



УДК 616.62 : 008.22 : 615.254 - 055.2 (571.63 - 25)

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

## **КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ АЛЬФА1- 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 [12], который сопровождается болевым синдромом, при этом не столь редкое явление — обструктивное мочеиспускание.

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

1. Коррекция таких клинических проявлений НВЗ, как расстройства мочеиспускания (РМ) у женщин репродуктивного возраста, до сих пор остается недостаточно изученной и потому малоэффективной в плане терапии.

2. 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.

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 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 при выявлении у них опущения или выпадения 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, антипроstagландины, витаминотерапию.

Коррекция РМ осуществлялась альфа-адреноблокаторами (альфузозин по 5 мг утром и вечером). Эффективная дозировка препарата подбиралась путем 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, 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 в низу 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 25,3% — кандидоз.

Урологические симптомы, встречающиеся в группе обследуемых женщин, составляли три клинических синдрома по ТОФМП: императивного мочеиспускания (частое мочеиспускание, никтурия, императивные позывы и императивное недержание мочи) — 38,9%, функционального обструктивного (затруднение в начале мочеиспускания, слабая струя мочи, прерывистое мочеиспускание, увеличенное время ожидания микции, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря) — 46,1% и алгического (болезненное мочеиспускание, жжение во время микции, дискомфорт и боли после мочеиспускания) — 19%. Симптомы обструктивного мочеиспускания были вызваны функциональной обструкцией, обусловленной (разной степени выраженности) детрузорно-сфинктерной диссинергией, нестабильностью детрузора и/или уретры. Сочетание двух или трех синдромов РМ было в половине случаев (50,9%). Добавление графы оценки качества жизни в ТОФМП явилось необходимым для определения степени влияния заболевания на наших пациенток 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 — альфа-1-адреноблокаторов. Амбулаторный мониторинг для подбора эффективной дозы препаратов проводился с помощью домашней урофлоуметрии на приборе СУРД-02 "Уро-Вест".

### Результаты и обсуждение

При использовании альфа 1-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 снижалась 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 купирован: 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 лейкоцитурii 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 проанализировали 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 в низу живота, в области крестца, влагалища и лона исчезли в 80% случаев, выраженность НМЦ 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 существенного влияния на симптомы диспареунии.

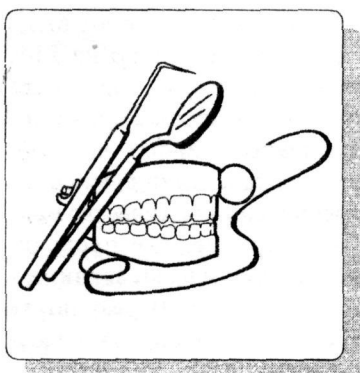
В целом мы отметили существенное улучшение качества жизни больных НВЗ с РМ, преимущественно за счет коррекции РМ. Выраженность нарушений качества жизни по шкале QOL снижалась с неудовлетворительного до хорошего (с 5 до 1 балла,  $p<0,05$ ).

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

#### Л и т е р а т у р а

1. Данилов В.В., Вольных И.Ю. // Мат-лы III Дальневост. 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.
3. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. // Consilium medicum. Т. 5. 2003. №7. С. 405-411.

4. Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Раснер П.И. // Фарматека. 2002. №10. С. 3-16.
5. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин. М.: МедПрессИнформ, 2003. 160 с.
6. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. // Урология. 2003. №4. С. 46-49.
7. Сивков А.В., Ромих В.В., Егоров А.А. // Урология. 2002. №5. С. 52-63.
8. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. // Neurourol Urodynam. 2002. Vol. 21, P. 167-168.
9. Swithinbank L.V., Abrams P. // World J Urol. 1999. Vol. 17(4), P. 225-229.
10. Steers W.D. // EAU J. Urology. July. 2002. Vol. 1, №4. P. 3-10.
11. Mundy A. R., Stephenson T. P. // Urodynamics: Principles, Practice and Application / Eds A.R. Mundy, T.P. Stephenson, A.J. Wein. Edinburgh, 1984. Chapt. 21. P. 212-228.
12. Chancellor M., Blaivas J.G. // Practical NeuroUrology. Genitourinary complications in neurologic disease. 1995. P. 285-290.



УДК 616.716.4 - 001.5 - 089

Н.Г. Бобылев, А.Г. Бобылев, Ф.И. Тарасова, К.А. Росляков,  
Ю.В. Маслова, И.А. Горбонос

### НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Дальневосточный государственный медицинский университет,  
г. Хабаровск

Переломы мышцелкового отростка нижней челюсти (МОНЧ) относятся к категории сложных для диагностики и лечения. По мнению ряда авторов, их количество составляет от 6,4 до 44,7% от общего числа переломов нижней челюсти, и МОНЧ занимают третье место после переломов нижней челюсти в области угла и тела [2, 4, 7, 8, 10, 12, 14]. В последнее время в связи с ростом челюстно-лицевой травмы, частота повреждений мышцелкового отростка нижней челюсти имеет тенденцию к увеличению [3, 11, 14].

Тяжесть данного вида повреждений и высокий процент их осложнений обусловлены тем, что, в силу анатомических особенностей своего расположения и строения, являясь элементом височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и соседствуя с комплексом

чувствительных мягкотканых структур, мышцелковый отросток нижней челюсти при переломе в большинстве случаев травмирует близлежащие тканевые компоненты: связочный аппарат, суставную капсулу, суставной диск (смещение, перфорация или разрыв, ведущие к прямому костному контакту суставных элементов), что предопределяет последующее развитие различных видов дисфункций ВНЧС, деформирующих анкилозов и артрозов.

Лечение переломов МОНЧ до настоящего времени представляет собой сложную и окончательно нерешенную задачу. До сих пор нет единого мнения о показаниях к различным методам консервативного и хирургического лечения, как и четких представлений о характере структурных нарушений элементов ВНЧС. Большинство авторов придерживаются