

КОРРЕКЦИЯ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ М-ХОЛИНОЛИТИКОМ
СПАЗМЕКСОМ У ЖЕНЩИН С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ
И ГИПЕРАКТИВНЫМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ

Вадим Валериевич Данилов¹, Сергей Анатольевич Лучинский¹,
Татьяна Ивановна Данилова¹, Игорь Юрьевич Вольных²,
Валерий Вадимович Данилов¹, Анастасия Владимировна Васильченко²

¹ГОУ ВПО «Владивостокский государственный медицинский университет Росздрава»,
курс урологии, 690000, Владивосток, ул. Острякова 2, e-mail: vadim_danilov@list.ru,

²Отделенческая больница, г. Владивосток, 690000, ул. Верхне-Портовая, 25

Реферат. Изучена эффективность коррекции расстройств мочеиспускания М-холинолитиком спазмексом у 57 женщин от 18 до 69 лет с синдромом императивного мочеиспускания в сочетании с сексуальными расстройствами. Показаны выраженное действие спазмекса на М-холинорецепторы, хорошая переносимость больными, умеренный спазмолитический эффект на гладкую мускулатуру нижних мочевых путей, возможность коррекции женской сексуальной дисфункции, вызванной синдромом гиперактивного мочевого пузыря.

Ключевые слова: женская сексуальная дисфункция, гиперактивный мочевой пузырь, М-холинолитики.

CORRECTION OF URINARY DISCOMFORT BY
M- CHOLINOLYTIC SPASMEX IN WOMEN WITH
SEXUAL DYSFUNCTIONS AND HYPERACTIVE
URINARY BLADDER

Vadim Valerievich Danilov¹, Sergei Anatoljevich Luchinsky¹,
Tatyana Ivanovna Danilova¹, Igor Jurjevich Volnykh², Valery
Vadimovich Danilov¹, Anastasia Vladimirovna Vasilchenko²

¹Vladivostoksky state medical university, department of
urology, 690000, Vladivostok, Ostryakov street 2,
e-mail: vadim_danilov@list.ru, ²Departmental hospital,
city of Vladivostok, 690000, Verhne-Portovaya Street, 25

There had been studied correction effectiveness of urinary discomfort by M-cholinolytic spasmex in 57women, aged 18-69, with sexual dysfunctions and hyperactive urinary bladder. Expressed effect of spasmex on M-cholinoreceptors, patients' good tolerance, mild spasmolitic effect on unstriated muscles of lower urinary tract, possibility of correction of sexual dysfunctions, caused by hyperactive urinary bladder syndrome, had been considered.

Key words: female sexual disfunction, hyperactive urinary bladder, M- cholinolytics.

Согласно данным литературы [7, 8], до 76% женщин имеют различные сексуальные расстройства. По результатам популяционных исследований, проведенных в США, около 10 миллионов женщин жалуются на снижение вагинальной lubricации, возбудимости, боль или дискомфорт при половом

акте, а также сложности в достижении оргазма [7]. Клиническая манифестация женских сексуальных дисфункций (ЖСД), согласно современному определению, может быть представлена как расстройство желания, возбуждения, оргазма и боль при сексуальных контактах, которая приводит к значительному персональному страданию личности и имеет негативное воздействие на качество жизни [1]. Помимо высокой вариабельности, особенностью ЖСД является комбинация нескольких симптомов. По данным Национального института здоровья, ЖСД встречаются чаще, чем сексуальные нарушения у мужчин [7, 8]. Существенное влияние на развитие ЖСД оказывает предыдущий негативный опыт сексуального общения, при этом у женщин это проявляется в большей степени, чем у мужчин. Помимо этого, сам характер ЖСД необычен и, как показывают указанные выше исследования, на развитие дисфункции и ее дальнейшее течение оказывает влияние множество совершенно различных факторов, а в итоге все это приводит к неудовлетворенности в сексе [8].

Большое значение в формировании и поддержании ЖСД играет физическое состояние, в частности функция мочевой и половой систем [2, 10]. Несмотря на высокую распространенность ЖСД, многие аспекты проблемы до сих пор изучены недостаточно, например, влияние дисфункции нижних мочевых путей на половой акт, протекающей как клинические проявления гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП) [10]. К сожалению, исследования такого плана достаточно сложны по причине «пограничности» самой проблемы, поскольку изучаемое явление должно рассматриваться с различных точек зрения

и, кроме того, в связи с неопределенностью и объективной трудностью оценки симптоматики. Вполне естественно, что ГАМП оказывает влияние на качество жизни, и это было показано в целом ряде исследований, посвященных вопросам расстройств мочеиспускания [3, 4, 5, 6, 9]. Однако мало работ, в которых ГАМП и ЖСД нашли бы свое отражение в виде клинического наблюдения в динамике на фоне терапии М-холинолитиками [4, 10]. Нами предпринята попытка изучить ЖСД с позиции объективизации расстройств мочеиспускания при помощи табличного метода и оценки влияния клинической картины на качество жизни, в том числе половой, у женщин с клиническим проявлением ГАМП.

Цель исследования — определение динамики качества жизни и сексуальной дисфункции у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем при коррекции расстройств мочеиспускания М-холинолитиком спазмексом.

Под нашим наблюдением находились 57 женщин в возрасте от 18 до 69 лет (в среднем $48 \pm 1,4$ года), с синдромом императивного мочеиспускания различной выраженности, проявляющегося в виде поллакиурии, императивных позывов и ургентного недержания мочи в сочетании с сексуальными расстройствами. Всем больным после предварительного обследования длительно назначался препарат тропия хлорид (спазмекс) в дозировке по 15 мг трижды в сутки в сочетании со средствами сосудистой терапии. Обследование включало лабораторную диагностику (клинический анализ крови, общий анализ мочи и анализ по Нечипоренко, посевы мочи), цистоскопию, УЗИ мочевого пузыря и внутренних половых органов. По показаниям выполнялись специальные уродинамические и рентгенологические приемы диагностики, а также консультации смежных специалистов (гинеколог, эндокринолог, хирург, невролог).

Для оценки расстройств мочеиспускания нами использовалась оригинальная таблица оценки функции мочевого пузыря у женщин (ТОФМПЖ), заполняемая первично после 3-суточного неинвазивного домашнего урофлоумониторинга на приборе СУРД-02 «Уровест», и данные дневников мочеиспускания. Оценка качества жизни, проводимая с помощью Международной шкалы QOL, дополняла клиническую характеристику симптоматики расстройств мочеиспускания.

Таблицу заполняли при первичном обращении, затем после проведения консервативной терапии,

Таблица 1

Таблица оценки функции мочевого пузыря у женщин (ТОФМПЖ)

1. Позыв на мочеиспускание	Нормальный	0
	Императивный — не каждый день	4
	Императивный — каждый день один раз	6
	Императивный — каждый день несколько раз	8
2. Императивное недержание мочи	Нет	0
	Не каждый день	4
	Каждый день один раз	6
3. Число мочеиспусканий ночью	Каждый день несколько раз	8
	Нет	0
	Один раз	2
	2 раза	4
4. Ритм спонтанных мочеиспусканий	3 раза	6
	4 и более раз за ночь	8
	Число мочеиспусканий в сутки:	
	Соответствует норме	0
5. Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	Меньше нормы	2
	Больше нормы на 40%	4
	Больше нормы на 80%	6
	Больше нормы на 100% и более	8
6. Боли при мочеиспускании	Среднеэффективный объем:	
	Соответствует норме	0
	Меньше нормы	2
	Больше нормы	4
7. Лейкоцитурия	Нет	0
	Менее чем в половине случаев	2
	Более чем в половине случаев	4
7. Лейкоцитурия	Нет	0
	Есть по анализу мочи по Нечипоренко	2
	Есть по общему анализу мочи	4

Таблица 2

Таблица оценки качества жизни

Как бы Вы отнеслись к тому, что Вам придется жить с имеющимися проблемами до конца жизни?	Прекрасно	Хорошо	Удовлетворительно	Смешанное ощущение	Неудовлетворительно	Плохо	Очень плохо
	0	1	2	3	4	5	6

а в последующем после 16 недель лечения. Помимо учета симптомов фиксировали и качество жизни (табл. 2) в соответствии с общепринятой системой Международной шкалы оценки (Quality of Life, QOL).

При сборе анамнеза нами было установлено, что половой акт у 29 женщин сопровождался непроизвольным мочеиспусканием, у 17 —

Таблица 3

Клиническая оценка влияния симптомов нарушений тазовых органов на половую активность женщины

Как Вы оцениваете влияние симптомов расстройств мочеиспускания и недержания мочи на половую жизнь?	Нет влияния	Слабое влияние	Умеренное ограничение	Выраженное ограничение половой жизни	Полное прекращение половой жизни
	0	1	2	3	4

болевыми ощущениями, что заставило последних ограничить половую активность или полностью от нее отказаться. Нарушение оргазма отмечалось у 14% женщин. Вместе с этим 46 пациенток с недержанием мочи при коитусе имели различные сексуальные проблемы (81% от всего числа наблюдений). При этом выраженность ЖСД и влияние на качество жизни имели прямую корреляцию с тяжестью симптоматики. В 30 случаях из этой подгруппы нами было установлено, что основной причиной обращения женщин за медицинской помощью являлась именно сексуальная дисфункция. Сама по себе поллакиурия, даже выраженная, с числом мочеиспусканий более 12 в сутки, становилась значимой именно при коитусе, заставляя прерывать половой акт, доставляя дискомфорт и боль. Разумеется, ГАМП как симптомокомплекс сам по себе снижал качество жизни, но присоединение ЖСД становилось основной причиной, которая побуждала женщин обращаться за медицинской помощью.

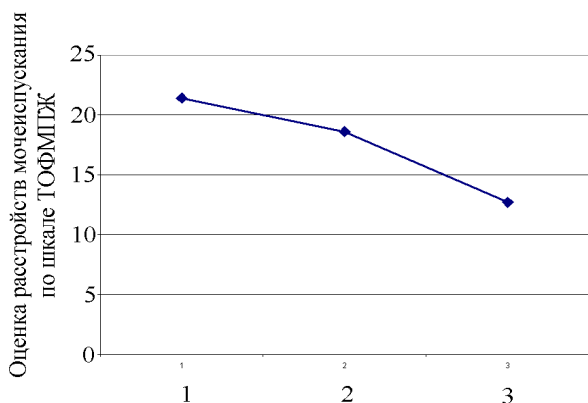


Рис. 1. Динамика расстройств мочеиспускания по шкале ТОФМПЖ на фоне терапии: 1 — исходный балл, 2 — через 8 недель терапии, 3 — через 16 недель лечения.

Анализ полученных при опросе пациенток данных показал, что клиническая картина ГАМП в 11 случаях сопровождалась появлением боли при половом акте, отсутствовала в течение остального времени суток, что первоочередным образом определяло необходимость консультации гинеколога.

Как показано на диаграмме (рис. 1), исходно балл расстройств мочеиспускания составил 21,4 по

ТОФМПЖ, но на фоне лечения стал меняться. Динамика была обусловлена изменением среднеэффективной емкости мочевого пузыря, что вполне естественно при терапии М-холинолитиком. Вместе с этим стало меняться и качество жизни. Уже через 8 недель балл снизился до 18,6 и далее еще через 8 недель до 12,7. Статистическая достоверность изменений клинической симптоматики между исходным уровнем и 8-недельной терапией, а также между 8- и 16-недельной терапией достаточна для выводов об эффективности коррекции расстройств мочеиспускания М-холинолитиком ($p < 0,05$). Поскольку оценка проводилась с частичным заполнением таблицы по данным домашней урофлоуметрии, симптомы по таблице отражают объективное состояние нижних мочевых путей (ноктурия и дневная поллакиурия, среднеэффективный объем, интервалы между мочеиспусканиями днем).

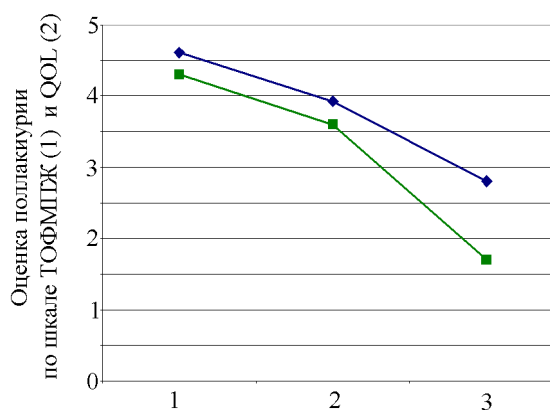


Рис. 2. Динамика симптома поллакиурии по ТОФМПЖ и качества жизни по шкале QOL на фоне терапии: 1 — исходный балл, 2 — через 8 недель терапии, 3 — через 16 недель лечения.

Качество жизни менялось вместе с поллакиурией, оценка последней проводилась по ТОФМПЖ. Поскольку число мочеиспусканий и среднеэффективная емкость мочевого пузыря зависят от возраста, для нивелирования данного фактора балл симптомов рассчитывался с учетом возрастной группы (рис. 2).

Улучшились показатели выраженности сексуальной дисфункции — с 3,6 до 0,8 балла по

таблице половой активности женщин (рис. 3). Весьма примечательно, что если в начале лечения у большинства пациенток отмечались существенные сексуальные ограничения из-за расстройств мочеиспускания, то уже через 8 недель у них прослеживалась существенная положительная динамика: у них прекратилось непроизвольное недержание мочи во время полового акта, исчезла необходимость его прерывания для опорожнения мочевого пузыря. Отражением этих изменений стало снижение качества жизни по шкале QOL с 4,3 до 1,7.

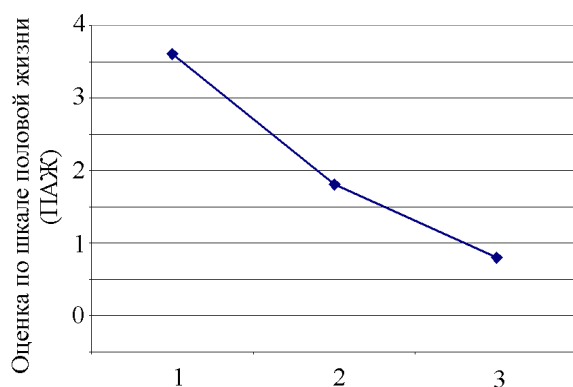


Рис. 3. Динамика сексуальной дисфункции у женщин по шкале ПАЖ на фоне терапии: 1 — исходный балл, 2 — через 8 недель терапии, 3 — через 16 недель лечения.

Относительно формирования женской сексуальной дисфункции ряд авторов отмечают несколько моментов: во-первых, нарушение либидо вплоть до сексуального отвращения, не позволяющее достигать необходимого возбуждения и оргазма [1, 7, 8], что и наблюдалось до начала терапии. Данное явление встречается более часто, чем это принято считать. Так, например, при сборе анамнеза половой жизни, 27 пациенток отмечали полное исчезновение желания вести половую жизнь в связи с неудобствами, возникающими при коитусе, еще 19 (в сумме 81%) — существование ограничений из-за влияния ГАМП на процесс полового общения (прерывание полового акта для мочеиспускания, исчезновение возбуждения и, следовательно, невозможность достижения оргазма). Во-вторых, нарушение процесса возбуждения, достаточного для проведения полового акта и как следствие недостаточная lubricация, что в итоге приводит к неудобствам при фрикциях и дискомфорту, а в ряде случаев

даже к болезненному половому акту. Характерно, что при обследовании у гинеколога никаких воспалительных заболеваний внутренних половых органов выявлено не было. Взаимосвязь в этом случае сексуальной дисфункции и расстройств мочеиспускания крайне важна. Данное явление встречается достаточно часто, и в пожилом возрасте многие пациентки считают почти нормой полный половой покой [2]. Возникновение клинической симптоматики расстройств мочеиспускания в возрасте после 45—50 лет только усугубляет имеющуюся ЖСД или формирует ее [2, 7, 8].

Если отдельно рассматривать форму ГАМП, сочетающуюся с болевым синдромом, то можно отметить, что ЖСД по типу сексуальной боли протекают более жестко, трудно поддаются коррекции, принося страдания пациентке. Именно поэтому особую категорию составляют больные с хроническим циститом. Например, по результатам анализа базы данных Приморского краевого центра «Патология мочеиспускания», наличие так называемого посткоитального цистита имело место у 3 из 4 пациенток, находившихся под наблюдением в связи с хронической инфекцией нижних мочевых путей. Наличие субклинических нарушений по типу дисфункций мочевого пузыря настолько часто встречается, что возникает мысль о жесткой зависимости фона для возникновения обострения хронического цистита от воспаления. Длительную терапию антибактериальными препаратами, судя по отдаленным результатам, отнести к эффективной никак нельзя. Сопроводяя хроническую инфекцию, ГАМП фактически является той основой, на которой формируется ЖСД. Назначение антибактериальной терапии как попытка коррекции поллакиурии зачастую при совершенно нормальных анализах мочи, по нашему мнению, в принципе глубоко ошибочно, так как она усугубляет сексуальную дисфункцию и приводит к диспареунии.

Одной из важных причин формирования и дальнейшего подержания ЖСД, как следует из наших наблюдений, может являться нарушение функции нижних мочевых путей, причем в ряде случаев труднокорректируемое. И развитие того или иного варианта сексуального расстройства зависит от многих сопутствующих факторов, в частности от длительности ГАМП, интенсивности его проявления, динамики нарастания клини-

ческой симптоматики. Все это бесспорно определяется индивидуальными особенностями. Тем не менее можно полагать, что сексуальные дисфункции, вызванные микционными расстройствами, можно устранить при восстановлении уродинамики нижнего этажа мочевой системы.

Оценка клинической симптоматики у женщин проводилась с помощью таблицы, в которой отражены основные симптомы расстройств мочеиспускания. 10-летний опыт применения этого инструмента для исследований эффективности терапии у женщин показал преимущества перед известной системой количественного описания симптомов расстройств мочеиспускания шкалой IPSS, которая используется для оценки тяжести симптоматики у больных с аденомой предстательной железы. Справедливости ради стоит отметить, что вышеупомянутая шкала — не первая в своем роде, и попытки объективизации функциональных нарушений нижних мочевых путей предпринимались и ранее, что свидетельствует об актуальности проблемы в целом. Создание унифицированной «женской» таблицы для описания нарушений мочеиспускания позволило представить количественное корректное решение этой непростой задачи.

В последнее десятилетие разработка таблицы по оценке функции мочевого пузыря вызвана необходимостью получить некоторое стандартное описание клинической картины, например синдрома императивного мочеиспускания. В случае, когда приходится иметь дело с длительным процессом лечения, это более чем обоснованно, а если принять во внимание, что зачастую в этом участвуют врачи различных специальностей, крайне важно знать динамику появления или исчезновения различных симптомов с возможностью количественной оценки тяжести патологии на любом из этапов лечения вне зависимости от уровня подготовки и профиля специалиста. В этом отношении формализованное описание не может быть ничем заменено. Кроме того, применение такой таблицы позволяет в большинстве случаев обойтись без сложных исследований, что также актуально по экономическим соображениям. При этом контроль за актом мочеиспускания, проводимый только с

применением данных ритмов спонтанных мочеиспусканий, оказывается недостаточным.

Анализ такого весьма непростого явления, как ЖСД, потребовал обращения к табличному методу. При использовании совместно с данными домашней урофлоуметрии удалось одну часть ТОФМПЖ заполнить по результатам объективного уродинамического обследования, а другую — в обычном режиме. Но вот что важно — клиническая симптоматика оказалась жестко связанной с половой активностью женщины. И в этом смысле показательны результаты терапии, подтверждающие исходную концепцию работы. Устранение дисфункции нижних мочевых путей влияет на сексуальную дисфункцию. Следовательно, можно несколько расширить область применения М-холинолитиков, в частности для улучшения качества половой жизни. В настоящее время М-холинолитики пока не рассматриваются с этой позиции. С учетом растущего интереса специалистов в области урогинекологии к проблеме ЖСД вполне логично предположить перспективность развития данного направления и более подробно изучить патогенез обеих дисфункций, а также разработать алгоритм диагностики и лечения. Тем не менее анализ имеющегося в базе данных Центра «Патология мочеиспускания» клинического материала, позволил выделить несколько вариантов формирования ЖСД.

1. Развитие нейроэндокринных нарушений, протекающих длительно по типу вазоневрозов, сопровождающихся снижением среднеэффективного объема мочевого пузыря (в частности феномен Рейно).

2. Ишемия детрузора как следствие возрастных изменений (старение мочевого пузыря) или нарушений и заболеваний со стороны нервной системы, в частности позвоночника.

3. Частые обострения инфекции нижних мочевых путей вплоть до непрерывного рецидивирования (свыше 2 раз в год), трансформация острого цистита в хронический, появление эпизодов так называемого посткоитального цистита.

Вне зависимости от вариантов сценария в дальнейшем происходит стойкое уменьшение СЭО мочевого пузыря с клиническим проявлением симптомов ГАМП (поллакиурия), а в дальнейшем

с присоединением императивных позывов и формирование выраженной клинической картины полного синдрома Стефенсона (учащенное мочеиспускание, императивные позывы, urgentное недержание мочи), что закономерно ограничивает половую жизнь с последующим развитием ЖСД. Последняя является сложной междисциплинарной проблемой и имеет мультифакторный характер. Значительное место в ее формировании и длительном поддержании занимают расстройства мочеиспускания, протекающие по типу ГАМП. Коррекция клинической симптоматики с помощью препарата спазмекса позволяет улучшить, а в ряде случаев полностью восстановить качество жизни, одновременно устранив ЖСД, возникшую в связи с поллакиурией, императивными позывами (urgentностью) и императивным недержанием мочи. Консервативное лечение урологической патологии и расстройств мочеиспускания, вызванных дисфункцией мочевого пузыря, улучшает течение ЖСД, восстанавливает нормальную уродинамику нижних мочевых путей, позволяя нормализовать половую жизнь женщины и существенно повысить качество жизни.

Конфликт интересов

Исследование проводилось при финансовой поддержке компании «ПРО. МЕД. ЦС Прага а. о.».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Basson, R.* Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications / R. Basson, J. Berman, A. Burnett et al. // *J. Urol.* — 2000. — Vol. 163. — P. 888—893.
2. *Dennerstein, L.* Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of western European women / L. Dennerstein, P. Koochaki, I. Barton, A. Graziottin // *J. SexMed.* — 2006. — Vol. 3, Suppl. 2. — P. 212—222.
3. *Kelleher, C.J.* Quality of life and urinary incontinence / C.J. Kelleher, L.D. Cardozo, P.M. Tooze-Hobson // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 1995. — Vol. 7, Suppl.5. — P. 404—408.
4. *Osborn, M.* Sexual dysfunction among middle-aged women in the community / M. Osborn, K. Hawton, D. Gath // *Br. Med. J. (ClinResEd).* — 1988. — Vol. 296, (6627). — P. 959—962.
5. *Patrick, D.L.* Quality of life of women with urinary incontinence: further Development of the incontinence quality of instrument(I-QOL) / D.L. Patrick, M.L. Martin, D.M. Bushnell et al. // *Urology.* — 1999. — Vol. 53, Suppl. 1. — P. 71—76.
6. *Salonia, A.* Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study [Text] / A. Salonia, G. Zanni, R. E. Nappi et al. // *European Urology.* — 2004. — Vol. 45, Issue 5. — P. 642—648.
7. *Seftel, A.D.* Male and Female Sexual Dysfunction. — MOSBY, Elsevier, 2004. — 294 p.
8. *Standard Practice in Sexual Medicine.* — Blackwell Publishing, 2006. — 401 p.
9. *Steers, W.D.* Overactive Bladder (OAB): What We Thought We Knew and What We Know Today // *European Urology Supplements.* — 2002. — Vol. 1, Issue 4. — P. 3—10.
10. *Vats, V.* Increased sexual dysfunction in women with LUTS including OAB in a UK general practice setting: analyses from the thin database / V. Vats, S. Morant, C. Chapple, C.Kelleher // *European Urology Supplements.* — 2008. — Vol. 7, Issue 2. — P. 290.

Поступила 02.08.10.