

произошло снижение выраженности симптоматики заболевания по сравнению с исходными данными. При этом выявлена неравномерность динамики клинических показателей в зависимости от лечебной группы. В 1-й группе положительный эффект отметили 4 (25 %) из 16 больных, во 2-й группе — 6 (40 %) из 15 больных, в 3-й группе — 7 (46,6 %) из 15 больных, в 4-й группе — 7 (43,8 %) из 16 больных. Таким образом, у больных 2-й, 3-й, 4-й групп клинические результаты существенно не различались, в то время как у пациентов 1-й группы эффективность лечения оказалась ниже.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что гидродистензия мочевого пузыря является методом выбора в лечении больных СБМП/ИЦ. Клиническая эффективность гидродистензии мочевого пузыря при длительности процедуры 2, 4 и 6 минут была сопоставима, в то время как при длительности процедуры 1 минута — существенно ниже. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что длительность гидродистензии мочевого пузыря 2 минуты является оптимальной с точки зрения клинической эффективности. Большая длительность процедуры представляется избыточной.

ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕНЩИН СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ

© С.Х. Аль-Шукри, Н.О. Шабудина, И.В. Кузьмин, М.Н. Слесаревская

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Санкт-Петербург)

Цель исследования. Оценить эффективность консервативного лечения женщин со стрессовым недержанием мочи с и без применения метода биологической обратной связи (БОС).

Методы исследования. Под наблюдением находились 67 женщин со стрессовым недержанием мочи в возрасте от 28 до 63 лет. У всех наблюдаемых больных диагностирована легкая (до 2 прокладок в сутки) или средняя (2–4 прокладки в сутки) степени тяжести недержания мочи. Ранее у наблюдаемых пациентов операций на тазовых органах не было. У 49 (73,1 %) женщин выявлено опущение тазового дна различной степени выраженности. Наблюдаемые пациенты были разделены на 2 группы. Больные 1-й группы ($n = 37$) выполняли упражнения для тазовых мышц по модифицированной методике А. Кегеля. Пациенты 2-й группы ($n = 30$) упражнения для тазовых мышц выполняли с использованием метода БОС. Оценку эффективности лечения проводили через 3 месяца от его начала.

Результаты исследования свидетельствуют об эффективности проводимого лечения

у пациентов обеих групп. При этом лучший эффект отмечен у пациентов 2-й группы. Среднее число используемых прокладок уменьшилось с $2,9 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,4$ у больных 1-й группы и с $3,0 \pm 0,4$ до $0,8 \pm 0,2$ у больных 2-й группы. Частота эпизодов стрессового недержания мочи в сутки снизилась у больных 1-й группы на 32,6 %, а у пациентов 2-й группы — на 46,8 %. Этим обстоятельством можно объяснить различие в общей оценке эффективности лечения, выявленное у больных двух групп. Как хороший и удовлетворительный эффект лечения отметили 28 (75,7 %) пациентов 1-й группы и 27 (90,0 %) больных 2-й группы. Результаты лечения пациентов как 1-й, так и 2-й групп были лучше при легкой степени тяжести недержания мочи и меньшей выраженности опущения тазовых органов.

Выводы. Результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности применения метода БОС в консервативном лечении стрессового недержания мочи легкой и средней степеней тяжести.