффекты наблюдаются через 4—6 нед., а полный курс упражнений составляет не менее 6 мес. При правильной и регулярной тренировке мышц тазо-

■ Согласно современным эпидемиологическим исследованиям, НМ диагностируется в случае как минимум двух эпизодов потери мочи в течение месяца.

вого дна эффективность упражнений достигает 40–60%. Лучшие результаты наблюдаются у женщин в перименопаузе, чем в постменопаузе. Ключевыми факторами успеха являются мотивация пациентки на проведение упражнений и тщательное выполнение рекомендаций врача. Вероятность успеха возрастает при использовании методов биологической обратной связи (БОС).

Принцип БОС основан на эффекте рефлекторного торможения сокращений детрузора при произвольных и достаточных по силе сокращениях промежности. Идея биологической обратной связи состоит в получении визуального или слухового сигнала от датчика, введенного во влагалище или прямую кишку, о состоянии мышц тазового дна. При данном методе пациентка обучается сокращать и расслаблять мышцы промежности и таким образом улучшать механизм удержания мочи [4].

Электростимуляция мышц тазового дна показана пациенткам, не способным самостоятельно выполнять вышеуказанные упражнения. Известно несколько различных вариантов электрической стимуляции: промежностный, влагалищный, анальный, сакральный. Механизм действия данного вида лечения включает непрямую стимуляцию мускулатуры тазового дна через ветви полового нерва. Целесообразно проведение электростимуляции области расположения мочевого пузыря, при которой наблюдаются увеличение функциональной емкости, повышение тонуса сфинктеров за счет нормализации оксигенации тканей и обменных процессов, улучшение кровоснабжения мышц тазового дна. Курс терапии должен проводиться длительно в течение 5–6 мес. Эффективность данного метода лечения может достигать 50–70%.

Влагалищные, промежностные окклюзирующие и поддерживающие устройства также широко применяются с целью коррекции стрессовой и смешанной формы инконтиненции. При всем разнообразии моделей маточных колец общий принцип эффективности терапии заключается в создании дополнительной опоры для органов малого таза. Установка пессария позволяет восстановить топографо-анатомические взаимоотношения между влагалищем, уретрой и мочевым пузырем. В настоящее время пессарии изготавливаются разных размеров и форм и требуют индивидуального подбора. Поддерживающие устройства применяются преимущественно у пациенток с легкой и средней степенью недержания мочи, с пролапсом тазовых органов I степени, недержанием мочи вследствие гипермобильности уретры и у больных с высоким риском оперативного лечения. Главным недостатком вышеуказанных приспособлений является возможность развития кольпитов, пролежней, инфекционных осложнений, повреждения слизистой влагалища, кроме того,

необходимость извлечения перед мочеиспусканием, а затем обратной установки причиняет дискомфорт больным. Для предотвращения данных осложнений необходимы тщательная гигиена, санация влагалища в сочетании с заместительной гормональной терапией. В последнее время хорошо зарекомендовали себя электронные пессарии, действие которых основано на механической компрессии уретры, однако наличие вышеописанных проблем значительно сужает возможность применения влагалищных устройств с целью коррекции инконтиненции.

При недержании мочи на фоне наступившей менопаузы в ряде случаев успешно применяется заместительная гормональная терапия. Удовлетворительные результаты получены при применении эстрогенов с целью заместительной гормональной терапии, что сопровождается достоверным увеличением внутриуретрального давления. Механизм действия эстрогенов на структуры урогенитального тракта заключается в улучшении кровообращения, трофики и сократительной активности мышц тазового дна, нормализации сокращения детрузора. Независимо от способа введения эстрогенов (орального, влагалищного, трансдермального, внутримышечного), отмечаются положительные эффекты в коррекции стрессовой и смешанной форм недержания мочи у женщин старшей возрастной группы. К наиболее широко применяемым препаратам относятся овестин, ливиал, климонорм. Эстрогены повышают количество α -адренорецепторов в уретре в 2–3 раза, в результате терапии повышается чувствительность к α -адреноагонистам. Эти данные служат основанием для сочетанного применения заместительной гормональной терапии и α -адреномиметиков.

Ингибиторы обратного захвата серотонина и α -адреномиметики применяют с целью повышения тонуса сфинктерного аппарата уретры. В ответ на стимуляцию α -адренорецепторов гладкие мышцы уретры сокращаются и увеличивается уретральное сопротивление. Из адреномиметических препаратов применяется эфедрин (эфедрин), доза которого для взрослых составляет 25–50 мг 4 раза в сутки, мидодрин (гутрон) в индивидуально подобранной дозировке с обязательным контролем артериального давления.

Из препаратов группы ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина применяется дулоксетин (дулоксетин, симбалта). Лечебный эффект данного препарата при стрессовом недержании мочи связан с улучшением сократительной способности уретры, поддержанием высокого тонуса уретры во время фазы наполнения мочевого пузыря. Препарат назначают в однократной дозе 25 мг на ночь, с последующим повышением ее каждый третий день на 25 мг до тех пор, пока пациен-

ты не начинают удерживать мочу, либо до достижения дозы 150 мг. Согласно мнению P.Norton и соавт., для достижения пролонгированного лечебного эффекта необходимо длительное применение дулоксетина [5].

Применение М-холинолитиков (толтеродин, оксибутинин, солифенацин) обычно оказывается успешной в лечении легких форм стрессового недержания мочи с преобладанием ургентных симптомов. Длительность курса и дозировка оцениваются индивидуально. Эффективность лечения, по мнению ряда авторов, достигает 63%.

Трициклические антидепрессанты, в частности имипрамин (тофранил, мелипрамин), снижают сократимость мочевого пузыря и увеличивают уретральную резистентность.

Таким образом, обобщая данные литературы, можно отметить, что консервативные методы лечения стрессовой и смешанной форм недержания мочи показаны, главным образом, при легкой степени инконтиненции и у пациенток с повышенным рис-

ком оперативного лечения. Нельзя не согласиться с мнением ряда авторов, что наилучшие результаты могут быть достигнуты при применении комплекса вышеописанных мероприятий с учетом индивидуальных особенностей пациенток, переносимости лекарственных препаратов, физического и интеллектуального уровня больной. Задача терапии заключается в восстановлении функции сфинктеров мочевого пузыря и уретры или в устранении механическим путем анатомической причины, которая поддерживает недержание мочи.

В настоящее время имеется достаточный арсенал средств для консервативного лечения вышеуказанных заболеваний. Обоснованное и комбинированное использование этого арсенала может существенно улучшить качество жизни больных, которым оперативное лечение не показано, или тех, у кого риск операции превышает риск сохранения имеющихся проблем.



ЛИТЕРАТУРА

1. Appel R.A./Urology, 1998;51; N2A; Suppl; 24—26.
2. Abrams P, Artibani W. Understanding stress incontinence.- London, 2004: 66—70.
3. Hay-Smith E., Berghmans L., et al. Pelvic muscle training for

urinary incontinence in women// Cochrane Review., Oxford, 2001.

4. Kelleher C.J., Cardoso L.D., Kobashi K., et al. // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct., 2005; 8; 1—7.
5. Norton P., Zinner N., Yalcin I., et al. // Am. J. Obstetr. Gynecol., 2002; 187; 40—48.

INFO

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОМЕОПАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ КОМПАНИИ «ДОКТОР Н»

Лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а также неспецифического простатита, импотенции гомеопатическими препаратами получило широкое распространение, особенно в последнее десятилетие. Одни из самых известных — комплексные гомеопатические препараты: «Сабаль-простата» (гранулы, капли), свечи «Апис-плюс» и «Дамиана-плюс» (гранулы, капли), выпускаемые ООО «Доктор Н».

«Сабаль-простата», получивший свое название по основному действующему компоненту — растению сабаль (особый род пальм), эффективно борется с острым и хроническим, неспецифическим простатитом, аденомой предстательной железы.

Клинические исследования, проведенные в НИИ урологии МЗ РФ и Российском университете дружбы народов, дали высокую оценку препаратам «Сабаль-простата», а также свечам «Апис-плюс», которые рекомендуется применять в комплексе.

Лечебное действие оценивалось с помощью клинического наблюдения, ультразвукового исследования предстательной железы, цитологического исследования секрета предстательной железы и методов объективной оценки, по динамике клинической симптоматики (Международная система суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы IPSS).

В результате было отмечено постепенное улучшение по всем показателям у большинства исследуемых пациентов. После курса лече-

ния гомеопатическими средствами «Сабаль-простата» (гранулы, капли) и свечами «Апис-плюс» достоверно снизились индекс симптомов предстательной железы (IPSS) и объем остаточной мочи (при ультразвуковом исследовании), достоверно увеличилось количество лецитиновых зерен. Немаловажно, что все пациенты перенесли лечение хорошо, не было выявлено побочных эффектов.

Таким образом, комплексные гомеопатические препараты «Сабаль-простата» (гранулы, капли), свечи «Апис-плюс» эффективны и безопасны в терапии доброкачественной гиперплазии предстательной железы и неспецифического простатита.

«Дамиана-плюс» — еще один препарат из гомеопатического ряда, направленный на лечение хронического неспецифического простатита в сочетании с недостаточностью генитальной реакции (импотенция). Применяется при воспалительных процессах в мочеполовых органах, импотенции, сексуальных неврозах, восстанавливает половую функцию мужчины в целом.

Эффективность, безопасность и переносимость его подтверждены клиническими испытаниями в Московском научно-практическом центре спортивной медицины Департамента здравоохранения г.Москвы, под руководством профессора Р.Д.Сейфулла и в ГУ ЦНИКВИ Минздрава России, под руководством академика РАМН профессора А.А.Кубановой.

Вся продукция компании «Доктор Н» имеет сертификаты соответствия.

ООО «Доктор Н»: 115563, г. Москва, ул. Шипиловская, 40
тел. (095) 393-05-01, 393-05-02

e-mail:doctorn@doctor-n.ru, <http://www.doctor-n.ru>

