

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬФУЗОЗИНА В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН С СИМПТОМАМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

**Цель.** Обструктивное мочеиспускание - часто встречающаяся форма нарушения уродинамики нижних мочевых путей у женщин. Оно может быть вызвано как органическими (стеноз уретры), так и функциональными причинами. В последнем случае причинами обструктивного мочеиспускания являются чаще всего различные виды детрузор-сфинктерной диссинергии, нестабильность детрузора и уретры. Исследования, проведенные в нашей клинике, показали, что ведущую роль в патогенезе расстройств мочеиспускания функционально-обструктивного характера играют нарушения органного кровообращения и гипоксия, приводящие к нарушению адапционных свойств детрузора. В связи с этим для лечения женщин с симптомами функциональной обструкции нижних мочевых путей нами был использован альфа-адреноблокатор - альфузозин.

**Материалы и методы.** В нашей клинике за период с 1997 по

2000 гг. обследовано и пролечено 39 пациенток в возрасте от 17 до 69 лет с симптомами функциональной обструкции нижних мочевых путей. Основные жалобы были на затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, императивные позывы к мочеиспусканию, прерывистый характер струи мочи, учащенное мочеиспускание, длительное время ожидания начала мочеиспускания. При обследовании у 15 (38,5%) выявлена нестабильность уретры, у 1 (2,6%) - нестабильность мочевого пузыря и у 23 (59,0%) - детрузорно-сфинктерная диссинергия. Лечение дальфазом проводилось в суточной дозе 10 мг (по 5 мг 2 раза в сутки) в течение 3 месяцев.

**Результаты.** В результате проведенного лечения клинический эффект отмечен у 24 (61,5%). Чаще всего улучшение проявлялось уменьшением количества остаточной мочи, увеличением промежутков между мочеиспусканиями,

уменьшением чувства неполного опорожнения мочевого пузыря, т.е. улучшением адапционных свойств детрузора.

**Обсуждение.** По всей видимости, роль симпатической нервной системы в патогенезе расстройств мочеиспускания представляется больше, чем принято считать. Повышенное воздействие катехоламинов испытывают не только шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры, но через сосудистую систему мочевого пузыря и детрузор. Альфа-адреноблокаторы, в частности альфузозин, воздействуя на сосудистую систему мочевого пузыря, улучшают метаболизм детрузора и уменьшают функционально-обструктивные проявления.

**Вывод.** Дальфаз - эффективное средство лечения затрудненного мочеиспускания у женщин, вызванного функциональной обструкцией нижних мочевых путей на фоне детрузорно-сфинктерной диссинергии.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДЕТРУЗИТОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Гиперактивность мочевого пузыря - одно из наиболее часто встречающихся нарушений мочеиспускания. Основными клиническими симптомами гиперактивного мочевого пузыря являются учащенное мочеиспускание, urgency (ощущение того, что мочеиспускание немедленно начнется и любое промедление закончится непроизвольным выделением мочи), urgency, недержание мочи. К сожалению, в настоящее время не разработано оптимальных методов лечения данного состояния.

Одним из перспективных видов является терапия препаратом детрузитол (толтеродин). Это антагонист мускариновых рецепторов, специально разработанный для лечения гиперактивности мочевого пузыря. Препарат обла-

дает выраженной селективностью, а уникальный механизм действия обеспечивает его высокую эффективность и переносимость. Форма выпуска - таблетки по 2 мг. Обычный режим дозирования - по 1 таблетке 2 раза в сутки.

**Цель.** Оценить эффективность использования детрузитола у больных с гиперактивностью мочевого пузыря.

**Методы.** В клинике урологии МГМСУ детрузитол применялся в течение 6 месяцев. Препарат назначен 21 пациентке с нестабильностью детрузора. Средний возраст больных - 43,1 года, длительность заболевания - от 6 месяцев до 6 лет. Всем больным перед лечением производился осмотр, цистуретроскопия и комбинированное уродинамическое исследование. Больные

получали стандартную дозу препарата, средняя продолжительность лечения составила 2,1 месяца.

**Результаты.** Мы отметили полное исчезновение симптомов императивных нарушений мочеиспускания у 4 (19%), значительное улучшение состояния (уменьшение числа мочеиспусканий, ослабление императивных позывов, исчезновение недержания мочи) у 9 (42,8%), улучшение состояния (увеличение интервалов между мочеиспусканиями, ослабление императивных позывов) у 5 (23,8%) и отсутствие эффекта у 3 (14,3%) больных.

**Обсуждение.** Быстрота клинического улучшения состояния больных строго индивидуальна и не зависит от выраженности клинических симптомов. Длительность терапии детрузитолом определя-

ется индивидуально. Терапия может проводиться длительно, так как препарат не вызывает привыкания. Уникальный механизм действия детрузитола обеспечивает его хорошую переносимость и безопасность. Эффективность лечения кон-

тролируется субъективно и уродинамическими исследованиями.

**Выводы.** Препарат детрузитол (толтеродин) является эффективным средством в терапии различных форм императивных расстройств мочеис-

пускания как с симптомами ургентного недержания, так и них. Препарат можно применять в течение длительного времени в соответствии с выраженностью клинических проявлений, не опасаясь побочных эффектов.

**РОССИХИН В.В.,  
ПЕРЕВЕРЗЕВ А.С.**

Медицинская академия  
последипломного образования,  
Харьков, Украина

## РАЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ УРЕТРАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

**Цель:** На основании данных внутрикожных гормональных проб у пациенток с уретральным синдромом оценена степень ваготонии и тонус детрузора на фоне повышенной чувствительности к какой-либо фракции эстрогенов либо прогестерона. Общеизвестно, что эндокринная функция и вегетативная нервная система взаимосвязаны. Обоюдная стимуляция отмечается между эстрогенами и парасимпатической нервной системой, гормонами желтого тела и симпатической нервной системой (H.J.Schlosr et al., 1986; E.M. Говорухина, 1987).

**Методы:** Под наблюдением находилось 46 женщин с уретральным синдромом в возрасте от 23 до 84 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 12 лет; все пациентки лечились разнообразными способами, однако или безуспешно (26 человек) или с краткосрочным эффектом (20 больных). Всем женщинам проведен внутрикожный ди-

агностический тест чувствительности к трем фракциям эстрогенов (эстриол, эстрон, эстрадиол) и прогестерону. Выявлена повышенная чувствительность к эстрогенам в большей степени, чем к прогестерону. Чувствительность чаще повышена к эстрадиолу (18 чел.), затем - к эстрону (10 чел.), эстриолу (10), к двум фракциям эстрогеном - 28 пациенток. При лечении вводилась та (ли те) фракции эстрогенов, к которым выявлена сенсibilизация. Доза эстрогенов была в 2-3-4 раза больше, чем прогестерона. Дозы двух эстрогенов в эффекте лечения суммируются; последующие инъекции увеличивали в дозе на 0,01-0,02 мл. Поскольку ваготония сопровождается относительной гиперкалиемией, больным с уретральным синдромом и частичным клиническим эффектом рекомендовалась пища с ограничением углеводов и продуктов, содержащих витамин В<sub>1</sub> и калий.

**Результаты:** После 1-2 инъекций

явления уретрального синдрома уменьшались, а после 3-4 - исчезали. У 7 женщин из 46 эффект был частичным в виде ослабления симптомов дизурии, у остальных наблюдалось выздоровление. Рецидивов заболевания не было. У 11 женщин, у которых не выявлена гормональная сенсibilизация, гормонотерапия эффекта не дала (у всех женщин этой группы выявлены изменения, позволившие считать цисталгию вторичной).

**Выводы:** Исчезновение проявлений уретрального синдрома после внутрикожного введения соответствующей(их) фракции(ий) эстрогенов и прогестерона в соотношении Э:П=2-4:1 или одних эстрогенов (при слабо выраженной кожной реакции на прогестерон) свидетельствуют о том, что десенсibilизирующая терапия восстанавливает необходимое равновесие вегетативной нервной системы и нормализует эстрогено-прогестероновое соотношение.