

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОГО МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

**Гулмаматова Тухтабону Акбарали кизи**

**Камолова Матлуба Равшан кизи**

**Саидова Гулноза Ахатовна**

**Умарова Наргиза Самадовна**

**Научный руководитель: Зокиров Фарход Истамович**

**Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,  
Узбекистан.**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10679356>

**Аннотация.** 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 ГМП.

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

**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 (ГМП). 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 ГМП, а также разработка мероприятий по ранней диагностике и профилактике ГМП.

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

**Материалы и методы.** Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 50 пациентов с синдромом гиперактивного мочевого пузыря, обратившихся в урологическое отделение Самаркандского государственного медицинского университета в г. Самарканде и госпитализированных на лечение в 2021-2023 годах.

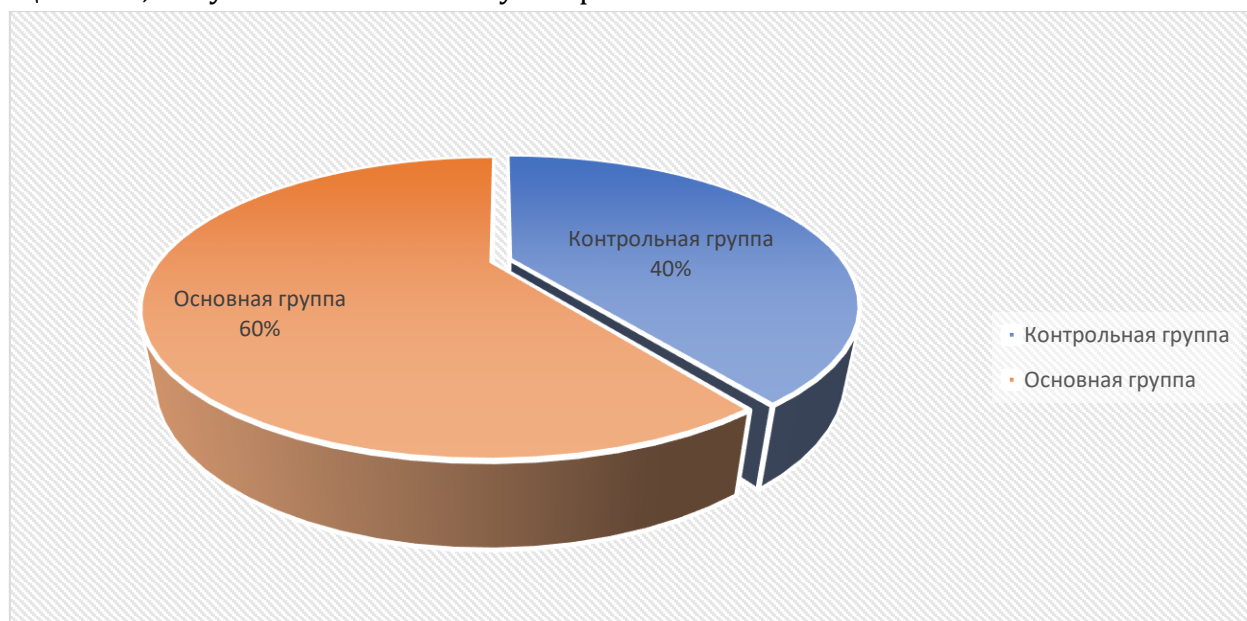
Критерии включения в исследование:

- письменное согласие пациентов;
- пациенты с ургентным недержанием мочи (УИ);
- ранние стадии стрессового недержания мочи
- смешанный тип недержания мочи
- пациентки сопоставимого возраста без тяжелой экстрагенитальной патологии;

Критерии исключения из научных исследований:

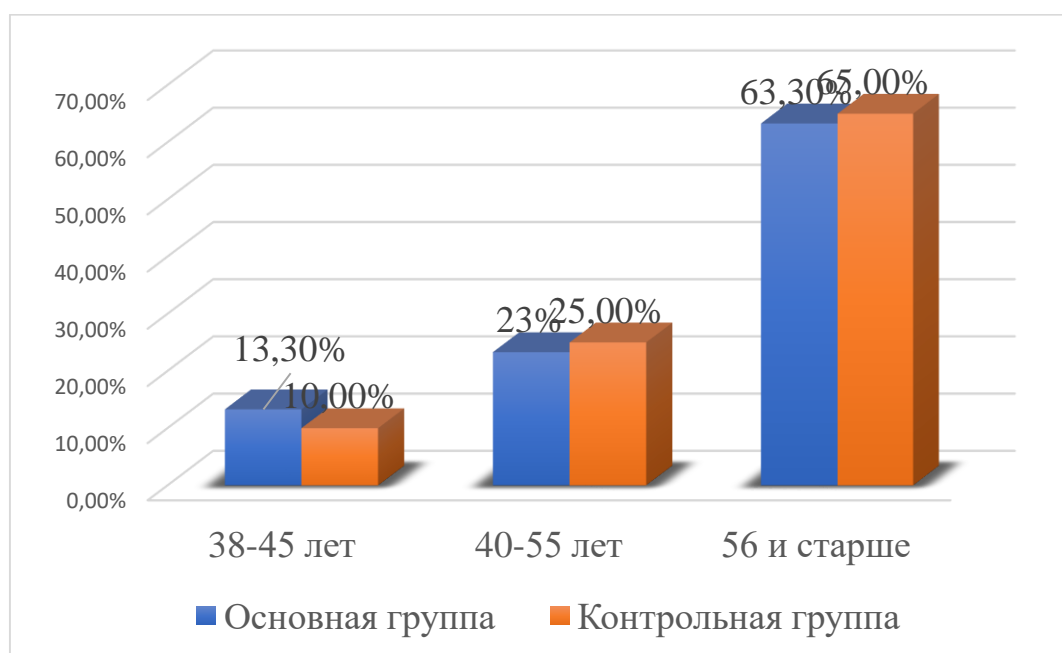
- наличие опущения мочеполювых органов
- поздние стадии стрессового недержания мочи
- анатомические аномалии, вызывающие недержание мочи
- цистоцеле 2-3 степени
- тяжелые экстрагенитальные заболевания
- онкологические заболевания,
- острые инфекционные процессы,

Обследованные пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методов лечения (рис. 1): в группу сравнения вошли 20 (40%) пациентов, получавших традиционные методы диагностики и лечения, а в основную группу – 30 (60%) пациентов, получавших комплексную терапию.



**Рисунок 1.** Распределение пациентов с нарушениями мочеиспускания по группам

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 2 по группам соответственно.



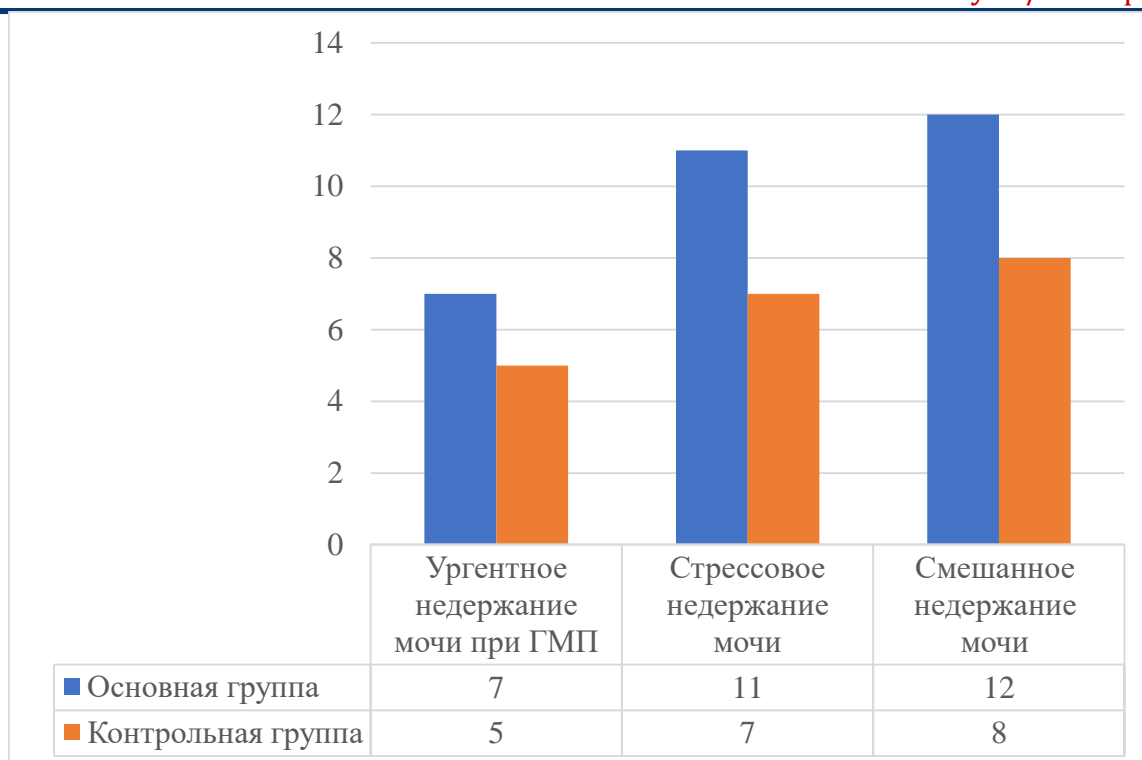
**Рисунок 2. Распределение обследованных по возрастным группам**

В распределении по полу преобладали женщины (73,3% в основной группе, 75% в группе сравнения). Следует отметить, что разница между женщинами и мужчинами была значительной, то есть мужчины во всех исследованиях были в возрасте 55 лет и старше, в то время как у женщин были пациенты от 38 до 56 лет и старше.

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.

### References:

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. Мазо Е. Б., Кривобородов Г. Г. Гиперактивный мочевого пузыря //Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. – №. 7. – С. 405-411
3. Неймарк А.И., Раздорская Мирослава Витальевна, Войтенко А.Н. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин со стрессовым недержанием мочи // Андрология и генитальная хирургия. 2013. №1.
4. Сивков А. В., Ромих В. В. Фармакотерапия гиперактивного мочевого пузыря //Consilium medicum. – 2002. – Т. 4. – №. 7. – С. 348-355
5. Шопулов Ш., Абсаматов Ш., Холдоров И. ГИПЕРАКТИВНОСТЬ ДЕТРУЗОРА: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2022. – Т. 2. – №. 6. – С. 409-411.
6. 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.
7. Shopulotova Z., Kobilova Z., Bazarova F. TREATMENT OF COMPLICATED GESTATIONAL PYELONEPHRITIS IN PREGNANTS //Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D12. – С. 630-634.

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. Shopulotova Z., Kobilova Z., Shopulotov S. NEW OPPORTUNITIES FOR THE TREATMENT OF HYPERACTIVE BLADDER SYNDROME //Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D12. – С. 770-773.
12. 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.
13. Тохиров Х. и др. ХИРУРГИЧЕСКИЙ АБОРТ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ //Центральноазиатский журнал образования и инноваций. – 2023. – Т. 2. – №. 6 Part 4. – С. 21-23.
14. Киямова Л. и др. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ //Solution of social problems in management and economy. – 2024. – Т. 3. – №. 1. – С. 194-201.
15. Hampel C, Weinhold D, Benken N et al. Prevalence and Natural History of Female Incontinence. Eur Urol 2007; 32 (Suppl. 2): 3-12
16. KHUDOYAROVA D. R. et al. RESTORING NATURAL FERTILITY IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS //БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ. – С. 43.
17. Mukhsinov F. B. et al. Management of pregnant women with severe preeclampsia //Journal" Achievement of science and education. – 2020. – №. 7. – С. 61.
18. Shopulotov S., Isroilov O. GIPERAKTIV QOVUQ SINDROMINI DAVOLASH BO'YICHA YANGI IMKONIYATLAR //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 6 Part 2. – С. 106-109.
19. Shopulotova Z., Kobilova Z., Shopulotov S. URINATION DISORDERS IN PREGNANT WOMEN //Science and innovation. – 2023. – Т. 2. – №. D12. – С. 774-777.Shopulotov S. et al. GIPERAKTIV QOVUQ SINDROMINI TASHXISLASHDA ZAMONAVIY YONDASHUVLAR //Молодые ученые. – 2023. – Т. 1. – №. 9. – С. 38-42.
20. Shopulotova Z. COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL CASES OF EXACERBATION OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN PREGNANT WOMEN //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2023. – Т. 3. – №. 8. – С. 22-25.
21. Shamatov I., Shopulotova Z. ADVANNAGES OF PALATE LASER THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF LARINGITIS //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2023. – Т. 3. – №. 9. – С. 104-107.
22. Tilyavova S. SIYDIK TUTOLMASLIK RIVOJLANISHIDA RELAX-2 VA JINSIY GORMONLAR O'RNI //Евразийский журнал медицинских и естественных наук. – 2023. – Т. 3. – №. 2. – С. 149-155.