

# Гиперактивный мочевой пузырь: как бороться с этой проблемой?

В.А. Пирогов, д.м.н., профессор, П.В. Чабанов, к.м.н.,  
лаборатория невроурологии ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Известно, что в урологической практике сегодня особый интерес представляют патологические состояния, сопровождающиеся дизурическими явлениями (поллакиурией, никтурией, непреодолимыми (императивными) позывами), императивным недержанием мочи, чувством тяжести и боли в области мочевого пузыря, болезненностью при мочеиспускании. Эти клинические проявления отмечаются при цистите, пиелонефрите, гиперактивном мочевом пузыре (ГАМП).

➔ По данным Международного общества по удержанию мочи (ICS), симптомы ГАМП имеют место примерно у 100 млн человек в мире. В Европе состояние ГАМП наблюдается у 17% взрослого населения, а в Соединенных Штатах Америки этот диагноз — один из десяти наиболее распространенных. В Украине данная патология отмечается примерно у 3,5 млн человек.

ГАМП — синдром, который включает поллакиурию, императивные позывы с императивным недержанием мочи и без такового, никтурию (два ночных пробуждения для мочеиспускания и более) при отсутствии анатомических нарушений и воспалительных заболеваний нижних отделов мочевыводящих путей. Это социально дезадаптирующий клинический синдром, затрагивающий профессиональную, сексуальную, социальную, физическую, эмоциональную и семейную сферы жизни больного. Следует отметить, что данная проблема ассоциируется с низким качеством жизни пациентов, редкой обращаемостью больных к врачам-урологам, низкой информированностью врачей первичного звена относительно

проблематики ГАМП, что существенно затрудняет оказание помощи этой группе пациентов.

Изучение нарушения функционального состояния нижних отделов мочевыводящих путей требует использования следующих диагностических методов: общего анализа крови и мочи, бактериального посева мочи с определением чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам, урофлоуграфии (УФМ), электромиографии и др.

Лечение ГАМП направлено на восстановление утраченного контроля накопительной способности мочевого пузыря, что приводит к улучшению качества жизни пациентов. Основными точками приложения медикаментозной терапии являются центры контроля мочеиспускания в головном и спинном мозге, а также нервные центры мочевого пузыря, уретры, периферические нервы и ганглии.

Классификация лекарственных средств, используемых для лечения ГАМП, предполагает выделение четырех основных групп: М-холинolitikи и  $\alpha_1$ -адреноблокаторы, снижающие эфферентную стимуляцию; антидепрессанты; средства, снижающие чувствительность

мочевого пузыря; а также вазопрессин, действие которого направлено на снижение мочеобразования.

В целях повышения эффективности результатов комплексного медикаментозного лечения больных с нейрогенными расстройствами мочеиспускания успешно применяются препараты растительного происхождения. Так, в нашей практике мы назначаем пациентам комплексный растительный препарат Канефрон® Н (50 капель или 2 драже 3 р/сут), который обладает противовоспалительным, мочегонным, вазодилатирующим и антибактериальным действием, способствует устранению спазма мочевых путей. Основными эффектами назначаемой терапии в данном случае являются увеличение интервалов между мочеиспусканиями; снижение интенсивности / исчезновение императивных позывов; исчезновение недержания мочи; уменьшение побочных эффектов, а также максимальная эффективность по сравнению с другими растительными препаратами.

В комплексной терапии пациентов с ГАМП мы также использовали немедикаментозные методы лечения: сегментарную электростимуляцию мочевого пузыря, которая

преимущественно применяется для воздействия на детрузор; электро-стимуляцию мышц промежности, которая обеспечивает усиление тонуса сфинктера, тренирует мышцы, поднимающие шейку мочевого пузыря, и периуретральные поперечнополосатые мышцы. В свою очередь, активация крестцовых автономных и соматических нервов приводит к ингибированию тазовых центров парасимпатической нервной системы, обеспечивает увеличение функционального объема мочевого пузыря.

При использовании фитопрепарата Канефрон® Н в дозе 50 капель

или 2 драже 3 р/сут отмечено, что применение данного препарата в комбинации с электростимуляцией мочевого пузыря повышает не только эффективность терапии, но и качество жизни пациентов. Поскольку препарат может быть использован для длительной терапии, мы рекомендуем пациентам продолжать его прием на срок до 2-4 нед после наступления клинического улучшения.

Для снижения гиперактивности детрузора также применяются физические упражнения, способствующие укреплению мышц тазового дна. Их эффект объясняется тем,

что укрепление мышц предотвращает проникновение мочи в уретру, рефлекторно вызывающее сокращение детрузора. Кроме того, упражнения для мышц тазового дна способствуют увеличению максимального уретрального давления, тем самым минимизируя риск недержания даже на фоне сокращений детрузора.

Следует подчеркнуть, что эффективное лечение симптомов ГАМП возможно и на амбулаторном этапе медицинской помощи, однако для достижения положительных результатов требуется мультимодальный подход к проводимой терапии. ■

## Новое об известном

### Применение экстракта *Boswellia serrata* в качестве поддерживающей терапии при болезни Крона

Применение фитотерапии при таких заболеваниях, как болезнь Крона, основано на наличии у лекарственных растений противовоспалительного, обволакивающего, слабительного, вяжущего, обезболивающего и других свойств. Кроме того, отмечено, что растительные препараты оказывают кератопластическое действие на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, способствуя тем самым ее восстановлению.

Целью исследования немецких ученых из гастроэнтерологического отделения Hospital Porz am Rhein г. Кельна было оценить эффективность и безопасность длительной терапии экстрактом *Boswellia serrata* в поддержании ремиссии у пациентов с болезнью Крона с помощью CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Двойное слепое плацебо контролируемое рандомизированное исследование в параллельных группах проводили в 22 медицинских центрах Германии. Всего в исследовании приняли участие 108 амбулаторных пациентов с данным заболеванием в состоянии клинической ремиссии. Больные были рандомизированы в группы терапии экстрактом босвеллии или плацебо, длительность испытания составила 52 нед.

Исследование было досрочно прекращено по причине отсутствия различий в эффективности фитопрепарата и плацебо: у 59,9% больных в группе активной терапии и у 55,3% в группе плацебо поддерживалось состояние ремиссии ( $p=0,85$ ). Время до наступления рецидива составило 171 день в группе активной терапии и 185 дней в группе плацебо ( $p=0,69$ ). Что касается CDAI, оценки по опроснику IBDQ и лабораторных показателей выраженности воспалительной реакции, то никаких преимуществ в пользу активного лечения обнаружено не было.

Исследование подтвердило хорошую переносимость экстракта *Boswellia serrata* при длительном лечении болезни Крона, однако преимуществ применения фитопрепарата в сравнении с плацебо в качестве терапии для поддержания ремиссии заболевания выявлено не было.



*Источник: W. Holtmeier, S. Zeuzem, J. Preiß et al. Inflamm Bowel Dis. 2011 Feb;17(2): 573-582.*