

Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике

М.Ю. Гвоздев

Кафедра урологии МГМСУ
127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

Освещены вопросы эпидемиологии, патогенеза, диагностики и различных методов лечения недержания мочи у женщин для специалистов первичного звена здравоохранения. Показана роль врача в решении вопроса о выборе метода лечения на поликлиническом этапе.

Ключевые слова: недержание мочи у женщин, стрессовое недержание, синтетическая петля.

Лечение недержания мочи у женщин – одна из актуальных проблем современной урогинекологии. В Российской Федерации недержание мочи встречается у 39 % женщин [1]. По нашим данным, более половины из них (57 %) отмечают регулярный характер симптомов недержания. С возрастом распространённость недержания мочи увеличивается: с 8,7 % у женщин 25–34 лет до 34 % в возрасте 55 лет, т. е. становятся в четыре раза чаще [2]. При этом у 45 % женщин в постменопаузе наблюдаются различные расстройства мочеиспускания. Однако за медицинской помощью, в частности, в Москве обращаются лишь 1,5 % данных пациенток по сравнению с 30–40 % женщин в европейских странах.

Именно в такой деликатной сфере значительно возрастает роль врача амбулаторного звена оказания медицинской помощи – участкового врача или врача общей (семейной) практики, вступающего в первый контакт с пациентом. Пациент напрямую обращается к своему участковому врачу, и консультации врачей-специалистов осуществляются только после предварительного осмотра участковым врачом.

Поскольку именно врач первичного звена медицинской помощи первым встречается с пациентом, в его обязанности входят оценка заболевания, первичная диагностика, понимание принципов лечения, необходимости обращения в специализированный стационар. Все эти принципы работы применимы и к больным, страдающим недержанием мочи.

В клинической практике, как правило, выделяют три вида недержания мочи: стрессовую, ургентную (императивную) и смешанную формы.

Стрессовое недержание мочи характеризуется непроизвольной потерей мочи, связанной с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным при отсутствии сокращений детрузора. Под «стрессом» подразумеваются любые ситуации, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (кашель, чихание, смех, поднятие тяжестей, ходьба, бег и т. п.).

По различным данным, частота встречаемости стрессового недержания мочи или недержания мочи при напряжении составляет 19–55 %. Наиболее широко оно распространено среди пожилых женщин, особенно старше 75 лет (диагностировано примерно у половины пациенток из этой возрастной группы) [3].

Ургентное недержание мочи характеризуется непроизвольной потерей мочи вследствие возникновения императивных (повелительных) позывов к мочеиспусканию. Ургентность, как правило, является результатом непроизвольных сокращений детрузора во время фазы накопления мочи. В данном случае при наличии потери мочи говорят об ургентном недержании. У женщин без неврологической патологии это расстройство мочеиспускания называется идиопатической детрузорной нестабильностью (гиперактивный мочевой пузырь), в случае подтверждённого неврологического расстройства применяется термин «детрузорная гиперрефлексия» (нейрогенный мочевой пузырь). Также к ургентному недержанию мочи могут приводить следующие состояния: инфравезикальная обструкция, например, вследствие выраженной степени тазового пролапса (снижение сократительной способности мочевого пузыря у пожилых людей), что клинически выражается в виде частых позывов и чувства неполного опорожнения мочевого пузыря; воспаление мочевого пузыря в ряде случаев приводит к «раздражению» детрузора и ургентному недержанию мочи.

Распространённость ургентного недержания мочи у женщин составляет примерно 11–20 %. Согласно исследованию Luber et al. (2001) [4] императивное недержание мочи наиболее часто встречается у пожилых пациенток.

Смешанное недержание мочи диагностируется примерно в 30 % случаев и обусловлено наличием как стрессового, так и ургентного компонента недержания мочи.

Диагностика недержания мочи начинается со сбора анамнеза и беседы с больной, заполнения дневника мочеиспускания.



Физикальный осмотр включает как общий осмотр, так и осмотр на кресле. Общий осмотр предполагает пальпацию через живот области мочевого пузыря и обязательное неврологическое исследование. При физикальном осмотре широко используются различные тесты и пробы.

Основной является кашлевой тест и проба Вальсальвы, демонстрирующие наличие стрессовой формы инконтиненции. Также должны проводиться лабораторные исследования, в частности общий анализ и бактериологическое исследование мочи, что позволяет исключить инфекцию, наличие микрогематурии, глюкозурии.

Дополнительно необходимо определение объёма остаточной мочи (абдоминально с помощью УЗИ) и диагностики возможной патологии (камень мочевого пузыря, наличие дивертикула мочевого пузыря).

В случаях выявления каких-либо отклонений, в частности большого объёма остаточной мочи, выраженного тазового пролапса, а также при рецидиве заболевания после лечения, инконтиненции с сопутствующим болевым синдромом, гематурией, рецидивирующей инфекцией, симптомами нарушения опорожнения мочевого пузыря, наличием в анамнезе операций на тазовом дне, после лучевой терапии, при подозрении на наличие мочевого свища следует применить дополнительные методы исследования, такие как цистоскопия и различные лучевые методы диагностики, включая компьютерную и магнитно-резонансную томографию и др.

Основным вопросом в диагностике является определение той или иной формы недержания мочи. Для решения этой проблемы можно использовать таблицу с вопросами, ответив на которые можно рекомендовать пациентке специфическое лечение [5].

В амбулаторной практике основным вопросом является определение, когда пациентку необходимо направить на лечение в стационар. В этой связи важно понимание основных методов лечения данного заболевания. Лечение недержания мочи может быть консервативным и оперативным. Согласно рекомендациям ICS Guidelines, консервативное лечение является первым этапом лечения всех пациенток с недержанием мочи, особенно с ургентной и смешанной формами инконтиненции. К данному виду лечения относятся: поведенческая терапия, применение упражнений для мышц промежности, терапия, направленная по механизму обратной связи, медикаментозное лечение, электростимуляция мышц тазового дна, изменение образа жизни, применение pessaries и окклюзирующих устройств, лечение сопутствующих заболеваний (хронический бронхит, ожирение). Целью поведенческой терапии является тренировка мочевого пузыря, так называемое «мочеиспускание по часам» – каждые 2–3 часа, позволяющее сократить количество теряемой мочи, особенно если опорожнять мочевой пузырь перед планируемой физической активно-

стью либо перед повелительным позывом к мочеиспусканию. Субъективное улучшение пациенток в отношении ургентного компонента недержания мочи, по данным исследований, составляет 86 %, а объективное – примерно 50 % в течение непродолжительного периода наблюдения [6]. Однако недостатком данного метода является появление вновь ургентности и эпизодов учащённого мочеиспускания вследствие уменьшения функциональной ёмкости мочевого пузыря. В связи с этим данной категории пациенток можно рекомендовать упреждающие сокращения мышц тазового дна перед эпизодами повышения внутрибрюшного давления, как например, кашля или чихания.

В конце 1940-х гг. американским гинекологом А. Кегелем были предложены гимнастические упражнения, направленные в первую очередь на укрепление сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, также они оказывают действие на мышцы передней брюшной стенки и промежности. Суть данной методики состоит в произвольном сокращении мышц промежности. В связи с тем что леваторный комплекс состоит из медленно и быстро сокращающихся волокон, то для достижения результатов следует чередовать короткие и длительные произвольные сокращения мышц промежности с максимальной возможной силой. Наиболее стандартной схемой является выполнение 10 коротких и длинных сокращений 3–5 раз в день. Наилучшие результаты могут быть получены только при выполнении комплекса упражнений не менее 6 месяцев. Среди пациенток с невыраженным недержанием мочи при напряжении процент положительных результатов составляет 75–80 % [7], а при 10-летнем наблюдении данный процент достигает 66 % [8].

Для наилучшего осуществления контроля правильного выполнения упражнений для мышц тазового дна разработан метод биологической обратной связи Biofeedback, принцип которого заключается в получении визуального либо аудиосигнала от специального датчика, введённого во влагалище или в прямую кишку, о состоянии активности мышц тазового дна в определённый момент. При этом пациентка обучается сокращать или расслаблять мышцы тазового дна, таким образом улучшая механизм удержания.

В дополнение к комплексному лечению недержания мочи используют также электростимуляцию мышц тазового дна. Суть метода заключается в непосредственной стимуляции поперечно-полосатой мускулатуры тазового дна через ветви полового нерва, что повышает тонус сфинктеров за счёт улучшения обменных процессов и кровоснабжения в тканях. Для достижения наилучшего эффекта необходим длительный курс терапии.

Для пожилых пациенток с лёгкой и средней степенью выраженности недержания мочи при напряжении, с высоким операционным риском и с выра-



женным пролапсом тазовых органов были разработаны уретральные obturatory-пессарии, которые купируют инконтиненцию, обусловленную гипермобильностью уретры.

Медикаментозная терапия недержания мочи может быть направлена, с одной стороны, на подавление сократительной способности детрузора, а с другой – на увеличение резистентности уретры и шейки мочевого пузыря. Медикаментозная терапия гиперактивного мочевого пузыря включает в себя назначение антихолинергических препаратов, клиническими и уродинамическими проявлениями которых являются увеличение ёмкости мочевого пузыря, увеличение объёма императивного позыва к мочеиспусканию, снижение амплитуды непроизвольных детрузорных сокращений. В настоящее время наиболее часто используются такие препараты, как Детрузитол (Толтеродин) – селективный антагонист мускариновых рецепторов с высокой клинической эффективностью, а также препарат Дриптан (оксибутина хлорид) – сильный антагонист мускариновых рецепторов с некоторой степенью селективности к М3- и М1-рецепторам, оказывает прямое спазмолитическое и местно-анестезирующее действие на гладкую мускулатуру. Наиболее безопасным следует считать препарат Везикар. Эффективность препарата при применении в дозах 5 мг и 10 мг наблюдается уже в течение первой недели лечения и обычно стабилизируется на протяжении последующих 12 недель лечения. Максимальный эффект Везикара может быть выявлен через 4 недели. Эффективность сохраняется в течение длительного применения (не менее 12 месяцев). Также интерес представляет использование препарата Спазмекс (трспия хлорид) – единственное четвертичное аммониевое соединение (остальные препараты группы М-холинолитиков для лечения ГМП являются третичными соединениями). «Лишняя» четвертая аммониевая связь придает молекуле трспия хлорида положительный заряд. Благодаря этому заряду молекула трспия является гидрофильной (липофобной) и не проходит через гематоэнцефалический барьер. Поэтому Спазмекс (трспий хлорид) не оказывает воздействие на центральную нервную систему и не вызывает побочных явлений с её стороны (расстройства сна, внимания, сомноленция и пр.). Возможно увеличивать дозу при слабом результате или его отсутствии. Однако данные препараты противопоказаны пациентам с закрытоугольной формой глаукомы, особенно пожилым, и должны с осторожностью использоваться у больных с инфравезикальной обструкцией.

Установлено, что практически во всех структурах урогенитального тракта имеются эстрогенные рецепторы. В связи с этим назначение местной гормональной терапии, в частности эстрогенов, совершенно необходимо в период климакса или менопаузы. Механизм действия эстрогенов на структуры урогенитального тракта заключается в улучшении кро-

воснабжения всех слоёв уретры, восстановлении её мышечного тонуса, нормализации сократительной способности детрузора, увеличении адренорецепторов, что повышает способность мочевого пузыря отвечать на эндогенную адренергическую стимуляцию. Наиболее изученным препаратом в нашей стране является Овестин, его предпочтительно использовать в виде влагалищного крема несколько раз в неделю до облегчения симптомов. Следует помнить о стандартных противопоказаниях к заместительной гормональной терапии.

Также возможно назначение α -адренергических препаратов, воздействующих на шейку мочевого пузыря и проксимальную уретру, повышая их сократительную способность, как например, Эфедрин. Эти препараты должны назначаться с осторожностью больным с гипертензией, сердечно-сосудистой патологией.

Возможно применение ингибиторов обратного захвата серотонина, таких как, например, Дулоксетин или Симбалта. Данный вид лечения наиболее применим для улучшения состояния больных с гиперактивностью мочевого пузыря с компонентом сфинктерной недостаточности недержания мочи. Однако клиническая эффективность препаратов мала [9], а Дулоксетин допущен к лечению стрессового недержания мочи только в странах Европы [10].

В случаях резистентности терапии гиперактивного мочевого пузыря возможно внутривезикарное введение ботулотоксина-A (Ботокс) 200 единиц в 20–30 точек, за исключением треугольника Льебо, что вызывает временный «паралич» детрузора не менее 6–9 месяцев, далее требуется повторная инъекция. Однако, по данным исследований, только в 68 % случаев отмечается улучшение клинической картины заболевания [11].

Конец XX столетия ознаменован зримым прогрессом в хирургическом лечении недержания мочи. Это произошло во многом благодаря появлению новых теорий, объясняющих механизм удержания мочи у женщин. Так, в 1993 г. австралийским учёным Petros и шведским учёным Ulmsten была разработана и представлена интегральная теория удержания мочи [12], а через год после этого была дополнена теорией «гамака», разработанной DeLancey [13].

Новый взгляд на патогенез недержания мочи позволил обосновать новые методы оперативного лечения. В 1996 г. Ulmsten [14] предложил применение свободной синтетической петли, устанавливаемой позадилоном доступом в области средней части уретры – операция TVT. В 2001 г. Delorme [15] представил технику проведения синтетической петли через запирающее отверстие (ТОТ, или метод «снаружи внутрь»), которая позволила обойти позадилоное пространство и избежать характерных осложнений, присущих этому доступу. В 2003 г. De Leval описал модификацию трансобтураторного доступа,



Симптомы	Гиперактивный мочевой пузырь	Недержание мочи при напряжении
Частые позывы – более 8 раз в сутки	Да	Нет
Императивные позывы	Да	Нет
Неоднократные прерывания ночного сна, вызванные позывами к мочеиспусканию	Обычно	Редко
Способность вовремя добраться до туалета после позыва	Нет	Да
Количество мочи при каждом эпизоде недержания	Большое	Незначительное
Недержание мочи, возникающее при кашле, смехе, физической нагрузке	Нет	Да

при котором в ходе операции петля проводится со стороны влагалищного разреза к внутренней поверхности бедра – «изнутри кнаружи» через запирающие отверстия и стала известной как TVT-O [16].

Наименее инвазивной на сегодняшний день является операция с использованием так называемых мини-слингов, установка которых требует лишь одного разреза передней стенки влагалища. Данный вид операций может выполняться под местной анестезией, что особенно важно для соматически осложнённых пожилых пациенток.

Одной из приоритетных задач работы кафедры урологии МГМСУ является изучение проблем недержания мочи. В настоящее время накоплен опыт лечения более двух тысяч больных, перенесших различные операции с использованием свободной синтетической петли. Хирургическое лечение данного недуга позволяет достичь положительного эффекта более чем в 90 % случаев [17].

Таким образом, основным методом лечения недержания мочи при напряжении является хирургическая методика имплантации синтетической петли. Это малоинвазивная операция, не имеющая серьёзных противопоказаний, с низким уровнем осложнений, позволяет помочь большинству пациенток.

В настоящий момент проблема диагностики и лечения недержания мочи актуальна как никогда в связи с постепенным увеличением количества пациенток, страдающих данной патологией, привлечением общественного внимания к вопросам улучшения качества жизни женщин. В этой связи воз-

растает ответственность не только урологов, но и врачей первичного звена (поликлиники, консультативно-диагностические центры, амбулатории, медицинские пункты и т. п.), которые должны обладать таким же уровнем знаний, как и врачи стационара, а зачастую быть и более осведомлёнными в смежных областях. Только глубокое знание специфики данного заболевания позволит уберечь пациенток от ненужной госпитализации, выполнения чрезмерных лечебно-диагностических мероприятий со стороны врачей-специалистов, а последних – от больных, которые в действительности в специализированной помощи не нуждаются.

*Список использованной литературы
см. на сайте <http://logospress.ru/zvrach>*

Urinary incontinence in women in outpatient practice

M.Yu. Gvozdev

Department of urology, MSMDU
Delegatskaya st. 20-1, Moscow, 127473

This article covers epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of female incontinence for primary health care and also practitioners' role in choice of treatment method on the outpatient phase.

Key words: stress urinary incontinence, tension free vaginal tape, overactive bladder.

