

Уриklar в комплексе лечения урогенитальных расстройств климактерического периода

Е.Н. Голчук

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Климактерий – период жизни женщины, осложняющийся инволютивными процессами в организме, одним из результатов которых являются урогенитальные расстройства, требующие своевременной и адекватной коррекции. В статье изложена информация об эффективности применения современного средства Уриklar комплексного действия, эффективного в купировании климактерических урогенитальных расстройств. **Ключевые слова:** климактерический синдром, урогенитальные расстройства, лечение, Уриklar.

В связи с увеличением продолжительности жизни в современном обществе растет интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы. Прогнозируется, что к 2030 году количество женщин старше 50 лет составит 1,2 млрд [3].

С каждым годом увеличивается число женщин, вступающих в период менопаузы. Если 75 лет принять за 100%, то продолжительность препубертатного периода составляет 16%, репродуктивного – 44%, пременопаузального – 7%, а постменопаузального – 33% [4]. То есть более трети своей жизни женщина проводит в состоянии дефицита женских половых гормонов. Менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия.

Органические симптомы климактерического синдрома включают в себя атрофические изменения мочеполювого тракта, которые отмечаются у 80 % женщин через 4–5 лет после наступления менопаузы [2].

В последние годы в симптоматологии климактерических нарушений лидирует проблема урогенитальных расстройств, что связано с их выраженным отрицательным влиянием на качество жизни женщины в постменопаузе. Частота развития возрастных урогенитальных расстройств, по данным различных авторов, достигает 30% [5, 6]. В перименопаузальный период урогенитальные нарушения встречаются у 10% женщин, тогда как в возрастной группе 55–60 лет – у 50%. К 75 годам уже 2/3 женщин испытывают урогенитальный дискомфорт, а после 75 лет трудно встретить женщину, у которой не наблюдалось отдельных симптомов уро-

генитальных расстройств. Урогенитальные расстройства встречаются у 30% женщин, достигших 55 лет, и у 75% женщин, достигших 70 лет. Около 11% женщин имеют особые симптомы, к которым относятся рецидивирующие инфекции мочевых путей (рецидивирующие циститы), не поддающиеся традиционной антибактериальной терапии [4].

Урогенитальные расстройства в период климактерия – это симптомокомплекс вторичных изменений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполювого тракта, мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна [1].

Прогрессирующее увеличение с возрастом частоты развития урогенитальной атрофии связывают с развивающимися на фоне эстрогенного дефицита необратимыми возрастными метаболическими изменениями. Влагалище, мочеиспускательный канал, мочевой пузырь и нижняя треть мочеточников имеют единое эмбриональное происхождение и развиваются из урогенитального синуса. Это объясняет наличие рецепторов к эстрогенам, прогестерону и андрогенам в мышцах, слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, а также в мышцах и связочном аппарате малого таза [3, 4].

Процессы старения урогенитального тракта развиваются в двух направлениях:

- преимущественное развитие атрофического вагинита;
- преимущественное развитие атрофического цистоуретрита с явлениями нарушения контроля мочеиспускания или без такового.

Атрофический вагинит возникает в результате эстрогенного дефицита и характеризуется резким истончением слизистой оболочки влагалища, прекращением пролиферативных процессов во влагалищном эпителии, уменьшением продукции гликогена эпителиальными клетками, снижением или полным исчезновением лактобацилл, повышением влагалищного pH (табл. 1).

К проявлениям атрофического цистоуретрита относятся «сенсорные» или раздражающие симптомы [7]:

Таблица 1

Классификация климактерических расстройств*

I группа – ранние симптомы	
Вазомоторные	Приливы жара, озноб, повышенная потливость, головные боли, гипотония или гипертензия, учащенное сердцебиение
Эмоционально-психические	Раздражительность, сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо
Вазомоторные и эмоционально-психические нарушения составляют сисимптомокомплекс, называемый климактерическим синдромом	
II группа – средневременные	
Урогенитальные	Сухость во влагалище, боль при половом сношении, зуд и жжение, уретральный синдром, цисталгии, недержание мочи
Кожа и ее придатки	Сухость, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос
III группа – поздние	
Обменные нарушения	Сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз

Примечание: *В. Е. Балан, Я. З. Зайдиева

- цисталгия – учащенное, болезненное мочеиспускание в течение дня, сопровождающееся чувством жжения, болью и рези в области мочевого пузыря и мочеиспускательного канала;
- поллакиурия – учащение позывов к мочеиспусканию (более четырех-пяти эпизодов в день) с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи;
- никтурия – учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода мочеиспускания за ночь);
- стрессорное недержание мочи (при физической нагрузке, кашле, чихании, смехе, резких движениях, поднятии тяжестей);
- недержание мочи (моча вытекает без напряжения в связи с повелительными позывами).

Атрофические изменения в урогенитальном тракте являются фактором риска развития рецидивирующих инфекций мочевых путей (ИМП), которые характеризуются волнообразным течением с периодами обострения, протекающими по типу острого или подострого цистита с разной периодичностью рецидивов, и периодами ремиссии, когда отсутствуют клинические, лабораторные и бактериологические данные, которые свидетельствовали бы об активном воспалительном процессе [5].

Различные сочетания симптомов атрофического вагинита и цистоуретрита позволили выделить три степени тяжести урогенитальных расстройств [6].

К легким урогенитальным расстройствам (16% женщин) относится сочетание симптомов атрофического вагинита и «сенсорных симптомов» атрофического цистоуретрита без нарушения акта мочеиспускания. К среднетяжелым урогенитальным расстройствам (80% женщин) относится сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита и истинного недержания мочи при напряжении. К тяжелым урогенитальным расстройствам (4% женщин) относится сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита, истинного недержания мочи при напряжении и недержание мочи [7].

Важно отметить, что адгезированные микроорганизмы обычно не выявляются, так как не создают колоний на питательных средах. В связи с этим происходит недооценка их наличия в диагностике рецидивов инфекции (рис. 1).

Уропатогенные штаммы кишечной палочки содержат белковые структуры (адгезины, пилины), ответственные за адгезивную способность бактерий. Посредством фимбрий микроорганизмы связываются друг с другом и передают генетический материал – плазмиды, с которыми транспортируются все факторы вирулентности. Уропатогенные штаммы кишечной палочки различаются адгезинами (фимбриальные и нефимбриальные). Разные типы адгезинов 1, P, S, AFA имеют определенную тропность к разным видам эпителия. Штаммы кишечной палочки – носители адгезина P – прочно срастаются с переходным и плоским эпителием мочеиспускательного канала и проявляют тропность к паренхиме почки. Один штамм уропатогенной *E. coli* может синтезировать генетически разные адгезины. Многообразие защитных свойств бактерий обуславливает возможность персистенции микроорганизмов в мочеполовой системе человека и антибиотикорезистентность.

В ходе исследования ДАРМИС было установлено отсутствие принципиальных различий в структуре возбудителей осложненных и неосложненных инфекций.

Приблизительно у 30% больных развитие рецидивирующих ИМП происходит на фоне симптомов гиперактивного мочевого пузыря. Согласно концепции восходящего инфицирования мочевого пузыря [6] резкое повышение детрузорного давления сопровождается поступлением порции мочи в мочеиспускательный канал и ответным повышением внутриуретрального давления (с целью удержания мочи), что сопровождается частичным забросом мочи из мочеиспускательного канала в мочевой пузырь и попаданием в него микрофлоры дистального отдела мочеиспускательного канала. Эстрогенный дефицит является причиной развития уроге-

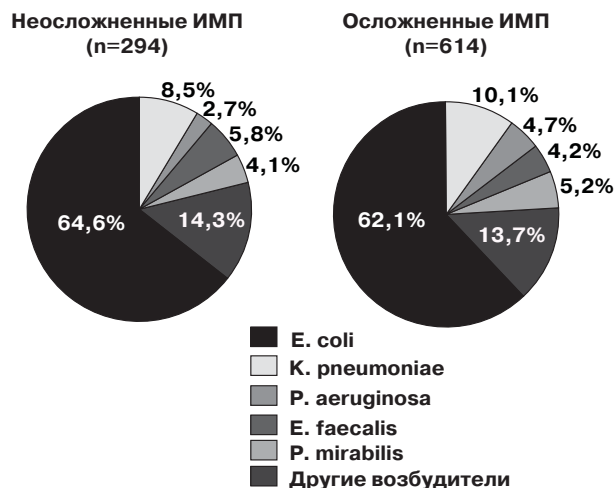


Рис. 1. Структура возбудителей осложненных и неосложненных инфекций мочевых путей (ИМП) по данным исследования ДАРМИС (2010–2011 гг.)

нитальных нарушений у женщин в период климактерия. Проблема лечения урогенитальных расстройств неоднозначна. Акцент ставится на том, какой вид заместительной гормонотерапии (ЗГТ) считать оптимальным. ЗГТ урогенитальных нарушений может осуществляться препаратами, обладающими как системным, так и местным действием. К системной ЗГТ относятся все препараты, содержащие эстрадиол, эстрадиол валерат и конъюгированные эстрогены.

Выбор типа ЗГТ для лечения урогенитальных расстройств является индивидуальным и зависит от возраста пациентки, длительности постменопаузы, ведущих жалоб, необходимости лечения климактерического синдрома либо профилактики поздних метаболических нарушений [1, 3].

Назначение системной ЗГТ должно соответствовать общепринятым правилам с учетом абсолютных и относительных противопоказаний. При назначении ЗГТ пациенткам с урогенитальными нарушениями преследуется цель восстановления нормального состояния местных гормонзависимых структур нижних отделов мочеполовой системы и стимуляции механизмов биологической тканевой защиты.

При решении вопроса о выборе типа препарата для ЗГТ крайне важно определить:

- фазу климактерия – перименопауза или постменопауза;
- идет ли речь об интактной матке или матка отсутствует (если отсутствует, то по поводу чего произведена гистерэктомия).

Выбор терапии зависит также от степени тяжести урогенитальных расстройств.

Уротелий женщин, получающих ЗГТ, содержит слущивающиеся поверхностные и переходные эпителиальные клетки, которые с адгезированными на них уропатогенами выводятся в дальнейшем с мочой. У женщин, не получающих ЗГТ в эпителии мочеиспускательного канала преобладают имеющие широкое основание базальные и парабазальные клетки и единичные слущенные клетки. Они могут представлять резервуар для адгезированных уропатогенов. Различие в степени эксфолиации уретральных клеток с адгезированными уропатогенами объясняет широкую распространенность рецидивирующих ИМП у женщин в постменопаузе с урогенитальной атрофией и эффективность локальных эстрогенов в снижении симптомов.

В связи с прогрессирующим характером урогенитальных расстройств преимущество отдается профилактическому назначению ЗГТ и ее долговременному применению. Для до-

Уриklar

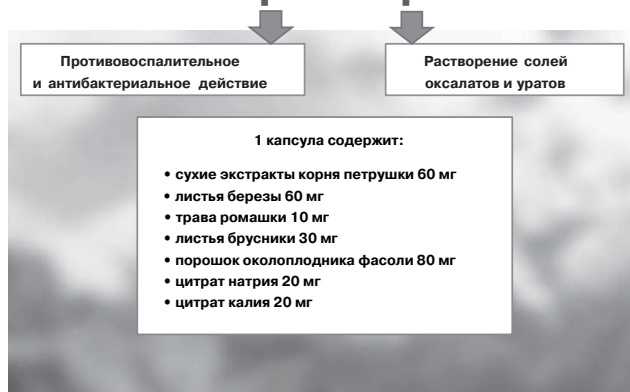


Рис. 2. Уриklar – состав и терапевтические эффекты

стижения максимальной эффективности в терапии врачу необходимо предоставлять женщинам информацию, которая позволила бы им принимать решение о проведении ЗГТ или использовании альтернативных средств.

К альтернативным средствам терапии, имеющим симптоматическую лечебно-профилактическую направленность, относятся в том числе, фитоуросептики, которые, конечно же не заменяют ЗГТ, однако могут являться как средствами выбора у женщин с противопоказаниями к ЗГТ, так и дополнять любую схему терапии. Одним из таких эффективных средств является Уриklar – входящие в него лекарственные растения взаимно усиливают лечебные эффекты друг друга, – антибактериальный эффект может также усиливать действие антибиотиков за счет увеличения концентрации антибактериальных препаратов в паренхиме почек и моче.

Мочегонное действие препарата обусловлено вазодилатирующим эффектом эфирных масел, улучшением кровоснабжения почечного эпителия и уменьшением процессов реабсорбции клетками почечных канальцев солей натрия и воды, то есть выведение солей и жидкости из организма. При этом вместе с натрием из организма не выводится калий (не нарушается водно-солевой баланс), однако усиливается выведение солей мочевой кислоты (уратов), что препятствует образованию в почках и мочевыводящих путях камней из уратов и подщелачивает мочу, что также препятствует камнеобразованию. Антибактериальное действие препарата обеспечивают все входящие в него компоненты. Биофлавоноиды подавляют действие гиалуронидазы бактерий, что ограничивает распространение возбудителей инфекции в тканях (рис. 2).

Уриklar имеет ряд преимуществ – это комплексное воздействие за счет синергического антибактериального, а также диуретического и мощного противовоспалительного эффектов; возможность применения в комплексной терапии с другими уросептическими препаратами для усиления бактерицидного действия; эффективность в профилактике камнеобразования; отсутствие зависимости активности от pH мочи (рис. 3).

Цель исследования: изучение эффективности применения препарата Уриklar в комплексе лечения женщин с рецидивирующим атрофическим циститом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 40 женщин в менопаузе (возраст 53–63 года) страдающих рецидивирующим атрофическим циститом.

В исследовании использовали общеклинические, инструментальные, лабораторные и статистические методы.

С помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) и методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) у исследуемых женщин были исключены возбудители инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

При бактериологическом исследовании мочи у большинства больных (21 человек – 52,5%) выявляли *Escherichia coli*. У 12 (30%) больных результаты посева мочи были отрицательными, у 7 (17,5%) больных были обнаружены другие возбудители – *Proteus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*

Женщины были разделены на 2 группы: в группу 1 вошли 20 женщин, у которых количество лейкоцитов в анализе мочи превышало 10 (от 10 до 20) в поле зрения, в группу 2–20 больных без наличия пиурии.

Каждая группа была дополнительно подразделена на 2 равные подгруппы в зависимости от применения Уриklара. В подгруппы были включены больные, сравнимые по своим характеристикам (возрасту, анамнезу, клиническим проявлениям и т. д.).

Больные подгруппы 1.1 (n=10) получали Орципол – 1 таблетку однократно. Больные подгруппы 1.2 (n=10) получали Орципол по описанной выше схеме в сочетании с приемом Уриklара по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 30 дней.

Орципол – комбинированный антимикробный и противопаразитарный препарат, фармакологическое действие которого обусловлено свойствами компонентов, входящих в его состав: ципрофлоксацина (500 мг) и орнидазола (500 мг).

Больным подгруппы 2.1 (n=10) был проведен инициальный курс лечения, включавший противовоспалительные средства, местную и симптоматическую терапию в течение 10 дней. Затем проводилось динамическое наблюдение 1 мес, в течение которого никакие дополнительные препараты не назначали. Больным подгруппы 2.2 (n=10) был проведен аналогичный курс в сочетании с применением Уриklара по 1 капсуле 3 раза в сутки.

Контрольное обследование больных группы 1 выполняли двукратно – через 10 и 30 дней после начала лечения. Критерии оценки: клинические проявления, наличие пиурии, бактериурии.

Контрольное обследование больных группы 2 проводили через 30 дней после окончания курса комплексной инициальной терапии. Критерии оценки: клинические проявления. Учитывая, что все 20 больных с отрицательными результатами бактериологического исследования мочи вошли в группу В, наличие бактериурии не рассматривали в качестве критерия оценки эффективности лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все женщины переносили лечение удовлетворительно, отказа от терапии и побочных эффектов не наблюдалось.

После проведенного лечения у большинства больных



Рис. 3 Комплексное действие Уриklара

Динамика жалоб у больных группы 1 (n=20) через 10 дней лечения

Жалобы	До лечения (n=20)		После лечения (n=20)			
			подгруппа 1.1 (Орципол) n=10		подгруппа 1.2 (Орципол+Уриklar) n=10	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Отсутствуют	0	0	9	90	10	100
Учащенное мочеиспускание	19	95	3	30	1	10
Рези при мочеиспускании	20	100	2	20	0	0
Зуд, жжение в промежности во время мочеиспускания и после него	10	50	1	10	0	0
Макрогематурия	8	8	0	0	0	0

Таблица 3

Динамика жалоб у больных группы 2 (n=20) через 30 дней после окончания курса инициальной терапии

Жалобы	До лечения (n=20)		После лечения (n=20)			
			подгруппа 2.1 (n=10)		подгруппа 2.2 (n=10)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Отсутствуют	0	0	8	71	10	100
Учащенное мочеиспускание	17	85	3	30	1	10
Рези при мочеиспускании	20	100	4	13,3	1	10
Зуд, жжение во время мочеиспускания и после него	10	50	2	20	1	10
Макрогематурия	5	25	0	0	0	0

группы 1 наступило клиническое (табл. 2) и лабораторное улучшение различной степени выраженности.

В подгруппе 1.1 пиурия через 10 дней лечения отсутствовала у 90% женщин, в то время как в подгруппе 1.2 – у 100% больных, в том числе как и субъективные жалобы женщин (см. табл. 2).

При бактериологическом исследовании мочи, проведенном через 10 дней, исходно выделенный возбудитель был обнаружен только у одной женщины подгруппы 1.1; в подгруппе 1.2 результаты посева мочи были отрицательными в 100% случаев.

Сходные результаты были получены через 30 дней. У всех больных, принимавших Уриklar, клинические проявления заболевания отсутствовали, в то время как у 3 (30%) больных, получавших монотерапию Орциполом, они были выражены в той или иной степени. Пиурия по-прежнему не выявлялась у 100% больных подгруппы 1.2. В подгруппе 1.1 повторное повышение количества лейкоцитов в моче было отмечено у 3 (30%) больных. Таким образом, несмотря на достаточно высокую эффективность Орципола, достигающую 90%, добавление к терапии Уриklара повышает клиническую эффективность лечения до 100%, что связано с комплексным антимикробным, противовоспалительным, спазмолитическим и диуретическим эффектом последнего. Потенцируя действие Орципола, Уриklar обеспечивает дополнительный стабильный противовоспалительный и симптоматический эффект, который сохраняется и после прекращения активной антибактериальной терапии. Кроме того, длительный прием Уриklара обеспечивает устойчивый противорецидивный эффект, о чем свидетельствует отсутствие клинических и лабораторных проявлений цистита через 30 дней лечения.

После проведенного курса терапии (группа 2) клиническое улучшение наступило у 18 (90%) больных – у 8 (71%) больных подгруппы 2.1 и у 10 (100%) больных подгруппы 2.2 – табл. 3.

Через 30 дней наблюдения жалобы по-прежнему отсутствовали или были выражены незначительно у 8 (90%) из 10 больных, не получавших поддерживающей терапии Уриklара.

У 2 (10%) больных, несмотря на достигнутый ранее положительный эффект, было отмечено повторное развитие клинической картины цистита. Что касается больных подгруппы 2.2, получавших поддерживающую терапию Уриklаром, то через 30 дней жалобы отсутствовали у 9 (90%) из 10 больных.

Таким образом, прием Уриklара не только способствовал поддержанию достигнутого ранее эффекта, но и дополнительно повышал эффективность инициальной терапии. Через 30 дней наблюдения эффективность лечения с применением Уриklара была выше по эффективности терапии без приема данного препарата на 29%. По-видимому, в отсутствие выявляемого возбудителя (или при выявлении его в низких титрах) и пиурии эффективность применения Уриklара обусловлена его противовоспалительным, спазмолитическим и диуретическим эффектом, что делает целесообразным применение данного средства с целью профилактики рецидивов хронического цистита после достигнутого клинического улучшения, а также для повышения эффективности курса инициальной комплексной терапии.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного исследования можно сделать вывод о том, что применение Уриklара в комплексе терапии рецидивирующего цистоуретрита в менопаузе является результативным средством для достижения стойкого терапевтического эффекта. Потенцируя действие антибактериального препарата, Уриklar обеспечивает дополнительный противовоспалительный и симптоматический эффект, который сохраняется и после прекращения базовой антибактериальной терапии. Прием Уриklара не только способствует поддержанию достигнутого ранее эффекта, но и дополнительно повышает эффективность инициальной терапии. Благодаря сочетанию эффектов, Уриklar можно применять как самостоятельно, так и в комплексе с другими лекарственными средствами, длительность терапии может варьировать в зависимости от необходимого лечебно-профилактического действия.

Уріклар в комплексі лікування урогенітальних розладів клімактеричного періоду
О.М. Гопчук

Клімактерій – період життя жінки, що ускладнюється інволютивними процесами в організмі, одним з результатів яких є урогенітальні розлади, котрі вимагають своєчасної та адекватної корекції. У статті викладена інформація про ефективність застосування сучасного фітокомплексу, ефективного в лікуванні клімактеричних урогенітальних розладів.

Ключові слова: клімактеричний синдром, урогенітальні розлади, лікування, Уріклар.

Uriklar in the complex treatment of urogenital disorders of menopause
E.N. Gopchuk

Menopause – the period of a woman's life, complicate the results of involutive processes in the body, one of the results which are urogenital disorders, which requires timely and adequate compensation. The article presents information about the effectiveness of modern phyto-preparation complex action effective in relieving menopausal urogenital disorders.

Key words: menopausal syndrome, urogenital disorders, treatment, Uriklar.

Сведения об авторе

Гопчук Елена Николаевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: gopchuk@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Е.Н. Эффективность и переносимость препаратов для терапии климактерических расстройств // Гинекология. – 2010. – № 2. – С. 109–110.
2. Грацианский Н.А. Принципы лечения климактерического синдрома у женщин в постменопаузе // Клин. фарм. тер. – 2000. – № 3. – С. 30–39.
3. Григорян О.Р., Анциферов М.Б. Заместительная гормональная терапия у женщин, больных сахарным диабетом, в период пери- и постменопаузы. – М.: Медицина, 2001. – 15–16 с.
4. Зайдиева Я.З. Новые возможности лечения климактерических расстройств в постменопаузе // Южно-Российский медицинский журнал. – 2011. – № 2. – С. 64–69.
5. Лоран О.Б., Синякова Л.А., Косова И.В. Лечение и профилактика хронического рецидивирующего цистита у женщин. – Cons. Med. 2004; 7: 5–26.
6. Kass E.H., Finland M. Asymptomatic infections of the urinary tract //Trans. Assoc. Amer. Phys. – 2006. – Vol. 69. – P. 56–64.
7. Reid G., Bruce A.W., Cook R.L., Llano M. Effect on urogenital flora of antibiotic therapy for urinary tract infection //Scand J Infect Dis. – 2012. – Vol. 22. – P. 43–47.
8. Schaeffer A.J. New concepts in the pathogenesis of urinary tract infections //Urologic Clinics of North America. – 2013. – Vol. 29. – P. 245–247.