

ется индивидуально. Терапия может проводиться длительно, так как препарат не вызывает привыкания. Уникальный механизм действия детрузитола обеспечивает его хорошо 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 В₁ 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.