

опросники, так и дневники мочеиспускания являются удобным инструментом в динамическом наблюдении за пациентами. Непосредственное обследование пациента включает пальпацию мочевого пузыря (с целью исключения парадоксальной ишурии), оценку психического и неврологического статусов. Нарушения на уровне S2 S4 можно установить с помощью оценки тонуса анального сфинктера, чувствительности кожи промежности и бульбокавернозного рефлекса. Уретроцистоскопию с бульбарной пробой проводят для выявления частичной или полной недостаточности сфинктера, исключения стриктур уретры и стеноза шейки мочевого пузыря. В случае выявления стриктуры устранить ее следует до начала лечения недержания мочи. При обследовании мочевого пузыря следует исключить камни, дивертикулы и опухоли. Лабораторные анализы включают общий анализ мочи и бактериологическое исследование мочи. Объем остаточной мочи определяют с помощью ультразвукового исследования.

КЛИНИКА

Основные симптомы при заболевании включают состояния:

ургентные позывы к посещению туалета, которые человек не в силах контролировать. Данный признак заболевания проявляется как срочная и внезапно появляющаяся необходимость посетить туалет без предварительных позывов, то есть желание нарастает мгновенного, а не постепенно. Днем частота таких позывов может достигать 8 раз и более. Также возможны состояния, когда различные звуки, такие как журчание жидкости, провоцируют позывы и неконтролируемое мочеиспускание;

частое мочеиспускание, даже если мочевого пузыря практически пустой;

императивное недержание, то есть неконтролируемое подтекание мочи, которое больной не в силах сдерживать;

ощущение неполноценного опустошения мочевого пузыря, даже после полного мочеиспускания. Причем общий объем мочи в сутки не превышает норму для взрослого человека примерно 1,5-2 литра;

ноктурия, то есть частые ночные походы в туалет (два и более). Данный признак является тревожным звоночком, если наблюдается каждую ночь, и может стать причиной более серьезных патологий.

ЛЕЧЕНИЕ

Согласно рекомендациям Европейского общества урологов, у пациентов с ургентным недержанием мочи в качестве препаратов первой линии следует применять М холиноблокаторы. Механизм их действия заключается в блокаде мускариновых рецепторов стенки мочевого пузыря, что, в свою очередь, приводит к снижению чувствительности и сократительной способности детрузора. Наиболее частый побочный эффект терапии — сухость во рту. У пациентов с ИВО эффективно сочетание М холиноблокаторов с α адреноблокаторами. Необходимо отметить, что коррекция расстройств мочеиспускания у больных пожилого возраста имеет свои особенности, связанные с влиянием сопутствующей патологии: заболеваний

сердечно-сосудистой системы, артериальной гипертензии, неврологических расстройств, эндокринной патологии. Изменение рецепторного аппарата у больных этой возрастной группы, а значит и чувствительности к фармакологической терапии, также вносит свой весомый негативный вклад. Особенно проблемно назначение терапии в случае ГМП с пониженной сократительной способностью в фазе опорожнения, когда назначение М холиноблокаторов у больных может способствовать формированию обструктивного мочеиспускания. При детрузорно-сфинктерном дисбалансе препараты этой группы также могут приводить к вышеуказанному синдрому. Зачастую затрудненное мочеиспускание становится основной причиной, по которой приходится прекращать применение М холиноблокаторов. Назначение М холиноблокаторов в комбинации с α адреноблокаторами вполне обоснованно для лечения синдрома императивного мочеиспускания — основного проявления ГМП. Как показал клинический опыт применения α адреноблокаторов, блокада α_1 адренорецепторов шейки мочевого пузыря, в данном случае весьма кстати, так как способствует устранению ирритативного синдрома у пациентов возрастной группы старше 60 лет.

Известно, что α_1 адреноблокаторы: тамсулозин (омник), теразозин (корнам, сетегис, хайтрин), доксазозин (зоксон, камирен, кардура), альфузозин (дальфаз) могут применяться для лечения симптомов ГМП как у мужчин, так и у женщин, особенно в случаях возникновения симптомов ГМП на фоне уродинамически подтвержденной функциональной ИВО. При этом частота мочеиспусканий в сутки снижается на 25–30%, а ночная поллакиурия — на 50%. α_1 адреноблокаторы снижают симптоматику при расстройствах мочеиспускания, связанных с наличием гиперплазии предстательной железы у мужчин, оказывают влияние на гиперактивность детрузора, возникающую на фоне ИВО. Высокая эффективность лечения ГМП отмечается при сочетании тренировки мочевого пузыря и медикаментозной терапии. Преимуществами немедикаментозных методов лечения являются практически полное отсутствие побочных эффектов и ограничений к последующим видам лечения, а также возможность их применения наряду с медикаментозной терапией. Пациентам со стрессовой формой НМ после операций на предстательной железе тренировку мышц тазового дна принято проводить в течение первых 6–12 мес. Тренировка позволяет улучшить силу и длительность сокращений скелетных мышц. В случае хорошей приверженности пациента лечению уменьшается количество эпизодов и объемы потерь и континенция достигается раньше. Во многих случаях пожилым мужчинам рекомендуется использовать внешние устройства: наружные зажимы, постоянный уретральный катетер, кондомный мочеприемник и прокладки. Но они не всегда приемлемы с социальной точки зрения. К осложнениям, вызванным наружными зажимами, относят отек, боль, эрозию и стриктуру уретры. Использование постоянного катетера связано с рецидивирующими инфекциями мочевых путей, травмой уретры и камнеобразованием.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аль-Шукри С.Х., Кузьмин И.В. Метод биологической обратной связи в лечении больных с недержанием мочи // Урология. 1999. № 5. С. 44–47.
2. Аляев Ю. Г., Григорян В. А., Гаджиева З. К. Расстройства мочеиспускания. М.: Литтерра, 2006.
3. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Взаимосвязь восстановления функции удержания мочи и эректильной функции у пациентов после нервосберегающей радикальной позадилонной простатэктомии // Материалы VI конгресса Российского общества онкоурологов. 2011. С. 63–64.
4. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Динамика восстановления удержания мочи у пациентов после радикальной позадилонной нервосберегающей простатэктомии // Онкоурология. 2011. № 2. С. 64–68.
5. Велиев Е.И., Голубцова Е.Н., Котов С. В. Особенности восстановления функции удержания мочи после нервосберегающей радикальной простатэктомии // Лечебное дело. 2011. № 2. С. 87–93.
6. Велиев Е.И., Петров С. Б. Практическая онкоурология: избранные лекции / Под ред. А. В. Воробьева и др. СПб.: Центр ТОММ, 2008.
7. Гомберг В. Г., Надь Ю. Т. Применение теразолина (Сегетис) в лечении гипотензивного мочевого пузыря у пожилых женщин // Урология. 2006. № 5. С. 63–71.
8. Гомберг В. Г., Надь Ю. Т., Ефимова В. В. Применение теразолина (Сегетис) в лечении гипотензивного мочевого пузыря и ургентной инконтиненции у пожилых женщин // Рус. мед. журн. 2005. Т. 13. № 9. С. 2–3.
9. Данилов В. В., Вольных И. Ю., Абдуллаева С. К., Данилова Т. И. Комбинированное лечение расстройств мочеиспускания у женщин м холинолитиком в сочетании с альфа1 аденоблокатором // Урология. 2004. № 3. С. 49–52.
10. Данилова Т.И., Петров С.Б., Данилов В.В. Недержание мочи при напряжении и $\alpha 1$ аденоблокаторы: теоретическое обоснование концепции консервативной терапии // Эффективная фармакотерапия в урологии. 2010. № 4. С. 42–48