

## МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Эшонкулова Файёза Бахриддин кизи,

Равшанова Мохинур Бахром кизи,

Сувонкулова Камола Иброхимовна

Научный руководитель: PhD доц. Шавази Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет,

Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10641235>

### ARTICLE INFO

Qabul qilindi: 04-fevral 2024 yil

Ma'qullandi: 06-fevral 2024 yil

Nashr qilindi: 09-fevral 2024 yil

### KEY WORDS

Синдром гиперактивного мочевого пузыря (ГМП), консервативное лечение, стрессовое недержание мочи (СНМ), ургентное недержание мочи (УНМ).

### ABSTRACT

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) — это клинический синдром, включающий позывы к мочеиспусканию с ургентным недержанием мочи или без него, обычно в сочетании с частотой мочеиспускания и никтурией (мочеиспусканием между засыпанием и пробуждением). На сегодняшний день установлено, что причиной частого и ургентного мочеиспускания у большинства пациентов является гиперактивность детрузора. Проблема диагностики и успешного лечения пациентов с ГМП требует комплексного подхода с привлечением врачей различных специальностей, в первую очередь урологов, неврологов и нейрохирургов. Обращается внимание на то, что в большинстве случаев определить истинную причину развития ГМП не представляется возможным, что обуславливает необходимость продолжения исследований, направленных на выявление этиологических факторов ГМП002E

**Актуальность.** Синдром гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) — это клинический синдром с ургентным недержанием мочи или без него, обычно связанный с частым мочеиспусканием и ночным мочеиспусканием. На сегодняшний день установлено, что гиперактивность детрузора является причиной частого и ургентного мочеиспускания у большинства пациентов. Проблема диагностики и успешного лечения пациентов с ГМП – проблема, требующая привлечения врачей различных специальностей, в первую очередь урологов, неврологов и нейрохирургов. Во многих случаях обращается внимание на то, что невозможно определить реальную причину развития ГМП, что требует продолжения исследований, направленных на определение этиологических факторов ГМП.

Чрезмерная активность мочевого пузыря не является опасным для жизни состоянием, но резко негативно сказывается на его качестве, приводит к социальной адаптации и даже инвалидности.

В последнее время особенно актуальной стала оценка роли функционального компонента в развитии таких нарушений мочеиспускания, как стрессовое недержание мочи (СНМ) в сочетании с ургентным недержанием мочи в виде гиперактивного мочевого пузыря (ОБ). Уродинамические исследования в сочетании с гиперактивностью детрузора также выявляют признаки НМ.

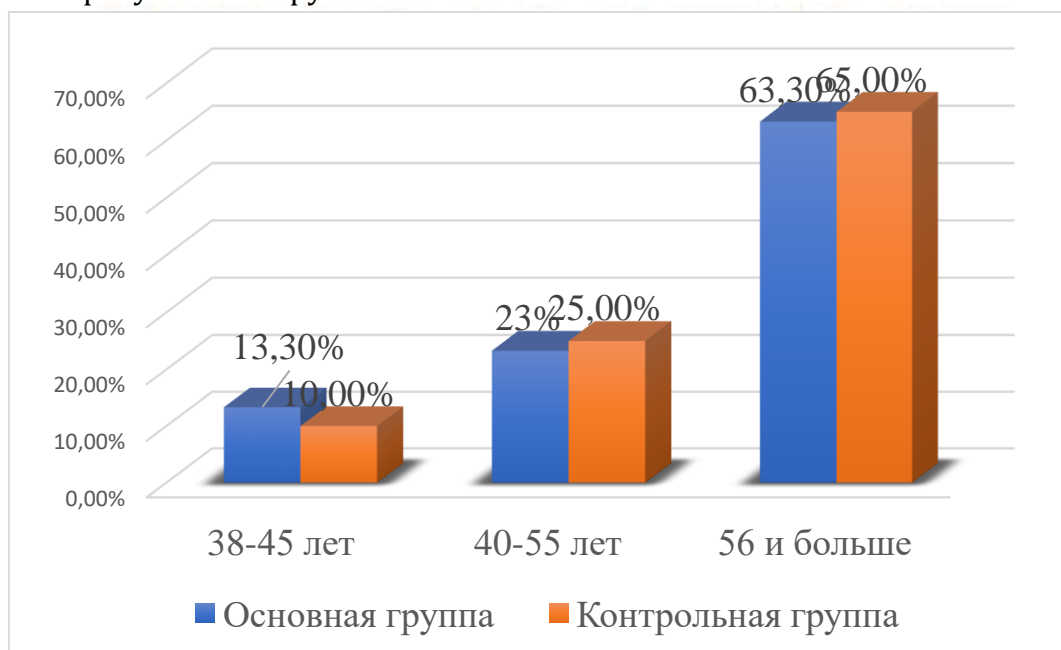
Как видно из вышесказанного, гиперактивность мочевого пузыря является актуальной проблемой современной медицины. Требуется детальное изучение этиологических факторов, способствующих развитию ОБС, а также разработка мероприятий по ранней диагностике и профилактике ОБС.

**Цель исследования.** Определить методы консервативного лечения пациентов с ГМП.

**Материалы и методы.** Исследование основано на клиничко-лабораторном обследовании 50 пациентов с синдромом гиперактивного мочевого пузыря, обратившихся в гинекологическое отделение 1-роддома г. Самарканде в 2021-2023 годах.

Обследованные пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методов лечения: в группу сравнения вошли 20 (40%) пациентов, получавших традиционные методы диагностики и лечения, а в основную группу – 30 (60%) пациентов, получавших комплексную терапию.

Возраст обследованных пациентов составил от 38 до 65 лет. Средний возраст пациентов в группе сравнения составил  $48,2 \pm 3,4$  года, а в основной группе –  $49,03 \pm 4,12$  года, что показано на рисунке 1 по группам соответственно.



**Рисунок 1. Распределение обследованных по возрастным группам**

Всем пациенткам, находящимся под наблюдением, было проведено тщательное изучение соматического, урологического, акушерского и гинекологического анамнеза, а также тщательное клиническое обследование с учетом возраста, состояния

репродуктивной системы. Проводили общий осмотр, наружный и внутренний урогинекологический осмотр, общеклинический анализ крови и мочи. Все лабораторные анализы проводились в лабораторном отделении.

**Результаты и обсуждение.** В нашем исследовании по способу лечения 50 пациентов были разделены на 2 группы: основную (n=30) и группу сравнения (n=20). Пациенты группы сравнения получали консервативное медикаментозное лечение. Помимо консервативной медикаментозной терапии, основной группе пациентов применялся физиотерапевтический метод – БОС-тренировка.

Медикаментозная терапия назначалась в соответствии с типом недержания мочи. Все пациенты были разделены на urgentное недержание мочи и смешанное недержание мочи при синдроме стрессового гиперактивного мочевого пузыря (диаграмма 1).



**Диаграмма 1. Разделение пациентов основной и сравнительной групп по типу НМ**

Для лечения недержания мочи при синдроме гиперактивного мочевого пузыря мы использовали препараты группы М-холиноблокаторов. Механизм действия М-холиноблокаторов заключается в блокировании мускариновых рецепторов мочевого пузыря, препятствуя взаимодействию с ними медиатора ацетилхолина. Таким образом, действие ацетилхолина на детрузор снижается или полностью прекращается, в результате чего снижается его активность. При лечении гиперактивности детрузора используются два вида М-холиноблокаторов, отличающихся по химической структуре – третичные и четвертичные амины (оксибутинин, троспия хлорид), которые являются препаратами первой линии при синдроме гиперактивного мочевого пузыря и ST. Оксидинин назначали в дозе от 2,5 до 5 мг 3-4 раза в сутки (максимальная доза 20 мг/сут).

Продолжительность ежедневной процедуры варьируется в пределах 15-20 минут. Курс лечения состоит из 15 процедур. При необходимости могут проводиться повторные курсы БОС-терапии (2-3 раза в год) для усиления клинического эффекта.

В первый период лечения 12 женщинам с НМ в ГМП (5 группа сравнения и 7 основная группа) были назначены бета-3-адреномиметики с М-холиноблокаторами. В результате из общего числа 12 женщин только у 2 (3,33%; 5%) был получен терапевтический эффект от медикаментозной терапии и положительный результат. При назначении БОС 7 пациентам основной группы у всех наблюдалась положительная динамика, а у 3 пациентов симптомы НМ были полностью устранены.

Пациентам со стрессовой формой НМ назначали антидепрессанты в качестве консервативного лечения, и исход оценивали через 1 месяц. У 7 человек (35%) в группе сравнения и у 11 человек (36,7%) в основной группе НМ этой формы.

Одновременно с консервативным лечением женщинам основной группы применялся БОС - учебный физиотерапевтический метод лечения. На данном этапе эффективность лечения была отмечена как положительная только у 2 женщин (10%) в группе сравнения и у 8 женщин (26,7%) в основной группе. На этом этапе мы видим, что эффективность комплексного лечения в несколько раз выше, чем у традиционного лечения. Анализ полученных результатов показал, что у 17 (56,7%) пациентов основной группы не было случаев НМ после комплексного лечения от ГМП, этот показатель был зафиксирован у 4 (20%) пациентов в группе сравнения, что свидетельствует об эффективности комплексной терапии очень достоверно ( $P < 0,001$ ).

**Заключение.** Анализ динамики результатов обследований женщин с недержанием мочи с помощью неинвазивных специальных тестов до и после лечения показал, что после комплексного лечения у 56,7% пациенток не было самопроизвольного мочеиспускания во время анализов, у 43,3% пациентов основной группы полное выздоровление не выздоровело, но сообщалось о положительных результатах по общей симптоматике и значительному уменьшению эпизодов НМ. У 4 пациентов (20%) группы сравнения спонтанная экскреция с мочой не наблюдалась вовсе, а у остальных 60% количество выделений уменьшалось, но полного выздоровления не наблюдалось, а у 20% пациентов не наблюдалось общего изменения до и после лечения.

В результате проведенных анализов у всех пациентов был выявлен результат лечения. Однако, по результатам эффективности, большее количество пациентов основной группы имели полное лечение по сравнению с группой сравнения. Стоит отметить, что в ходе курса лечения отмечались изменения положительной динамики от тяжелой НМ к легкой НМ, что приводило к спонтанному снижению потребности в хирургическом лечении, а также улучшению общего качества жизни. принесет.

#### Список литературы:

1. Amirzoda T. S., Asliddinovich S. S. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ И НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ: КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
2. Киямова Л. и др. ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ //Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences. – 2024. – Т. 3. – №. 2. – С. 138-145.
3. Мазо Е. Б., Кривобородов Г. Г. Гиперактивный мочевого пузыря //Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. – №. 7. – С. 405-411

4. Неймарк А.И., Раздорская Мирослава Витальевна, Войтенко А.Н. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин со стрессовым недержанием мочи // Андрология и генитальная хирургия. 2013. №1.
5. Сивков А. В., Ромих В. В. Фармакотерапия гиперактивного мочевого пузыря //Consilium medicum. – 2002. – Т. 4. – №. 7. – С. 348-355
6. Шопулотов Ш., Абсаматов Ш., Холдоров И. ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТРУЗОРА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 6. – С. 409-411.
7. Шопулотова З. А., Худоярова Д. Р. ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ: ВЛИЯНИЕ КОМОРБИДНОСТИ И ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 4.
8. Худоярова Д. Р., Уктамова Ю. У., Шопулотова З. А. ИННОВАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИДАТКОВ МАТКИ //ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 4.
9. Худоярова Д. Р. и др. Ведение беременных с преэклампсией тяжелой степени //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 7 (61). – С. 29-30.
- 10.Худоёрова Д., Кобилова З., Шопулатов Ш. INFLUENCE OF CORONAVIRUS INFECTION ON CHILDREN AND THEIR MOMS //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – С. 74-75.
- 11.Худоярова Д. Р. и др. Совершенствование методов естественного восстановления фертильности у женщин с бесплодием, обусловленным эндометриозом //Международный журнал" Journal of Biomedicine and Practice. – 2020. – №. 2. – С. 42.
- 12.Тохиров Х. и др. ХИРУРГИЧЕСКИЙ АБОРТ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ //Центральноазиатский журнал образования и инноваций. – 2023. – Т. 2. – №. 6 Part 4. – С. 21-23.
- 13.Тиялова С. и др. ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 94-98.
- 14.Хампель К., Вайнхольд Д., Бенкен Н. и др. Распространенность и естественный анамнез женского недержания. Eur Urol 2007; 32 (Приложение 2): 3–12
- 15.ХУДОЯРОВА Д. Р. и др. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЕСТЕСТВЕННОЙ ФЕРТИЛЬНОСТИ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 43.
- 16.Мухсинов Ф. Б. и др. Ведение беременных с тяжелой преэклампсией // Журнал «Достижения науки и образования. – 2020. – No 7. – С. 61.
- 17.Шопулотов С., Израиль О. ГИПЕРАКТИВНОЕ ПРАВИТЕЛЬСТВО СИНДРИНИ ДАВОЛАШ БО'ЙИЧА ЯНГИ ВОЗМОЖНОСТИ /Боллетен Государство Узбекистан. – 2023. – Т. 1. – No 6 Часть 2. – С. 106-109.
- 18.Shopulotov S. et al. SIYDIK TUTOLMASLIK MUAMMOSI //Центральноазиатский журнал образования и инноваций. – 2023. – Т. 1. – №. 6 Part 6. – С. 44-48.

- 19.Шопулотов С. и др. БИБЛЕЙСКИЙ ВЗГЛЯД НА СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОГО ГОВУКА – 2023. – Т. 1. – No 9. – С. 38-42.
- 20.Шопулотов Ш. и др. СТРУКТУРА ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЧИН ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ //Центральноазиатский журнал образования и инноваций. – 2024. – Т. 3. – №. 1 Part 2. – С. 56-60.

