

# Застосування Сибутіну в комплексному лікуванні жінок зі змішаним та імперативним нетриманням сечі

Горовий В.І.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Серед усіх видів нетримання сечі в жінок на стресову інконтиненцію (нетримання сечі при напруженні) припадає близько 50–80%, імперативну — 10–20%, змішану — 20–30% [1, 3, 5–7]. Згідно з рекомендаціями Міжнародного товариства з утримання сечі (ICS) під імперативним нетриманням сечі розуміють скаргу хворої на втрату сечі під час наказового (імперативного) потягу до сечовипускання, під змішаним — скаргу хворої на втрату сечі як під час імперативного потягу до сечовипускання, так і під час фізичного напруження (підняття важких предметів, кашель, чхання, швидка ходьба тощо) [4]. Згідно з рекомендаціями Європейської асоціації урологів, початкове лікування імперативного нетримання сечі включає холінолітичні препарати, поведінкову терапію та тренування сечового міхура; змішаного — додатково ще призначають лікувальну фізкультуру для зміцнення м'язів тазового дна, застосування дулоксетину та фізіотерапевтичні процедури (вправи з конусами, лікування за методом біологічного зворотного зв'язку, електричну стимуляцію м'язів тазового дна та сфінктерного апарату уретри) [9]. До кінця 90-х років ХХ століття «золотим стандартом» лікування гіперактивного сечового міхура та імперативного нетримання сечі в дорослих пацієнтів вважався оксибутиніну гідрохлорид. Незважаючи на деякі супутні ефекти (сухість у роті, закрепи, нудота тощо) оксибутиніну гідрохлорид і сьогодні широко застосовується через його суттєві переваги перед іншими холінолітиками. Утім, суттєво важливим є той факт, що оксибутинін єдиний на сьогодні препарат, який дозволено використовувати в дітей із підтвердженим рівнем безпеки. Натепер широке визнання має Сибутін вітчизняного виробництва ВАТ «Київський вітамінний завод», який відрізняється вибірковою спазмолітичною дією на детрузор, можливістю застосування при лікуванні дітей і прийнятною вартістю [2].

**Мета дослідження** — визначити ефективність нового вітчизняного препарату оксибутиніну під торговою назвою Сибутін виробництва ВАТ «Київський вітамінний завод» у комплексному лікуванні імперативного та змішаного нетримання сечі в жінок.

## Матеріали та методи дослідження

Проведено клінічне дослідження препарату Сибутін у комплексному лікуванні імперативного та змішаного нетримання сечі в жінок. У дослідження включались пацієнтки старше 18 років із клінічними ознаками імперативного та змішаного нетримання сечі протягом 3-х місяців і більше. Критерії виключення: алергія на препарат, вагітність, патологія сечової та статевих систем (камені, пухлини сечового міхура; гострий цистит; обструкція шийки сечового міхура; значний пролапс тазових органів), використання холінолітиків протягом останнього місяця. Обстеження пацієнток включало загально-клінічні методи, ультразвукове дослідження сечової системи, консультації гінеколога та невропатолога. Гіперактивність та гіперчутливість детрузора, а також функціональний стан сфінктерного апарату уретри визначали за допомогою портативної та малоінвазивної уродинамічної системи Gynecare Monitorr (Johnson&Johnson).

Ефективність лікування пацієнток оцінювали за допомогою анкети ICIQ-SF Міжнародної консультації з нетримання сечі з визначенням індекса ICIQ [9].

Дослідження проводились із квітня 2008 по травень 2010 року. 38 жінок було розподілено на 4 групи.

I група включала 10 жінок з імперативним нетриманням сечі (середній вік хворих становив  $53,8 \pm 4,4$  роки, тривалість захворювання  $1,8 \pm 1,3$  роки), яким амбулаторно протягом 2-х тижнів проводилась консервативна терапія з використанням поведінкової терапії (обмеження й виключення продуктів і страв, які підвищують гіперактивність детрузора: алкоголь, шоколад, кофе, гострі страви), тренуванням сечового міхура (поступово збільшували проміжки між сечовипусканнями), призначенням Сибутіну та

вправ для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем — ці вправи зміцнюють також тонус сфінктерного апарату уретри та рефлекторно гальмують скорочення детрузора. Сибутін призначали по 5 мг тричі на добу, у разі виникнення побічних ефектів пацієнтки переходили на прийом 2,5 мг препарату тричі на добу.

До II групи були включені 11 жінок зі змішаним нетриманням сечі (середній вік хворих становив  $51,3 \pm 3,0$  роки, тривалість захворювання  $2,8 \pm 1,7$  роки), яким амбулаторно протягом 2-х тижнів проводилась консервативна терапія із використанням поведінкової терапії, тренуванням сечового міхура, призначенням Сибутіну та вправ для зміцнення м'язів тазового дна за Кегелем подібно жінкам першої групи.

До III групи були включені 6 жінок з імперативним нетриманням сечі (середній вік хворих становив  $55,6 \pm 4,0$  роки, тривалість захворювання —  $2,1 \pm 1,8$  роки), які стаціонарно отримували консервативну комбіновану терапію протягом 2-х тижнів як і пацієнти I групи, а також додатково використовували інтравагінальну електростимуляцію сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна за допомогою апарату «Інтрадон-1» (електростимулятор урологічний ЕСУР-30-1). Процедуру електростимуляції проводили щоденно впродовж 30 хвилин. Електростимуляція з патофізіологічної точки зору має двоякий ефект:

- посилює тонус м'язів тазового дна та сфінктерного апарату уретри;
- рефлекторно гальмує гіперактивність детрузора [8, 10].

Протипоказаннями до електростимуляції були гострі запальні захворювання внутрішніх статевих та сечових органів жінки, маткові кровотечі, злоякісні пухлини жіночих статевих органів, вагітність, порушення ритму серця.

Четверту групу склали 10 пацієнок зі змішаним нетриманням сечі (середній вік хворих становив  $57,8 \pm 3,7$  роки), які стаціонарно отримували консервативну комбіновану терапію протягом 2-х тижнів як і жінки II групи, при додатковій інтравагінальній електростимуляції сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна за допомогою апарату «Інтрадон-1».

Статистичний аналіз матеріалів виконували за допомогою персонального комп'ютера AMD Sempron 2300+, пакету прикладних програм Microsoft Excel 2002, Windows XP.

### **Результати та їх обговорення**

Серед 10 хворих першої групи з імперативним нетриманням сечі після проведеної консервативної терапії в 3-х пацієнок стала повністю утримуватись сеча, індекс ICIQ зменшився з  $13,2 \pm 0,7$  до  $8,3 \pm 1,1$  ( $p < 0,001$ ), що достовірно свідчить про ефективність лікування. Серед 11 хворих II групи зі змішаним нетриманням сечі після курсу лікування індекс ICIQ зменшився з  $13,3 \pm 0,5$  до  $8,9 \pm 0,5$  ( $p = 0,08$ ), що недостовірно свідчить про ефективність лікування. Це підтверджує необхідність у пацієнок із стресовим нетриманням сечі для їх одужання (повне утримання сечі) використовувати Сибутін у комбінуванні з препаратом або методикою, яка впливає на сфінктерний апарат уретри жінки. Серед 6 хворих III групи з імперативним нетриманням сечі після проведеної консервативної терапії у 3-х пацієнок стала повністю утримуватись сеча, індекс ICIQ зменшився з  $13,7 \pm 0,6$  до  $3,7 \pm 1,7$  ( $p < 0,001$ ), що достовірно свідчить про ефективність лікування. Серед 10 хворих четвертої групи зі змішаним нетриманням сечі у 5-и пацієнок стала повністю утримуватись сеча після проведеного курсу лікування, індекс ICIQ зменшився з  $13,5 \pm 1,6$  до  $4,7 \pm 1,4$  ( $p < 0,001$ ), що достовірно свідчить про ефективність лікування. У 20 випадках (52,6%) пацієнтки через 2–3 доби тимчасово переводились на прийом половинчастої дози через супутні ефекти (5 жінок першої групи, 6 — другої, 3 — третьої, 6 — четвертої). Задля підвищення комфорту пацієнткам пропонувалося у випадку відчуття сухості в роті періодично або за потребою здійснювати невеликий ковток води або сполоскувати ротову порожнину рідиною. Терапія в цілому добре переносилась і під час лікування ніхто із пацієнок не відмовився від прийому Сибутіну.

### **Висновки**

1. Комплексне лікування імперативного нетримання сечі в жінок із застосуванням Сибутину є ефективним, особливо при поєднанні з інтравагінальною електростимуляцією сфінктерного апарату уретри та м'язів тазового дна.
2. Сибутин дозволяє ефективно лікувати імперативне, а в поєднанні з електростимуляцією — також і змішане нетримання сечі в жінок. Електростимуляцію, на нашу думку, необхідно включати в комплексне лікування і змішаного, й імперативного нетримання сечі в жінок.

### Література

1. Аполихина И.А., Ромих В.В., Андикян В.М. *Современные принципы консервативного лечения недержания мочи у женщин* // Урология. — 2005. — № 5. — С. 72–75.
2. Зайцев В.І., Горювий В.І., Люк І.І. *Ефективність та переносимість Сибутину при лікуванні гіперактивного сечового міхура в жінок* // Сімейна медицина. — 2008. — №3. — С. 81–82.
3. *Переверзев А.С. Клиническая урологинекология.* — Харьков; Факт. — 2000. — 360 с.
4. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. *The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society* // *Neurourology and Urodynamics.* — 2002. — Vol. 21. — P. 167–178.
5. Abrams P., Artibani W. *Understanding stress urinary incontinence.* — Lier, Belgium: Ismar Healthcare, 2004. — 96 p.
6. Elneil S. *Prevalence of urinary incontinence* // *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain* / Haslam J., Laycock J. — 2nd ed. — Springer-Verlag London Limited. — 2008. — P.3.
7. Hunskaar S., Burgio K., Clark A. C. et al. *Epidemiology of urinary (UI) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP)* // *Incontinence* / P. Abrams et al. — 3rd ed. — Paris: Health Publication Ltd, 2005. — P. 255–312.
8. Plevnik S., Vadusek D.B., Bryan N.P. et al. *Electrical therapy* // *Clinical urogynaecology* / Stanton S.L., Monga A.K. — 2nd ed. — London — Toronto: Churchill Livingstone, 2000. — P. 521–540.
9. Thuroff S., Abrams P., Andersson K.E. et al. *Guidelines on urinary incontinence* // *EAU Guidelines, pocket edition 3.* — 2007. — P. 12–22.
10. *Vodusek D.B., Laycock J. Therapeutic electrical stimulation* // Haslam J., Laycock J. *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain.* — 2nd edition. — Springer-Verlag. — Londo Limited, 2008. — P. 121–126.

*Горовой В.И.*

## **Применение Сибутина в комплексном лечении женщин со смешанным и императивным недержанием мочи**

Проведен анализ комплексного лечения женщин со смешанным и императивным недержанием мочи с помощью препарата Сибутин. Лечение женщин с императивным недержанием мочи Сибутином продемонстрировало эффективность особенно в сочетании с интравагинальной электростимуляцией сфинктерного аппарата уретры и мышц тазового дна. Лечение женщин со смешанным недержанием мочи с использованием Сибутина также продемонстрировало максимальную эффективность в сочетании с интравагинальной электростимуляцией. Побочные эффекты при использовании Сибутина наблюдались через 2–3 дня, они купировались титрованием дозы до 2,5 мг 3 раза в день.

**Ключевые слова:** смешанные и императивное недержание мочи, Сибутин, электростимуляция.

*V. Gorovyy*

## **Using of sibutin in complex treatment of women with mixed and urgent urinary incontinence**

The analysis of complex treatment of women with mixed and urgent urinary incontinence by using Sibutin carried out. The treatment of women with urgent urinary incontinence with using Sibutin was effective especially when combined with intravaginal electrical stimulation of the urethral sphincter and pelvic floor muscles. The treatment of women with mixed urinary incontinence with using Sibutin maximize the effectiveness in combination with intravaginal electrostimulation. Side effects with using Sibutin were observed after 2–3 days and easy to carry, and titration to receive the dose of Sibutin to 2,5 mg three times per day allowed confident this grade.

**Key words:** mixed and urgent urinary incontinence, Sibutin, electrostimulation.