

Досвід застосування оксibuтиніну в комплексному лікуванні жінок зі змішаним та імперативним нетриманням сечі

В.І. Горвий

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Проведено аналіз лікування жінок зі змішаним та імперативним нетриманням сечі із застосуванням оксibuтиніну. При лікуванні жінок із імперативним нетриманням сечі застосування оксibuтиніну було ефективним, особливо у поєднанні з інтравагінальною електростимуляцією сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна. При лікуванні жінок зі змішаним нетриманням сечі із застосуванням оксibuтиніну ефективність лікування відзначена лише при поєднанні з інтравагінальною електростимуляцією. Супутній ефект (сухість у роті) при використанні оксibuтиніну відзначено у 20 (31,7%) пацієнток, що примусило їх через 2–3 дні перейти на вживання половинчастої дози препарату (2,5 мг).

Ключові слова: змішане та імперативне нетримання сечі, оксibuтинін, електростимуляція.

Серед усіх видів нетримання сечі у жінок на стресову інконтиненцію (нетримання сечі під час напруження) припадає близько 50–80%, імперативну – 10–20%, змішану – 20–30% [1, 3, 5, 7, 8]. Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) під імперативним нетриманням сечі розуміють скаргу хворої на втрату сечі під час імперативного (наказового) позиву до сечовипускання, під змішаним – скаргу хворої на втрату сечі як під час імперативного позиву до сечовипускання, так і під час фізичного напруження (підняття важких предметів, кашлю, чхання, швидкої ходьби, бігу та ін.) [4]. Згідно з рекомендаціями Міжнародної консультації з нетримання сечі (ICI) [6] та Європейської асоціації урологів (EAU) [10] початкове лікування імперативного нетримання сечі включає холінолітичні препарати, поведінкову терапію (зміну способу життя та харчування), лікувальну фізкультуру для зміцнення м'язів тазового дна та тренування сечового міхура (сечовипускання за графіком); змішаного – додатково ще призначають дулоксетин, уретральні обтуратори та фізіотерапевтичні процедури (вправи з конусами, лікування за методом біологічного зворотного зв'язку, електричну стимуляцію м'язів тазового дна та сфінктерного апарату сечівника) [10]. До кінця 90-х років ХХ століття «золотим стандартом» лікування гіперактивного сечового міхура та імперативного нетримання сечі вважали оксibuтиніну гідрохлорид. Незважаючи на його деякі супутні ефекти (сухість у роті, закрепи, нудота та ін.), цей препарат і сьогодні широко застосовують через його переваги перед іншими холінолітиками – прийнятна вартість, додаткова спазмолітична дія на детрузор, можливість застосування у дітей [2].

Мета дослідження: визначити ефективність нового вітчизняного препарату оксibuтиніну під торговою назвою Сибутин виробництва ВАТ «Київський вітамінний завод» у комплексному лікуванні імперативного та змішаного нетримання сечі у жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведене клінічне дослідження препарату Сибутин у комплексному лікуванні імперативного та змішаного нетримання сечі у жінок. У дослідження включали пацієнток старше 18

років із клінічними ознаками імперативного та змішаного нетримання сечі протягом 3 міс і більше. Критерії виключення: алергія на препарат, вагітність, патологія сечової та статеві системи (камні, пухлини сечового міхура; гострий цистит; обструкція шийки сечового міхура; значний пролапс тазових органів), використання холінолітиків протягом останнього місяця. Обстеження пацієнток включало загальноклінічні методи, ультразвукове дослідження сечової системи, консультації гінеколога та невропатолога. Гіперактивність та гіперчутливість детрузора, а також функціональний стан сфінктерного апарату сечівника визначали за допомогою портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitorr (Johnson & Johnson). Ефективність лікування пацієнток оцінювали за допомогою анкети ICIQ-SF Міжнародної консультації з нетримання сечі (ICI) з визначенням індексу ICIQ [9].

Дослідження проводили з участю 63 жінок з квітня 2008 р. по грудень 2012 р. Жінки були розділені на 4 групи: в I групу були включені 16 жінок з імперативним нетриманням сечі, яким амбулаторно протягом 2 тиж проводили консервативну терапію із використанням поведінкової терапії (обмеженням та виключенням продуктів та страв, які підвищують гіперактивність детрузора: алкоголь, шоколад, кофе, гострі страви), тренуванням сечового міхура (поступово збільшували інтервали між сечовипусканням), призначенням оксibuтиніну та вправ для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем. Останні вправи зміцнюють також тонус сфінктерного апарату сечівника та рефлекторно гальмують скорочення детрузора. Оксibuтинін призначали по 5 мг тричі на добу, у разі виникнення побічних ефектів (сухість у роті) пацієнтки переходили на вживання 2,5 мг препарату тричі на добу. Вік хворих становив $52,6 \pm 4,3$ року, тривалість захворювання $1,7 \pm 1,3$ року.

У II групу були включені 15 жінок зі змішаним нетриманням сечі, яким амбулаторно протягом 2 тиж проводили консервативну терапію із використанням поведінкової терапії, тренуванням сечового міхура, призначенням оксibuтиніну та вправ для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем подібно жінкам I групи. Вік хворих становив $50,8 \pm 2,9$ року, тривалість захворювання $2,7 \pm 1,6$ року.

У III групу були включені 10 жінок із імперативним нетриманням сечі, які стаціонарно отримували консервативну комбіновану терапію протягом 2 тиж подібно пацієнткам I групи, а також додатково використовували інтравагінальну електростимуляцію сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна за допомогою апарату «Інтрадон-1» (електростимулятор урологічний ЕСУР-30-1). Процедуру електростимуляції проводили щоденно протягом 30 хв. Електростимуляція з патофізіологічної точки зору має подвійний ефект: 1) посилює тонус м'язів тазового дна та сфінктерного апарату сечівника; 2) рефлекторно гальмує гіперактивність детрузора [9, 11]. Протипоказаннями до електростимуляції були гострі запальні захворювання внутрішніх статевих та сечових органів жінки, маткові кровотечі, злоякісні пухлини жіночих статевих органів,

вагітність, порушення ритму серця. Вік хворих становив $54,7 \pm 3,9$ року, тривалість захворювання $2,0 \pm 1,8$ року.

Четверту (IV) групу склали 22 пацієнтки зі змішаним нетриманням сечі, які стаціонарно отримували консервативну комбіновану терапію протягом 2 тиж подібно жінкам II групи, але додатково отримували інтравагінальну електростимуляцію сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна за допомогою апарату «Інтрадон-1». Вік хворих становив $56,7 \pm 3,6$ року.

Статистичний аналіз матеріалу виконували за допомогою персонального комп'ютера AMD Sempron 2300+, пакета Microsoft Excel 2002, Windows XP.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед 16 хворих I групи з імперативним нетриманням сечі після проведеної консервативної терапії 5 пацієнток стали повністю утримувати сечу, індекс ІСІQ зменшився з $13,3 \pm 0,7$ до $8,3 \pm 1,1$ ($p < 0,001$), що достовірно свідчить про ефективність лікування. Серед 15 хворих II групи зі змішаним нетриманням сечі жодна з жінок не досягла одужання (стала повністю утримувати сечу), після курсу лікування індекс ІСІQ зменшився з $13,2 \pm 0,5$ до $8,9 \pm 0,5$ ($p = 0,08$), що недостовірно свідчить про ефективність лікування. Це і не дивно, оскільки оксibuтинін не діє на сфінктерний апарат сечівника жінки та не усуває стресове нетримання сечі. Серед 10 хворих III групи з імперативним нетриманням сечі після проведеної консервативної терапії 3 пацієнтки стали повністю утримувати сечу, індекс ІСІQ зменшився з $13,8 \pm 0,6$ до $3,6 \pm 1,5$ ($p < 0,001$), що достовірно свідчить про ефективність лікування. Серед 22 хворих IV групи зі змішаним нетриманням сечі 5 пацієнток стали повністю утримувати сечу після проведеного курсу лікування, індекс ІСІQ зменшився з $13,6 \pm 1,6$ до $4,7 \pm 1,4$ ($p < 0,001$), що достовірно свідчить про ефективність лікування. Жоден із хворих не відмовився від уживання Сибутину, але 20 (31,7%) хворих через 2–3 доби перейшли на уживання половинчастої дози препарату (2,5 мг) через супутній ефект – сухість у роті (5 жінок I групи, 5 – II, 3 – III, 7 – IV).

ВИСНОВКИ

1. Комплексне лікування імперативного нетримання сечі у жінок із застосуванням оксibuтиніну є ефективним, особливо при поєднанні із інтравагінальною електростимуляцією сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна.
2. Комплексне лікування змішаного нетримання сечі у жінок із застосуванням оксibuтиніну ефективно лише у ви-

падках поєднання з інтравагінальною електростимуляцією сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна. Тому електростимуляцією необхідно включати в комплексне лікування не лише змішаного, але й імперативного нетримання сечі у жінок.

3. Незважаючи на наявність супутнього ефекту (сухість у роті) у 31,7% хворих після вживання Сибутину препарат дозволяє ефективно лікувати імперативне, а у поєднанні з інтравагінальною електростимуляцією сфінктерного апарату сечівника та м'язів тазового дна – змішане нетримання сечі у жінок.

Опыт применения оксibuтинина в комплексном лечении женщин со смешанным и императивным недержанием мочи

В.И. Горовой

Проведен анализ комплексного лечения женщин со смешанным и императивным недержанием мочи с использованием оксibuтинина. При лечении женщин с императивным недержанием мочи использование оксibuтинина было эффективным, особенно при сочетании с интравагинальной электростимуляцией сфінктерного аппарата мочеиспускательного канала и мышц тазового дна. При лечении женщин со смешанным недержанием мочи с использованием оксibuтинина эффективность лечения отмечена только при сочетании с интравагинальной электростимуляцией. Сопутствующий эффект (сухость во рту) при использовании оксibuтинина отмечен у 20 (31,7%) пациенток, что заставило их через 2–3 сут перейти на прием половинчастой дозы препарата (2,5 мг).

Ключевые слова: смешанное и императивное недержание мочи, оксibuтинин, электростимуляция.

Experience of using oxybutynin in complex treatment of women with mixed and urgent urinary incontinence

V.I. Gorovyy

The analysis of complex treatment of women with mixed and urgent urinary incontinence by using oxybutynin carried out. The treatment of women with urgent urinary incontinence with using oxybutynin was effective especially in case of combination with intravaginal electrostimulation of urethral sphincter and pelvic floor muscles. The treatment of women with mixed urinary incontinence with using oxybutynin was effective only in combination with intravaginal electrostimulation. Side effect (dryness in mouth) with using oxybutynin was noted in 20(31,7%) patients and it was the reason to decrease the dose of oxybutynin (2,5 mg three times per day).

Key words: mixed and urgent urinary incontinence, oxybutynin, electrostimulation.

Сведения об авторе

Горовой Виктор Иванович – Винницкая областная клиническая больница имени Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 46; тел.: (097) 751-81-53

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аполихина И.А., Ромих В.В., Андикан В.М. Современные принципы консервативного лечения недержания мочи у женщин // Урология. – 2005. – № 5. – С. 72–75.
2. Зайцев В.І., Горовой В.І., Ілюк І.І. Эффективность та переносимость Сибутину при лікуванні гіперактивного сечового міхура у жінок // Сімейна медицина. – 2008. – № 3. – С. 81–82.
3. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. – Харьков: Факт, 2000. – 360 с.
4. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society // Neurourology and Urodynamics. – 2002. – Vol. 21. – P. 167–178.
5. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. – Lier, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. – 96 p.
6. Abrams P., Andersson K.E., Birder L. et al. Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence // Incontinence // Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. – 4 th. ed. – Health Publication Ltd., 2009. – P. 1767–1820.
7. Eneil S. Prevalence of urinary incontinence // Therapeutic management of incontinence and pelvic pain / Haslam J., Laycock J. – 2nd ed. – Springer-Verlag London Limited. – 2008. – P. 3–9.
8. Hunskaar S., Burgio K., Clark A.C. et al. Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP) // Incontinence / P. Abrams et al. – 3rd ed. – Paris: Health Publication Ltd, 2005. – P. 255–312.
9. Plevnik S., Vadusek D.B., Bryan N.P. et al. Electrical therapy // Clinical urogynaecology / Stanton S.L., Monga A.K. – 2nd ed. – London – Toronto: Churchill Livingstone, 2000. – P. 521–540.
10. Thuroff S., Abrams P., Andersson K.E. et al. Guidelines on urinary incontinence // EAU Guidelines. – 2010. – 56 p.
11. Vodusek D.B., Laycock J. Therapeutic electrical stimulation // Haslam J., Laycock J. Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. – 2nd edition. – Springer-Verlag London Limited, 2008. – P. 121–126.

Статья поступила в редакцию 26.03.2013