МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДОВ

Подготовила: к/о Ужахова А.И.

Цель лечения — снижение частоты мочеиспусканий, увеличение интервалов между ними, увеличение емкости мочевого пузыря, улучшение качества жизни.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Основной метод терапии гиперактивного мочевого пузыря — лечение антихолинергическими препаратами, препаратами смешанного действия, антагонистами а-адренорецепторов, антидепрессантами.

Наиболее известные антихолинергические препараты : **оксибутинин, толтеродин, троспия хлорид, солифенацин** блокируют мускариновые холинорецепторы в детрузоре, предупреждая и значительно снижая действие на него ацетилхолина. Этот механизм и приводит к уменьшению частоты сокращения детрузора при его гиперактивности.

Солифенацин является наиболее селективным к М-холинорецепторам мочевого пузыря среди антихолинергических препаратов,что обеспечивает его благоприятныйпрофиль безопасностии хорошую переносимость пациентами с ГМП. Стартовая терапия ГМП -5 мг 1 раз или 10 мг(у пациенток с выраженной ургентностью).

Мах в сутки 10 мг.

Мирабегрон — представитель нового класса агонистов b3-адренорецепторов, препарат с принципиально иным механизмом действия. Стимулируя b3-адренорецепторы мочевого пузыря, мирабегрон вызывает расслабление детрузора и не оказывает воздействия на фазу его сокращения.

www.mr.ru

Терапевтическая дозировка мирабегрона — 50 мг один раз в сутки

ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

Вопрос о консервативном лечении стрессовой инконтиненции может стоять только при НМПН легкой степени или наличии противопоказаний для оперативного лечения.

Основные направления консервативного лечения при стрессовой мочевой инконтиненции:

- поведенческая терапия — отказ от курения и употребления алкоголя, оптимизация физической активности, нормализация массы тела;
- тренировка мышц тазового дна — метод биологической обратной связи, использование специальных аппаратных средств;
- физиотерапия — электростимуляция мышц тазового дна;
- МГТ, альфа-адреномиметики, антихолинэстеразные препараты, ингибиторы обратного захвата серотонина и

При пролапсах средней и тяжелой степени консервативные методы оказываются неэффективными, необходима хирургическая коррекция стрессового недержания мочи.

Лечение стрессовой мочевой инконтиненции у молодых и соматически здоровых женщин не вызывает особых затруднений и при II и III степенях тяжести должно быть хирургическим, однако существуют больные, которым оно не подходит (пациентки с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, нерожавшие женщины, планирующие беременность, пациентки после лучевой терапии по поводу онкологических заболеваний половых органов, отказывающиеся от хирургического лечения).

Качество жизни этих женщин, страдающих стрессовым недержанием мочи, можно улучшить за счет альтернативных малоинвазивных технологий, в частности за счет инъекционного пери- либо трансуретрального введения объемообразующих веществ на основе гиалуроновой кислоты, полиакриламидного гидрогеля.

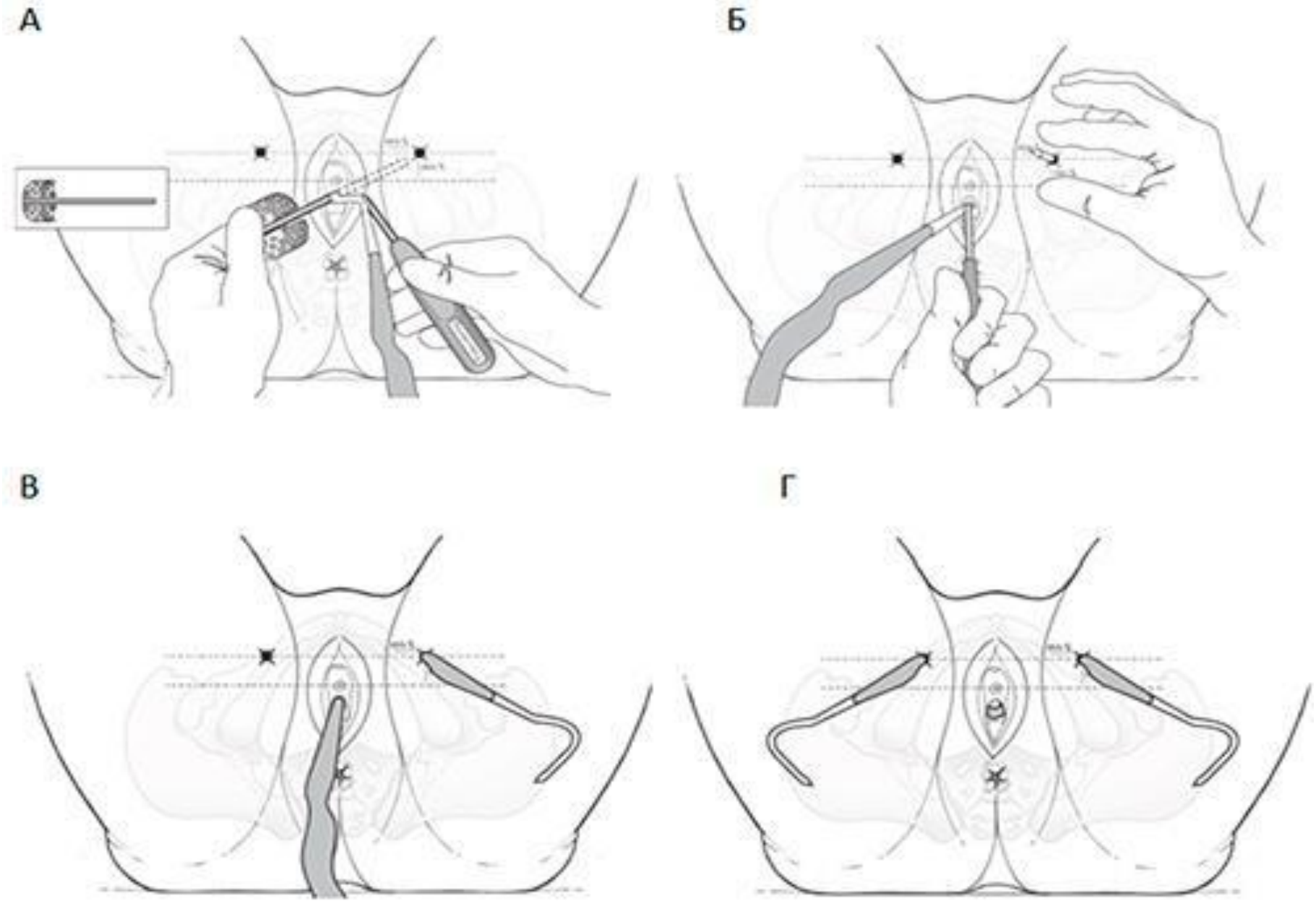
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наиболее эффективный метод лечения стрессового недержания мочи — хирургическое вмешательство.В настоящее время известно более 250 различных операций и их модификаций, выполняемых для коррекции анатомических нарушений при стрессовом недержании мочи .

Слинговые операции (петлевые операции) применяются для лечения всех типов стрессового недержания мочи, которое встречается у 15–60% женщин любого возраста.

В зависимости от метода проведения операции современные синтетические петли подразделяются на 3 вида:

- Позадилонная уретропексия: свободная синтетическая петля TVT (Tension-free Vaginal Tape), SPARC (Supra Pubic Arc Sling) и петля TVT-Exact.
- 2. Трансобтураторная уретропексия : TVT-O (TransobturatorVaginal Tape),TVT-Abbrevo, Monarc.
- 3. Мини-петли или «петли одного разреза»: MiniArc, Ophira.


А
Б
В
Г

ЛЕЧЕНИЕ СМЕШАННОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

К сложной и смешанной формам недержания мочи относят стрессовую инконтиненцию в сочетании с пролапсом гениталий и детрузорной гиперактивностью,а также рецидивные формы заболевания. Однозначного подхода к лечению пациенток со смешанной инконтиненцией и пролапсом гениталий, которые составляют наиболее тяжелый контингент больных, до сих пор нет.

Медикаментозное лечение

При отсутствии выраженного пролапса половых органов лечение пациенток со смешанным типом недержания мочи начинают с приема антимускариновых препаратов. Всем пациенткам в постменопаузе одновременно с этими средствами рекомендуют гормонотерапию в виде местного применения свечей или крема, содержащих натуральный эстроген, — эстриол.

При выраженном опущении и выпадении внутренних половых органов, обструктивном мочеиспускании и нереализованной сфинктерной недостаточности целесообразно первоначально произвести коррекцию пролапса гениталий и антистрессовую операцию, после чего решить вопрос о необходимости медикаментозного лечения.

Оптимальный выбор лечебной тактики, а, следовательно,получение наиболее высоких результатов зависит от качества дооперационной диагностики и уточнения причинно-следственной связи сочетанной патологии.

Хирургическое лечение

Необходимость хирургического вмешательства у таких больных — дискуссионный вопрос. Многие считают, что необходим длительный курс медикаментозной терапии с применением антихолинергических препаратов, другие доказывают необходимость комбинированного лечения — хирургической коррекции стрессового компонента и последующего медикаментозного лечения. Эффективность коррекции симптомов инконтиненции у таких больных до недавнего времени не превышала 30–60%.

По данным отечественных акушеров-гинекологов, пролапс гениталий диагностируют у 80% пациенток со стрессовым недержанием мочи и в 100% случаев у больных со смешанной инконтиненцией.

Объем операции зависит от сопутствующего гинекологического заболевания, степени пролапса гениталий, возраста и социальной активности женщины. Наиболее предпочтительный метод коррекции стрессовой инконтиненции — уретропексия свободной синтетической петлей.

В отсроченном периоде проводится второй этап коррекции генитального пролапса, одновременно выполняют антистрессовую операцию (уретропексия свободной синтетической петлей). Вагинальный доступ позволяет одномоментно устранить и пролапс гениталий, и симптомы НМПН.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!