

Диагностика и лечение нарушений акта мочеиспускания у больных рассеянным склерозом

П.Г. Шварц, А.С. Ниязбекова, Л.С. Адарчева, И.А. Завалишин

Рассеянный склероз (РС) – тяжелое демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы, поражающее преимущественно лиц молодого трудоспособного возраста, которым в мире страдает более 3 млн. человек (в Российской Федерации – не менее 100 000 больных) [12]. Характерное для РС образование очагов демиелинизации (бляшек) в белом веществе головного и спинного мозга, а также диффузное поражение мозга с ранним вовлечением в процесс осевых цилиндров ведет к развитию разнообразных клинических проявлений и серьезной инвалидизации больных [13]. К числу инвалидизирующих проявлений РС относятся нарушения акта мочеиспускания, которые имеют функциональный характер и вызывают значительное снижение качества жизни больных. По данным различных авторов, частота встречаемости нарушений акта мочеиспускания при РС варьирует от 24 до 96% [14–16].

До настоящего времени недостаточно разработанными остаются вопросы клинической характеристики

различных форм нарушения акта мочеиспускания при РС, а также их диагностика и лечение [2, 16, 17]. В частности, отсутствуют данные о роли расширенной шкалы инвалидизации при РС (шкалы EDSS, J. Kurtzke, 1981, 1983), дневника мочеиспусканий, а также Международной системы суммарной оценки симптомов при заболеваниях предстательной железы (шкалы I-PSS) в выявлении симптомов нижних мочевых путей (СНМП) у больных РС [9, 12].

Общая характеристика обследованных больных РС представлена ниже:

Количество больных	325
Пол	
мужчин	112
женщин	213
Возраст, годы	30,4 ± 13,5 (19–54)
Продолжительность заболевания, годы	9,6 ± 5,1 (0,5–17)
Общее число обострений на протяжении болезни	6 ± 2,4 (1–15)
Число обострений РС за последние 2 года	2,8 ± 1,3 (1–5)
Балл инвалидизации по шкале EDSS	1,8 ± 0,7 (0–3)

Несмотря на возросшие возможности фармакотерапии в лечении указанных нарушений при РС, недостаточно изучены эффективность и переносимость таких симптоматических средств, как антихолинергические препараты, α_1 -адреноблокаторы и центральные миорелаксанты, применение которых при нейрогенных дисфункциях акта мочеиспускания нередко сопровождается развитием побочных эффектов [1, 4, 8–11]. Недостаточно разработанными остаются также вопросы использования нефар-

макологических методов лечения, в частности тиббиальной электростимуляции (нейромодуляции) в коррекции дисфункции нижних мочевых путей (НМП) при РС [5, 10, 18]. Всё вышесказанное определяет актуальность разработки единого лечебно-диагностического алгоритма у этой категории больных.

Пациенты и методы исследования

В основу работы положены данные комплексного клиничко-лабораторного, инструментального обследования и лечения 325 больных РС с нарушением акта мочеиспускания. Из них 263 имели ремиттирующее, 11 – первично-прогрессирующее и 51 – вторично-прогрессирующее течение болезни. Диагноз РС был установлен на основании неврологического обследования, а также МРТ головного и спинного мозга, нейрофизиологического и иммунологического исследований. При постановке диагноза РС использовали стандартные критерии Poser, тяжесть заболевания оценивали по шкале EDSS.

Работа была проведена в три этапа. На первом этапе оценивали клинические проявления нарушений акта мочеиспускания, а также время появления первых СНМП у больных РС на основании следующих шкал (см. обозначения в табл. 1): шкалы EDSS, дневника мочеиспусканий, шкалы LISS, индекса симптомов по Madsen-Iversen, шкалы I-PSS, индекса симптомов по Боярскому. Проводили сравнение диагностических возможностей этих шкал в выявлении СНМП у больных РС. На основании шкалы QOL был проведен анализ влияния

Павел Геннадьевич Шварц – канд. мед. наук, врач-уролог ГУ НИИ неврологии РАМН.

Аида Сабировна Ниязбекова – канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник нейроинфекционного отделения ГУ НИИ неврологии РАМН.

Людмила Сергеевна Адарчева – канд. мед. наук, врач-невролог нейроинфекционного отделения ГУ НИИ неврологии РАМН, заслуженный врач РФ.

Игорь Алексеевич Завалишин – профессор, заведующий нейроинфекционным отделением ГУ НИИ неврологии РАМН.

Таблица 1. СНМП, представленные в различных диагностических шкалах

Характер симптома	Симптом	Шкала
Ирритативные	Императивный позыв на мочеиспускание	EDSS, I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen, дневник мочеиспусканий
	Учащенное мочеиспускание более 8 раз/сут	I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen, дневник мочеиспусканий
	Ночные мочеиспускания (ноктурия)	I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen, дневник мочеиспусканий
	Эпизоды недержания мочи	LISS, индекс симптомов по Madsen-Iversen, дневник мочеиспусканий
	Терминальное мочеиспускание по каплям	Индекс симптомов по Боярскому
Обструктивные	Вялая струя мочи	I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen
	Необходимость натуживаться в начале акта мочеиспускания	EDSS, I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen
	Прерывистое мочеиспускание	I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen
	Ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря	I-PSS, LISS, индекс симптомов по Боярскому, индекс симптомов по Madsen-Iversen
Другие	Болезненное мочеиспускание (дизурия)	Индекс симптомов по Боярскому

Обозначения: EDSS (Expanded Disability Status Scale) – шкала инвалидизации больного РС (J. Kurtzke, 1981); LISS (Leslei incontinence symptom score) – шкала оценки симптомов недержания мочи; I-PSS (International Prostate Symptom Score) – международная система суммарной оценки симптомов заболеваний простаты; QOL (Quality of life) – индекс качества жизни (входит в состав I-PSS).

нарушения акта мочеиспускания на качество жизни больных РС. Перечень вопросов, представленных в шкалах и дневнике мочеиспусканий, а также источники шкал указаны в табл. 1.

На втором этапе всем больным проводили урологическое обследование, которое включало: общий анализ осадка и посев мочи, общий и клинический анализы крови, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевой системы, комплексное уродинамическое исследование и радиоизотопное исследование почек с препаратом гиппурат.

На третьем этапе всем больным было проведено симптоматическое лечение, соответствующее уродинамической форме нарушения функции НМП. Для симптоматического лечения использовали лекарственные препараты следующих групп: а) антихолинергические – тропацин 6–20 мг/сут, толтеродин тартрат (детрузитол) 4 мг/сут, троспиум хлорид (спазмекс) 15 мг/сут; б) α_1 -адреноблокатор – доксазозин (кардура, артезин) 2 мг/сут; в) антихолинэстеразный препарат дистигмина бромид (убретид) 5 мг через день; г) цент-

ральные миорелаксанты – баклофен 20 мг/сут, тизанидин (сирдалуд) 4 мг/сут. Помимо медикаментозных средств применяли электростимуляцию п. tibialis с периодичностью 1 сеанс в неделю. Начальный курс составлял 12 процедур, далее проводили поддерживающие сеансы электростимуляции 2 раза в месяц.

Результаты применения диагностических тестов

Нами установлено, что использованные в работе шкалы обладают различной чувствительностью в отношении выявления нарушений акта мочеиспускания у больных с ремиттирующим течением РС (рис. 1). Этот факт может быть объяснен разным количе-

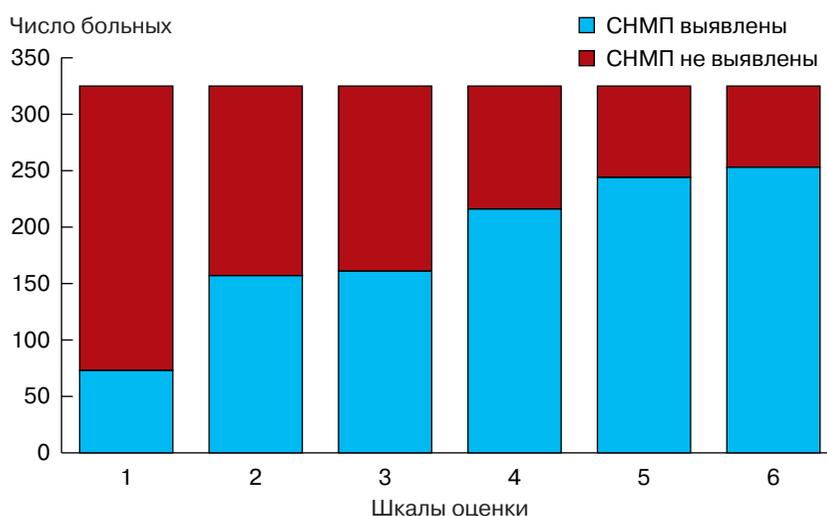


Рис. 1. Количественное соотношение больных РС с жалобами на нарушение акта мочеиспускания, выявленными на основании данных шкалы EDSS (1), дневника мочеиспусканий (2), шкалы LISS (3), индекса симптомов по Madsen-Iversen (4), индекса симптомов по Боярскому (5), шкалы I-PSS (6) (n = 325).

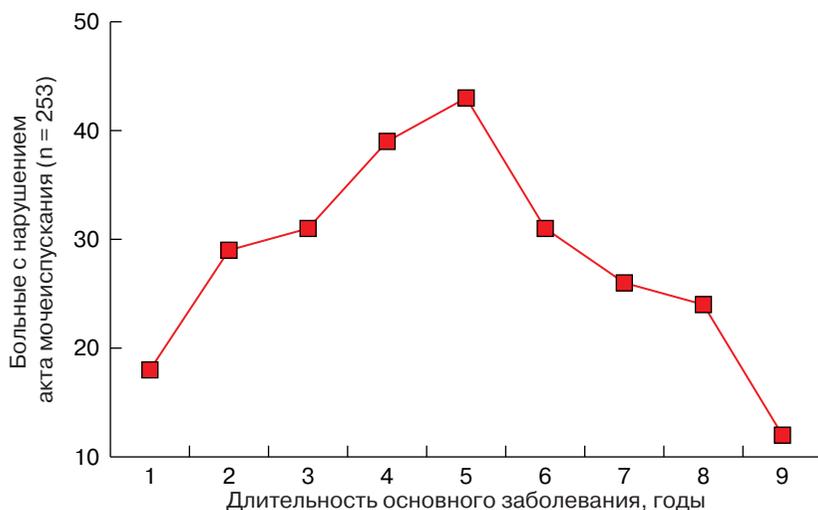


Рис. 2. Соотношение длительности заболевания РС и появления первых клинических признаков нарушения акта мочеиспускания.

ством специфических урологических вопросов в представленных опросниках [3].

Ирритативная симптоматика, включая императивные позывы на мочеиспускание, ноктурию и императивное недержание мочи, была выявлена у 48 больных (19%), обструктивная симптоматика, включая затрудненное начало акта мочеиспускания, тонкую струю мочи и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, – у 93 (37%). Смешанная симптоматика, включая различное сочетание симптомов, выявлена у 112 больных РС (44%). Полученные данные свидетельствуют о низкой выявляемости СНМП по данным шкалы EDSS, применяемой в неврологии для оценки степени инвалидизации и клинических проявлений РС. Использование шкал Боярского и I-PSS, имеющих взаимодополняющие вопросы, оптимизирует оценку нарушений акта мочеиспускания, что позволяет рекомендовать их для выявления СНМП на начальных этапах обследования больных РС.

При оценке с помощью индекса QOL качества жизни больных РС с нарушениями акта мочеиспускания было установлено, что ирритативная симптоматика доставляла больным больший дискомфорт по сравнению с обструктивной, что чаще соответствовало 5-му и 6-му баллам шкалы. Больные с ирритативными видами нарушения

функции НМП раньше других обращаются к врачу-неврологу, реже – к урологу со своими урологическими проблемами. Это, в свою очередь, создает ложное впечатление о наибольшей частоте ирритативных видов нарушения функции НМП по сравнению с обструктивными и смешанными формами.

При сборе урологического анамнеза особое внимание уделяли выяснению времени появления первых признаков нарушения акта мочеиспускания при РС.

Как следует из рис. 2, нарушения акта мочеиспускания у 191 больного РС (75%) клинически манифестировали в первые 5 лет заболевания и были одним из наиболее ранних проявлений РС. У 18 больных СНМП были отмечены в дебюте заболевания, а у 5 из них СНМП были в течение первых 3 лет единственным клиническим проявлением болезни, и только проведение МРТ головного мозга и нейрофизиологического обследования позволило установить диагноз РС.

Инфицированию НМП у неврологических больных в отечественной и зарубежной литературе уделяется особое место. Эта проблема наиболее актуальна при спинальных травмах, у больных с постоянным уретральным катетером. По данным проведенных бактериологических исследований мочи, инфицирование НМП у больных РС встречается крайне редко (менее

2%) и не является следствием нейрогенного нарушения акта мочеиспускания, а представляет собой результат катетеризации мочевого пузыря или последствия инвазивных диагностических процедур. Среди обследованных нами больных РС в 105 случаях (32%) при УЗИ отмечалась остаточная моча более 50 мл, причем 27 больных не ощущали ее наличия. В то же время у 18 больных с жалобой на ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря не отмечалось наличие остаточной мочи. Отсутствие четкой корреляции между характером симптомов и наличием остаточной мочи указывает на необходимость определения этого показателя у всех больных РС. По нашему мнению, остаточная моча не является причиной инфицирования НМП, но, возможно, служит предрасполагающей “почвой” для его развития и в особенности дальнейшего существования.

J. Blaivas (1984) отметил, что у 73% больных РС, которым не выполнялось уродинамическое исследование, проводимое лечение не соответствовало форме нарушения функции НМП [15]. Наши результаты комплексного уродинамического исследования у больных РС (n = 154) представлены в табл. 2. Нами были выявлены все известные уродинамические виды нарушения акта мочеиспускания, каждый из которых имел характерные уродинамические признаки, отличающие его от других вариантов. Анализ жалоб больных и сопоставление их с результатами комплексного уродинамического исследования показали, что различные типы нарушения функции НМП могут сопровождаться одинаковой клинической картиной.

Так, нейрогенная детрузорная гиперактивность (НДГ) и гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) без детрузорной гиперактивности сопровождаются выраженной ирритативной симптоматикой. Поэтому на основании симптомов учащенного дневного и ночного мочеиспускания, а также ургентного недержания мочи могут быть заподозрены указанные формы нарушения функции НМП. Учитывая отсутствие жалоб, ха-

рактерных для нарушения опорожнения мочевого пузыря у этих больных, а также возможность точного определения остаточной мочи при помощи УЗИ, имеются все основания отказаться в таких случаях от проведения комплексного уродинамического обследования.

В свою очередь, у больных с нарушением произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры и у больных со снижением сократительной способности детрузора, выявленных по данным комплексного уродинамического обследования, отмечена многообразная обструктивная симптоматика. Анализ этих симптомов не выявил специфических проявлений, позволяющих отметить разницу между двумя указанными формами. Следовательно, у больных с обструктивными симптомами только уродинамическое исследование позволяет определить тип нарушения функции НМП и на основании этого выбрать соответствующий вид лечения.

У больных с детрузорно-сфинктерной диссинергией (ДСД) и НДГ в сочетании со сниженной сократительной способностью детрузора отмечаются жалобы, характерные как для раздражительного, так и для обструктивного типа нарушения функции НМП. Это обстоятельство доказывает невозможность точного определения указанных форм нарушения функции НМП на основании жалоб и клинической картины нарушения акта мочеиспускания и подчеркивает необходимость выполнения уродинамического обследования.

Необходимость проведения специализированного урологического диагностического комплекса мероприятий по выявлению нарушений акта мочеиспускания у больных РС с последующим определением лечебной тактики диктует обязательное участие уролога в обследовании таких больных.

Результаты лечения

1. Влияние средств симптоматической терапии на дисфункцию НМП

Для симптоматического лечения дисфункций НМП мы использовали

Таблица 2. Распределение больных РС (n = 154) по группам СНМП на основании комплексного уродинамического исследования

Нарушения функции НМП	Уродинамическая форма	Количество больных	
		n (%)	всего (%)
Нарушения функции накопления мочевого пузыря	Нейрогенная детрузорная гиперактивность	36 (23)	28
	Гиперактивный мочевой пузырь без детрузорной гиперактивности	8 (5)	
Нарушения функции опорожнения мочевого пузыря	Нарушение сократительной способности детрузора	21 (14)	32
	Нарушение произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры	28 (18)	
Смешанные нарушения функции мочевого пузыря	Детрузорно-сфинктерная диссинергия	16 (10)	40
	Нейрогенная детрузорная гиперактивность в сочетании со сниженной сократительной способностью детрузора	45 (30)	

лекарственные препараты ряда фармакологических групп.

Антихолинергические препараты

Тропацин в дозе 6–20 мг/сут, толтеродин тартрат 4 мг/сут и троспиума хлорид 15 мг/сут использовали последовательно у 44 больных с нарушением функции накопления мочевого пузыря. Через 24 нед лечения тропацином у 44 больных РС среднее число мочеиспусканий уменьшилось от исходного на $4,5 \pm 2,1$ в сутки, эпизоды ургентного недержания мочи – на $1,6 \pm 0,6$ раза в сутки, а среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился на $60,5 \pm 24,3$ мл.

В последующие 24 нед приема толтеродин у тех же больных отмечено снижение среднего числа суточных мочеиспусканий от исходного на $5,5 \pm 2,1$ в сутки, эпизодов ургентного недержания мочи – на $2,1 \pm 0,7$ в сутки, а также увеличение среднеэффективного объема мочевого пузыря на $85,7 \pm 30,3$ мл.

На последнем этапе у этих больных на фоне 24-недельного приема троспиума хлорида среднее число мочеиспусканий уменьшилось от исходного на $2,4 \pm 0,6$ в сутки, эпизоды ургентного недержания мочи – на $0,6 \pm 0,2$ раза в сутки, а среднеэффективный объем мочевого пузыря увеличился на $43,5 \pm 16,1$ мл. После отмены антихолинергических препаратов отме-

чается быстрое возвращение СНМП. Характер и частота встречаемости побочных эффектов, отмеченных при приеме антихолинергических препаратов, представлены в табл. 3.

α_1 -адреноблокаторы

Единственный представитель данной группы доксазозин использовали для лечения 16 больных с ДСД и 28 больных с нарушением произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры. Доксазозин назначали в дозе 2 мг в сутки на ночь в течение 6 мес. На фоне приема препарата средний балл по шкале I-PSS у больных с ДСД снизился на $8,3 \pm 3,1$, преимущественно за счет раздражительных симптомов. Отмечено исчезновение остаточной мочи. Максимальная скорость потока мочи увеличилась в среднем на $4,1 \pm 1,2$ мл/с. Несмотря на незначительное увеличение максимальной скорости потока мочи, все больные отметили более легкое произвольное начало мочеиспускания. У больных с нарушением произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры средний балл I-PSS снизился на $2,8 \pm 1,1$, отмечено исчезновение остаточной мочи и увеличение максимальной скорости потока мочи на $2,3 \pm 1,2$ мл, а также облегчение произвольного начала мочеиспускания. Побочные эффекты у 13 больных потребовали отмены препарата (см. табл. 3).

Таблица 3. Характер и частота встречаемости побочных эффектов, отмеченных при приеме рассматриваемых лекарственных средств у больных РС

Группа	Название лекарственного препарата	Побочный эффект		Частота встречаемости побочного эффекта, n	
		“положительный”	“отрицательный”		
Антихолинергические препараты	Толтеродин	Купирование энкопреза (недержания кала)	Появление остаточной мочи	5	
			Сухость слизистых оболочек	27	
			Запоры	12	
			Нарушение аккомодации	2	
			Тахикардия	4	
	Тропацин		Учащение мочеиспускания	3	
			Появление остаточной мочи	2	
			Сухость слизистых оболочек	3	
	Троспиума хлорид		Появление остаточной мочи	5	
			Сухость слизистых оболочек	35	
Антихолин-эстеразный препарат	Дистигмина бромид	Восстановление половой чувствительности Облегчение дефекации	Запоры	6	
			Нарушение аккомодации	1	
			Тахикардия	4	
			Учащение мочеиспускания (более 8 раз)	2	
				5	
	Центральные миорелаксанты	Баклофен		Общая слабость	14
				Слабость мышц ног	8
		Тизанидин		Общая слабость	11
				Слабость мышц ног	5
α_1 -адреноблокатор	Доксазозин	Улучшение эрекции	Артериальная гипотония	3	
			Общая слабость	5	
			Недержание мочи	3	
			Недержание кала	2	
				2	

Антихолинэстеразные препараты

У 21 больного РС со сниженной сократительной способностью детрузора использовали антихолинэстеразный препарат дистигмина бромид в дозе 5 мг через день в течение 2 мес, при этом через каждые 2 нед делали 7-дневный перерыв в приеме препарата. У 16 больных в течение первой недели приема дистигмина эффект от лечения был расценен как хороший, у двух больных как удовлетворительный и у трех больных эффект отмечен не был. Терапевтический эффект развивался на 2–3-и сутки приема и выражался в снижении среднего балла I-PSS на $3,6 \pm 0,4$, учащении мочеиспускания в среднем на $4,5 \pm 1,3$ раза, исчезновении остаточной мочи, усилении ощущения позыва на мочеиспускание и облегчении начала мочеиспускания. В то же время у 5 больных

сохранялись жалобы на наличие вялой струи и прерывистое мочеиспускание. По окончании курса терапии, в среднем через 2,5 нед, отмечалось возобновление СНМП, которые беспокоили больных до лечения. Кроме того, у 5 больных (3 мужчин и 2 женщин) было отмечено восстановление половой чувствительности и у 6 – учащение и облегчение начала дефекации.

Центральные миорелаксанты

С целью оценки эффективности центральных миорелаксантов в лечении ДСД 16 больных РС с выраженным спастическим парапарезом в течение первого месяца получали баклофен в дозе 20 мг/сут, а затем на протяжении второго месяца – тизанидин 4 мг/сут. Назначение препаратов этой группы должно было уменьшить распространение мышечной гипертонии на мус-

кулатуру тазового дна, однако их применение не привело к существенной динамике субъективной симптоматики ДСД и не изменило объективную уродинамическую картину у больных с этим видом нарушения функции НМП. Более того, у 14 больных с ДСД на фоне приема центральных миорелаксантов в указанных дозировках отмечалась общая слабость и выраженное снижение тонуса мышц конечностей (см. табл. 3). Это обстоятельство не позволило увеличить дозу препарата и заставило нас отказаться от дальнейшего использования центральных миорелаксантов у больных РС с ДСД.

Как видно из табл. 3, прием всех использованных лекарственных средств сопровождался побочными эффектами, выраженными в той или иной степени. Вместе с тем в ряде случаев они положительно влияли на

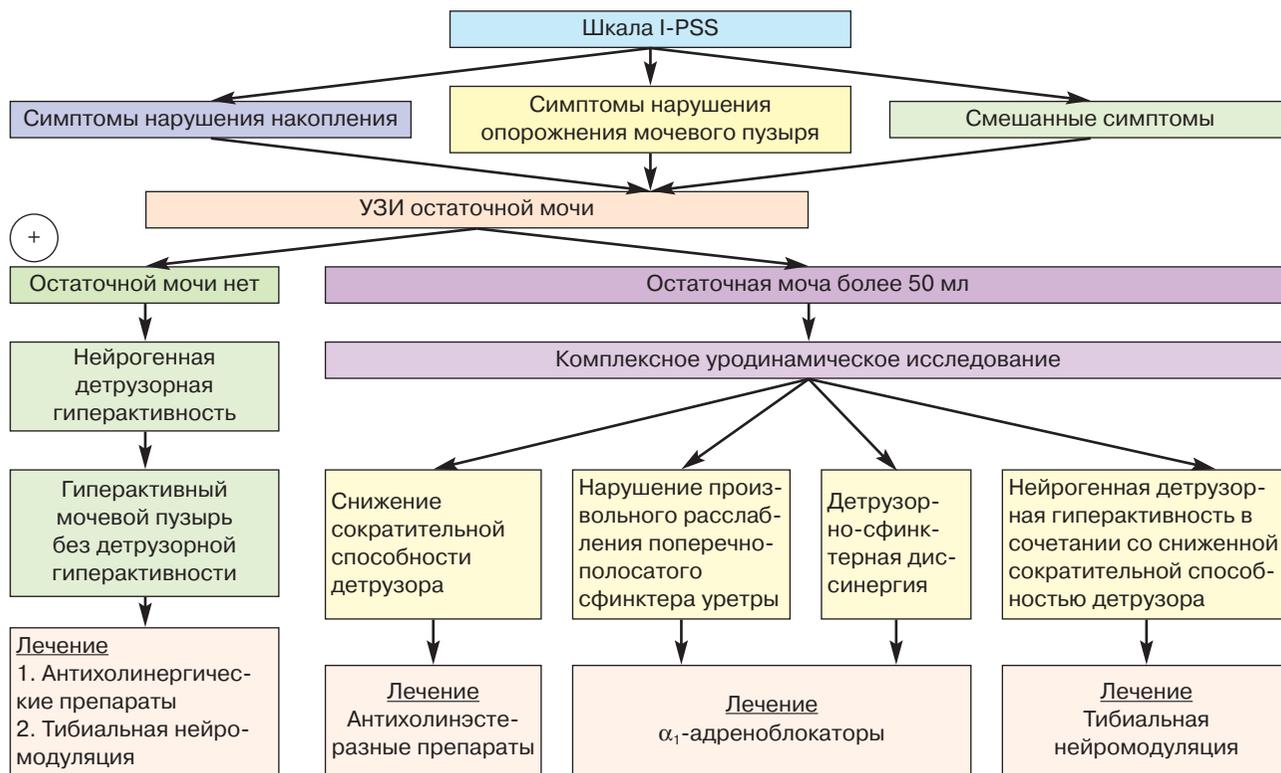


Рис. 3. Алгоритм диагностики и лечения нарушений акта мочеиспускания у больных РС (схема).

другие тазовые функции (сексуальную и кишечную).

2. Влияние тиббиальной нейро-модуляции на дисфункцию НМП

Тиббиальную нейро-модуляцию применяли у 16 больных с НДГ и у 23 пациентов при сочетании НДГ со снижением сократительной способности детрузора.

При НДГ после 12 сеансов лечения хороший результат отмечен у 5 и удовлетворительный – у 7 больных. Этим пациентам сеансы тиббиальной нейро-модуляции с периодичностью в 2–3 нед были продолжены до 6 мес. В указанные сроки хороший результат отмечен у 8 и удовлетворительный – у 4 больных.

При сочетании НДГ со снижением сократительной способности детрузора через 12 сеансов тиббиальной электростимуляции хороший результат лечения отмечен у 10 и удовлетворительный – у 7 больных. Всем больным с положительными результатами основного курса лечения проводили сеансы поддерживающей терапии. Через 6 мес от начала проведения тиб-

биальной нейро-модуляции хороший результат отмечен у 8 и удовлетворительный – у 9 больных.

Побочных эффектов и осложнений после электростимуляции *n. tibialis* не отмечено. Возможность проведения сеансов “поддерживающей” терапии при тиббиальной нейро-модуляции с периодичностью в 2 нед, по нашим данным, обеспечивает сохранение клинического эффекта и позволяет рекомендовать этот метод лечения для широкого применения в амбулаторной практике.

На основании результатов проведенного исследования нами был разработан алгоритм диагностики и лечения нарушений акта мочеиспускания у больных РС, представленный на рис. 3.

Как видно из предложенного алгоритма, на первом этапе обследования выявляются СНМП и оценивается их характер, а также (вне зависимости от характера выявленных симптомов) посредством УЗИ определяется остаточная моча. В случае, когда ирритативная симптоматика не сопровождается наличием остаточной мочи, больному можно назначать лечение антихоли-

нергическими препаратами без дополнительного обследования. В случае неэффективности лекарственной терапии возможно применение электростимуляции *n. tibialis* по описанной схеме. При наличии у больного обструктивной или смешанной симптоматики показано выполнение комплексного уродинамического обследования для последующего выбора метода лечения. В случае выявления нарушения произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры или детрузорно-сфинктерной диссинергии больному может быть рекомендовано назначение α_1 -адреноблокаторов. При выявлении снижения сократительной способности детрузора мы рекомендуем назначение антихолинергических препаратов, а при НДГ в сочетании со сниженной сократительной способностью детрузора – электростимуляцию *n. tibialis*.

Заключение

Нарушения акта мочеиспускания, по данным специализированных диагностических шкал, были выявлены нами у 78% больных РС. Наиболее

чувствительными к СНМП оказались шкалы I-PSS и Боярского; таким образом, мы можем рекомендовать их для оценки СНМП на ранних этапах диагностики у больных РС. По результатам уродинамического исследования, у 28% больных РС отмечается нарушение функции накопления мочевого пузыря, у 32% – нарушение функции опорожнения мочевого пузыря и у 40% пациентов определяется смешанный тип нарушения функции НМП. СНМП могут быть первым проявлением РС (у 8% больных) и в последующем наиболее часто сочетаются с нарушениями координации, чувствительности и мышечного тонуса. Это обстоятельство подчеркивает необходимость совместного участия невролога и уролога в обследовании больных с учащенным и ургентным мочеиспусканием. Ультразвуковое определение остаточной мочи показано всем больным РС.

Комплексное уродинамическое исследование является единственным методом, позволяющим точно определить вид нарушения функции НМП и корректно определить лечебную тактику. Только у больных РС с нарушением накопительной функции мочевого пузыря без остаточной мочи лечение может быть назначено без выполнения комплексного уродинамического исследования.

Применение симптоматических средств, влияющих на акт мочеиспускания, является необходимым допол-

нением к патогенетической терапии РС. Антихолинергические препараты толтеродин тартрат, тропацин и тропиума хлорид оказывают отчетливый терапевтический эффект при применении у больных РС с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря. Быстрое возвращение СНМП после их отмены указывает на необходимость проведения длительных курсов лечения у данной категории больных.

Центральные миорелаксанты (баклофен и тизанидин) могут лишь ограниченно использоваться в качестве средств лечения детрузорно-сфинктерной диссинергии у больных РС вследствие отчетливого снижения под их влиянием тонуса мускулатуры конечностей.

α_1 -адреноблокаторы могут быть использованы для улучшения симптомов нижних мочевых путей у больных РС с нарушением произвольного расслабления поперечно-полосатого сфинктера уретры и детрузорно-сфинктерной диссинергией. Применение дистигмина бромид у больных с нарушением сократительной способности детрузора приводит к исчезновению остаточной мочи.

Тиббиальная нейромодуляция является эффективным методом лечения НДГ, ГМП без детрузорной гиперактивности, а также НДГ в сочетании со сниженной сократительной способностью детрузора у больных РС.

Список литературы

1. Аль-Шукри С.Х. и др. // Урология. 2001. № 5. С. 26.
2. Демина Т.Л. и др. // Consilium Medicum. 2001. Т. 3. № 5. С. 233.
3. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Лопаткина Н.А. М., 1999.
4. Завалишин И.А. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1997. № 3. С. 68.
5. Кривобородов Г.Г. и др. // Урология. 2002. № 5. С. 36.
6. Кривобородов Г.Г. и др. // Тер. архив. 2001. № 10. С. 58.
7. Лопаткин Н.А. и др. // Урол. и нефрол. 1976. № 6. С. 3.
8. Лоран О.Б. и др. Лечение расстройств мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты α -адреноблокаторами. М., 1998.
9. Мазо Е.Б. и др. // 11-я Всероссийская конференция "Нейроиммунология": Тез. докл. СПб., 2002. С. 163.
10. Мазо Е.Б. и др. Гиперактивный мочевой пузырь. М., 2003.
11. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. М., 2003.
12. Рассеянный склероз. Избранные вопросы теории и практики / Под ред. Завалишина И.А., Головкина В.И. М., 2000.
13. Шмидт Т.Е. и др. Рассеянный склероз. М., 2003.
14. Abrams P.H. et al. // Neurourol. Urodyn. 1998. V. 7. P. 403.
15. Blaivas J.G. Evaluation of urinary bladder symptoms in multiple sclerosis // The Diagnosis of Multiple Sclerosis / Ed. by Poser C.M. et al. N.Y., 1984. P. 76.
16. Goodwin R.J. et al. Bladder, bowel and sexual dysfunction: recent advances // Multiple Sclerosis: Clinical Challenges and Controversies. L., 1997. P. 265.
17. Litwiller S.E. et al. // J. Urol. 1999. V. 161. P. 743.
18. Stoller M.L. // Eur. Urol. 2000. V. 37. Suppl. 2. P. 33. ●

Продолжается подписка на научно-практический журнал "Атмосфера. Кардиология"

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год. Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства "Роспечать" – 60 руб., на один номер – 30 руб.

Подписной индекс 81609.

Научно-популярный журнал "Легкое СЕРДЦЕ"



Журнал популярных образовательных программ в кардиологии. Издание предназначено врачам, ведущим образовательные беседы, кружки и семинары для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, их родственников и близких. В журнале в доступной форме рассказывается об особенностях течения различных сердечно-сосудистых болезней, современных способах лечения и лекарствах, мерах профилактики, методах наблюдения при условии постоянного контроля со стороны лечащего доктора. Предлагается алгоритм обсуждения той или иной кардиологической проблемы с пациентом. Журнал "Легкое сердце" является частью образовательного проекта Федеральной целевой программы "Профилактика и лечение артериальной гипертонии в РФ". Он также будет интересен здоровым людям, заботящимся о своем здоровье и интересующимся достижениями современной медицины.

Подписку можно оформить в любом отделении связи России и СНГ. Журнал выходит 4 раза в год.

Стоимость подписки на полгода по каталогу агентства "Роспечать" –

40 руб., на один номер – 20 руб. Подписной индекс 81611.