



Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова,
НИИ уронефрологии
и репродуктивного
здоровья человека,
клиника урологии
им. Р.М. Фронштейна

Консервативное лечение недержания мочи после радикальной простатэктомии

Д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН П.В. ГЛЫБОЧКО,
д.м.н., проф., чл.-корр. РАМН Ю.Г. АЛЯЕВ, д.м.н., проф. А.З. ВИНАРОВ,
д.м.н. Ю.Л. ДЕМИДКО, Л.С. ДЕМИДКО

Недержание мочи – не только медицинская, но и социальная проблема. Хотя недержание не является угрожающим жизни заболеванием, оно сопровождается серьезными психоэмоциональными нарушениями, приводит к социальной дезадаптации, а нередко и к инвалидизации.

Причинами недержания мочи у мужчин могут быть последствия оперативных вмешательств на предстательной железе. В статье приведены результаты исследования эффективности консервативного лечения недержания мочи после радикальной простатэктомии с применением тренировки мышц тазового дна и метода биологической обратной связи в сочетании с приемом препарата группы антихолинэстеразных средств – Нейромидина.

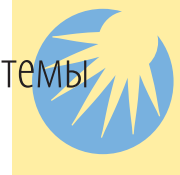
Одной из причин недержания мочи у мужчин наряду с возрастом, наличием симптомов нижних мочевых путей, инфекционных заболеваний мочеполовых органов, функциональных и когнитивных нарушений является простатэктомия ввиду послеоперационной детрузорной гиперактивности [1]. Удержание мочи может нарушаться вследствие денервации во время операции, возрастных изменений, повреждения шейки и сфинктера мочевого пузыря, слабости мышц тазового дна и сочетания этих

факторов. Отмечено, что недержание мочи после простатэктомии чаще встречается при снижении функциональной способности мышц, которая выявляется еще до операции [1].

К первой линии терапии у пациентов с недержанием мочи после радикальной простатэктомии относится тренировка мышц тазового дна. Упражнения для укрепления мышц могут применяться отдельно или в сочетании с методом биологической обратной связи (БОС), когда с помощью электронных приборов в реальном времени па-

циенту предоставляется информация о физиологических показателях деятельности органов и/или систем посредством визуальных или звуковых сигналов. Данный метод направлен не только на реабилитацию мышц тазового дна, но и на выработку нового навыка управления этими мышцами.

В процессе выполнения упражнений больной учится контролировать произвольные мышцы промежности, управлять ими и сознательно их тренировать. Упражнения позволяют не только усиливать замыкательную способность сфинктерных механизмов, но и подавлять непроизвольные сокращения детрузора. Отмечено значимо раннее восстановление функции удержания мочи у пациентов, занимающихся тренировкой мышц тазового дна, по сравнению с теми больными, которые не выполняли соответствующих упражнений [3]. Положительный эффект данного метода лечения наблюдается в том случае, если пациенты были проинструктированы и начали тренировку мышц таза до планируемого оперативного вмешательства или сразу после его проведения [1].



У 56 пациентов в возрасте от 54 до 72 лет (средний возраст – 63 года), перенесших радикальную простатэктомию, был применен метод БОС. Для объективизации исходного состояния больных применялся опросник по влиянию недержания мочи на качество жизни International Consultation on Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form (ICIQ-UISF), рекомендованный Европейской ассоциацией урологов. Подтекание мочи несколько раз в день было выявлено у 35 (62,5%) опрошенных, постоянно – у 20 (35,7%). У 1 пациента случаи недержания наблюдались от 1 раза в неделю до 1 раза в день. Согласно субъективной оценке, 19 (33,9%) больных отмечали, что теряют небольшое количество мочи, 27 (48,2%) – достаточное и 10 (17,9%) – большое. Недержание мочи у пациентов к моменту обращения продолжалось от 1 до 22 месяцев и не имело тенденции к уменьшению.

Упражнения пациенты выполняли под контролем электромиографии по двум каналам. Датчики располагались в прямой кишке и на передней брюшной стенке. Суммарная электромиограмма от мышц таза и прямых мышц живота во время упражнений была доступна пациенту в режиме реального времени на экране монитора. Начальный этап тренировок заключался в выработке умения сокращать произвольные мышцы таза, в то время как мышцы живота минимально принимали участие в этом процессе. Медиана обучения и закрепления навыка изолированных сокращений мышц тазового дна составила 1,5 месяца.

Электромиографический контроль тренировок позволяет не только правильно выполнять упражнения, но и анализировать показатели активности мышц таза: время сокращения, уровень сигнала при сокращении и расслаблении, а также стабильность сигнала (девиацию). Время сокращения отражает состояние нервно-мышечной проводимости и является одной из важных функциональных характеристик. При анализе

контрольных суммарных электромиограмм на фоне тренировок отмечено повышение активности мышц в момент сокращения, однако время сокращения не изменилось, что может расцениваться как один из признаков денервации мышц таза после радикальной простатэктомии.

К числу методов медикаментозной коррекции нарушений нервно-мышечной передачи относят препараты, оказывающие влияние на процессы высвобождения ацетилхолина из пресинаптических окончаний. Одним из таких препаратов является Нейромидин (ипидакрин), в основе действия которого лежит комбинация блокады калиевой проницаемости мембраны и обратимого ингибирования холинэстеразы [4]. Нейромидин непосредственно стимулирует проведение импульса в нервно-мышечном синапсе и в центральной нервной системе (ЦНС) вследствие блокады калиевых каналов мембраны. Препарат усиливает действие на мускулатуру не только ацетилхолина, но и адреналина, серотонина, гистамина и окситоцина. Нейромидин не оказывает тератогенного, канцерогенного и иммуноотоксического действия, не влияет на эндокринную систему. Показаниями к применению Нейромидина (ипидакрин) являются заболевания периферической нервной системы, бульбарные параличи и парезы, восстановительный период органических поражений ЦНС, сопровождающихся двигательными нарушениями.

Противопоказания к назначению Нейромидина: стенокардия, выраженная брадикардия, бронхиальная астма, непроходимость кишечника, вестибулярные расстройства, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, эпилепсия (частые эпилептические припадки являются также противопоказанием к сеансам БОС с визуальным контролем) [5].

Таким образом, учитывая свойства препарата Нейромидин оптимизировать восстановительные процессы в центральной и перифе-

Возможность комбинации тренировки мышц тазового дна под контролем БОС с препаратом, оказывающим положительное влияние на проведение импульсов в центральном и периферическом отделах нервной системы (Нейромидин), повышает эффективность консервативного лечения недержания мочи и позволяет сократить реабилитационный период после радикальной простатэктомии.

рической нервной системе, авторы применяли его у пациентов, занимающихся тренировкой мышц тазового дна под контролем БОС. В процессе регулярных упражнений 11 (19,6%) пациентов принимали Нейромидин (ипидакрин) 20 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев. У 7 (12,5%) больных Нейромидин (ипидакрин) назначали в виде подкожных инъекций 1 мл 1,5% раствора в течение 10 дней с последующим переходом на прием препарата внутрь в дозировке 20 мг 2 раза в день. Остальные 38 (67,9%) пациентов проводили только тренировку мышц тазового дна под контролем БОС. Пациенты во всех группах не различались ни по возрасту ($p = 0,485$) (применялся критерий Крускала – Уоллиса), ни по частоте случаев недержания ($p = 0,942$), ни по количеству теряемой мочи ($p = 0,698$). Не выявлено статистически значимых различий по влиянию недержания мочи на качество жизни ($p = 0,787$). Из 18 пациентов, которым проводилась тренировка мышц таза в комбинации с приемом Нейромидина (ипидакрин), 7 человек (38,9%) могли полностью удерживать мочу в любых обстоятельствах, еще у 7 мужчин (38,9%) произошло улучшение, что выразилось в снижении числа эпизодов недержания и уменьшении количества используемых прокладок.



Отсутствие изменений состояния отмечено у 3 (16,6%) больных, у 1 (5,6%) установлен слинг.

Из 38 пациентов, которые применяли только тренировку мышц таза под контролем биологической обратной связи, 10 (26,3%) пациентов могли полностью удерживать мочу, у 7 (18,4%) произошло улучшение состояния. Отсутствие изменений состояния было у 19 (50%) больных, у 2 (5,3%) установлен искусственный сфинктер мочевого пузыря.

Медиана улучшения способности удерживать мочу при комбинации тренировки мышц таза с приемом Нейромидина (ипидакрин) составила 3,6 месяца. У больных, которые не получали медикаментозного лечения, этот показатель составил 5,5 месяцев ($p = 0,14$) (применялся логранговый критерий).

Медиана восстановления функции удержания мочи у пациентов, получавших Нейромидин (ипидакрин) в таблетках, составила 4 месяца. У больных, которым лечение было начато с инъекционной формы с последующим переводом на пероральный прием препарата, этот показатель составил 2,4 месяца ($p = 0,16$).

Побочных эффектов, связанных с возбуждением М-холиноре-

цепторов (слюнотечение, гипергидроз, тошнота, брадикардия), в процессе применения Нейромидина на фоне тренировки мышц тазового дна не отмечено.

Тренировка мышц тазового дна под контролем БОС является эффективным методом лечения недержания мочи независимо от его типа, что обусловлено наличием доказательств существования нейроанатомических обратных связей в двигательной системе, а также возможностью произвольного управления попеременно-полосатыми мышцами таза. Применение Нейромидина (ипидакрин) позволяет повысить эффективность этих упражнений. Препарат обладает способностью блокировать калиевую проницаемость мембраны и обратимо блокировать холинэстеразу, тем самым повышает концентрацию ацетилхолина в синаптической щели и облегчает проведение импульса в центральных и периферических холинэргических синапсах. Таким образом, Нейромидин (ипидакрин) действует на все звенья в цепи процессов, обеспечивающих проведение возбуждения. Со стороны ЦНС этот эффект проявляется улучшением памяти, способности к обучению

и благоприятным влиянием на мыслительные процессы [6]. Это способствует ускорению развития навыка управления мышцами тазового дна, который подкрепляется у пациента графическими образами, представляемыми в режиме реального времени в процессе каждого занятия.

Выраженный и стойкий лечебный эффект отмечен в случаях применения Нейромидина (ипидакрин) для лечения пораженной периферической нервной системы – невритов, полинейропатий [6]. Это свойство препарата также актуально при тренировке мышц тазового дна при недержании мочи после радикальной простатэктомии, поскольку одной из целей упражнений является уменьшение времени сокращения произвольных мышц таза. Таким образом, возможность комбинации тренировки мышц тазового дна под контролем БОС с препаратом, оказывающим положительное влияние на проведение импульсов в центральном и периферическом отделах нервной системы (Нейромидин), повышает эффективность консервативного лечения недержания мочи и позволяет сократить реабилитационный период после радикальной простатэктомии. ☺

Литература
→ С. 60

NB

Нейромидин (ипидакрин) – ингибитор холинэстеразы. Оказывает непосредственное стимулирующее влияние на проведение импульса по нервным волокнам, межнейрональным и нервно-мышечным синапсам периферической и центральной нервной системы. Фармакологическое действие препарата Нейромидин основано на сочетании двух механизмов действия: во-первых, блокады калиевых каналов мембраны нейронов и мышечных клеток, а во-вторых, обратимого ингибирования холинэстеразы в синапсах.

Нейромидин обладает следующими фармакологическими эффектами: улучшает и стимулирует проведение импульса в нервной системе и нервно-мышечную передачу; усиливает сократимость гладкомышечных органов под влиянием агонистов ацетилхолиновых, адреналиновых, серотониновых, гистаминовых и окситоциновых рецепторов, за исключением калия хлорида; улучшает память, тормозит прогрессивное течение деменции. После приема внутрь препарат быстро всасывается из ЖКТ, C_{max} в плазме крови достигается через 1 час. После парентерального введения препарат быстро всасывается, C_{max} в плазме крови достигается через 25–30 мин после введения.

Показаниями к применению Нейромидина являются заболевания периферической нервной системы (моно- и полинейропатия, полирадикулопатия, миастения и миастенический синдром различной этиологии), заболевания ЦНС (бульбарные параличи и парезы, восстановительный период органических поражений центральной нервной системы, сопровождающихся двигательными нарушениями).