

от друга. Это может свидетельствовать в пользу гипотезы, что с возрастом гендерные отличия людей по многим показателям существенно уменьшаются. Косвенно на это могут указывать и результаты проведенного нами исследования по изучению социологического портрета долгожителей (Кауров и др., 2012) и их биохимического анализа крови (Кауров и др., 2012). В частности, было показано, что по подавляющему большинству из 231 рассмотренных социологических показателей и 39 биохимических показателей крови нами также не было выявлено существенных отличий между долгожителями мужчинами и женщинами.

## **ФАРМАКОТЕРАПИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ М-ХОЛИНОЛИТИКАМИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ИХ КОРРЕКЦИИ**

*Колпакова Н.А.<sup>1</sup>, Белоусов П.Н.<sup>2</sup>, Горелик С.Г.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Национальный исследовательский университет «Белгородский Государственный университет», г. Белгород;

<sup>2</sup>Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, г. Белгород

В связи с увеличением абсолютной численности и доли лиц старших возрастных групп особую значимость приобретают медико-социальные проблемы, связанные с профилактикой и коррекцией заболеваний пожилого возраста. Особое место занимает инконтиненция. Недержание мочи представляет серьезную проблему во всем мире [1]. В большей или меньшей степени недержанием мочи страдают до 70% женщин пенсионного возраста, и это страдание у них постепенно прогрессирует. Любые формы недержания мочи резко снижают качество жизни, создают психологические проблемы, что приводит к социальной изоляции и служит причиной существенного сокращения активности пациентов пожилого и старческого возраста.

Лечение недержания мочи является весьма важной и наиболее сложной в урологической практике. Немаловажной проблемой является фармакотерапия, основанная на применении М-холинолитиков (М-холиноблокаторов), которая у пациентов старшей возрастной группы имеет свои особенности в связи с имеющейся сопутствующей патологией и развитием побочных эффектов.

Большинство М-холинолитиков вызывают нежелательные явления, что показывает необходимость выбора между преимуществами и недостатками препаратов. Антимускариновое действие обычно вызывает сухость во рту, запоры, трудности аккомодации, сонливость. Препараты не должны назначаться пожилым пациентам с обструкцией кишечника, язвенным колитом, глаукомой или миастенией [2].

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих недержанием мочи, путем изучения

эффективности фармакотерапии, возможных побочных эффектов от М-холинолитиков в терапевтических дозах и разработать мероприятия по их коррекции.

**Материал и методы:** Объект исследования - контингент больных от 61 до 88 лет (117 больных, 4 мужчины и 113 женщин) с недержанием мочи, выявленным по результатам разработанного нами опросника. Средний возраст составил  $78 \pm 1,2$ . Все пациенты с инконтиненцией пролечены немедикаментозными и медикаментозными методами в «Школе расстройств мочеиспускания». Общая продолжительность курса комбинированной терапии составила 12-16 недель. Оценка эффективности фармакотерапии проводилась путем анализа дневника мочеиспускания и заполнения опросника через 1 неделю, 1 месяц и в конце лечения, прокладочным тестом. Оценка переносимости проводилась путем фиксации нежелательных побочных действий М-холинолитиков, оценки связи побочных эффектов с параллельно принимаемыми препаратами, режимом приема, комплаентности и контролем выпиваемой жидкости.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Все пациенты в зависимости от получаемой фармакотерапии были разделены на 4 группы. В первой группе (41 больной) пациенты получали тропия хлорид (Спазмекс), во второй (33 пациента) – толтерадин (Ролитен, Уротол, Детрузитол), в третьей (32 пациента) - солифенацин сукцинат (Везикар), в четвертой (11 пациентов) – ректально Витапрост® форте.

В четвертую группу заведомо вошли пациенты с отягощающей сопутствующей патологией: глаукома, обструктивные заболевания ЖКТ, язвенный колит, нейропатия, тахикардии, миастения.

Следует отметить, что наряду с фармакотерапией М-холинолитиками также проводилось лечение сопутствующей патологии, устранение и коррекция этиологических факторов, вызывающей инконтиненцию.

В первой группе отмечены такие побочные эффекты: у 5 пациентов тахикардия (12,2%), у 2 - артериальная гипертензия (4,9%), неполная задержка мочеиспускания 3 (7,3%), сухость во рту и глаз 1 (2,4%), повышение внутриглазного давления и сухость глаз – 1 (2,4%). Следует отметить, что в первой группе эффект фармакотерапии проявлялся уже после первой недели применения и достигал максимума через 4 недели.

Во второй группе 3 (9,0%) пациентов отметили сухость во рту. Сухость кожи, слизистых оболочек и глаз, а также повышение внутриглазного давления - 2 (6,1%) больных, боли в животе и сухость во рту - 4 (12,1%), неполная задержка мочеиспускания 3 (9,0%). У 9 пациентов через 4-5 дней приема побочные эффекты купировались самостоятельно, а у 2-х пациентов после титрования дозировки достигнуто купирование побочного действия.

Эффект терапии проявлялся в среднем через 1,5-2 недели применения и достигал максимума через 4 недели.

В третьей группе боли в животе наблюдались у 2 (6,3%) пациентов, неполная задержка мочеиспускания – у 11 (34,4%), сухость во рту-у 1 (3,1%). Эффект терапии развивался через 1-4 недели.

В четвертой группе 3 (27,3%) пациентки отметили неприятные ощущения в области прямой кишки, которые прошли самостоятельно через 1-3 дня применения, эффект терапии развивался через 1-4 месяца.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Частота побочных эффектов от фармакотерапии  
М-холинолитиками у пациентов пожилого и старческого возраста.**

побочное действие М-холинолитиков	группы больных							
	1-я группа (троепия хлорид)		2-я группа (толтерадин)		3-я группа (солифенацин сукцинат)		4-я группа (Витапрост <sup>®</sup> форте)	
	п	%	п	%	п	%	п	%
тахикардия	5	12,2	-	-	-	-	-	-
артериальная гипертензия	2	7,3	-	-	-	-	-	-
сухость во рту и глаз	1	2,4	3	9,0	1	3,1	-	-
повышение внутриглазного давления и сухость глаз	1	2,4	2	6,1	-	-	-	-
боли в животе и сухость во рту	-	-	4	12,1	-	-	-	-
неполная задержка мочеиспускания	-	-	3	9,0	11	34,4	-	-
боли в животе	-	-	-	-	2	6,3	-	-
дискомфорт в области прямой кишки	-	-	-	-	-	-	3	27,3

Таким образом, в первой группе достоверно чаще развивались такие побочные эффекты как тахикардия и артериальная гипертензия, во второй группе – сухость кожных покровов, глаз, слизистых оболочек, боли в животе, во второй и третьей – затрудненное мочеиспускание и неполная задержка мочеиспускания.

На протяжении всего курса лечения ни у одного из пациентов не было аллергических реакций. Следует отметить, что ни у одного из пациентов не было необходимости в отмене препаратов, так как проявления побочных эффектов компенсировались симптоматической терапией, либо купировали титрованием дозировки.

Практически во всех группах достигался эффект фармакотерапии и больше зависел от формы недержания мочи, заметно быстрее клинический эффект развивался в первой группе, в четвертой группе отмечена большая переносимость, а в третьей и четвертой группах отмечена большая комплаентность к лечению.

В результате лечения в «Школе расстройств мочеиспускания»:

- 12 (10,3%) пациенток отметило положительную динамику в виде уменьшения выраженности симптомов инконтиненции даже без хирургической коррекции (уменьшение количества используемых прокладок до 1 шт. в день, больше «сухих» дней);

- 103 пациента (88,0%) после лечения избавились от недержания мочи;

- 2 (1,7%) пациентам рекомендовано минимально инвазивное хирургическое лечение.

При исследовании качества жизни после лечения отмечено улучшение и отсутствие социальной изоляции практически у всех пациентов.

**Выводы:** применение М-холинолитиков в качестве консервативной терапии у пациентов старшей возрастной группы помогает улучшить клиническое течение недержания мочи и в большинстве случаев даже полностью устранить симптомы. Низкая эффективность данных препаратов обусловлена возникшими в результате физиологического старения: ухудшение кровоснабжения мочевого пузыря, уменьшение эластичности тканей, клеточной атрофией, дегенерацией нервных окончаний, снижение тонуса гладкой мускулатуры, уменьшение количества коллагеновых волокон в соединительной ткани связочного аппарата, истончением уротелия.

Купирование побочных эффектов от фармакотерапии М-холинолитиками у пациентов старших возрастных групп с успехом может достигаться назначением комбинированной симптоматической терапии, снижением дозировки с постепенным ее увеличением и увеличением приема жидкости. С успехом может назначаться комбинация препаратов, при развитии таких побочных эффектов: тахикардия, артериальная гипертензия - бетта-адреноблокатор либо блокатор кальциевых каналов и М-холинолитик; задержка мочеиспускания и затрудненное мочеиспускание – М-холинолитик с альфа-

адреноблокатором; повышение внутриглазного давления – М-холиномиметики, бетта-адреноблокаторы.

Тропия хлорид (Спазмекс) целесообразнее применять у пациентов не имеющих сердечно-сосудистой патологии, либо применяться в комбинации с бетта-адреноблокатором или блокатором кальциевых каналов. Толтерадин (Ролитен, Уротол, Детрузитол) целесообразнее назначать пациентам без патологии ЖКТ. Ректальное введение препарата Витапрост®форте, в связи с отсутствием побочных эффектов, может с успехом применяться у пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих сопутствующую патологию, являющуюся противопоказанием для назначения М-холинолитиков.

Побочное действие М-холинолитиков в большинстве случаев обусловлено «привычным» ограничением в суточном приеме жидкости в связи с имеющейся патологией микции.

### **Список литературы:**

Лопаткин Н.А, Толстова С.С. Императивное недержание мочи./ Материалы пленума правления российского общества урологов. – Ярославль.– 2001. – С. 5-18.

Gyermek L. Pharmacology of antimuscarinic agents. Boca Raton: CRC Press 1997; 65–6.

## **ИНТЕЛЛЕКТ, ЗДОРОВЬЕ, СТАРЕНИЕ**

*Крамаренко В.Ю.*

**Курский государственный медицинский университет**

В настоящее время интеллект является одним из главных ресурсов человечества, обеспечивающий его развитие и приносящий баснословную прибыль. Интеллект рассматривается как интегральная и высокоспециализированная способность к мышлению. В этом понятии отражен основной диапазон умственных возможностей человека, осуществляющих анализ и оценку информации, создание новых форм логической деятельности. Общие структуры интеллекта воплощают не только индивидуальный опыт, но и общие закономерности, определяющие способность человека овладевать знаниями и производить их. В психологии доминирует концепция генетической детерминированности умственного развития личности, определяющей ее успехи и достижения на протяжении всей жизни. Разработаны количественные методы оценки интеллектуального потенциала, получившие широкое распространение. Был введен показатель, отражающий эти параметры, который получил название коэффициента интеллекта IQ. Распределение интеллекта