

УДК 616.6

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**Муслимова С.З.**

Научно-исследовательский институт урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, e-mail: salykhat@mail.ru

В статье рассмотрена одна из актуальных проблем современной урогинекологии – лечение недержания мочи у женщин. В клинической практике выделяют 3 основные формы этого заболевания: ургентное, стрессовое и смешанное недержание мочи. Недержание мочи значительно снижает качество жизни. Постоянное использование прокладок и неприятный запах нарушают социальную адаптацию больных, страдающих недержанием мочи. Частота заболевания нарастает с увеличением возраста женщины, однако недержание мочи не является естественным признаком старения. Это заболевание поддаётся лечению в любом возрасте. Важно правильно определить тип недержания мочи и подобрать соответствующую терапию: упражнения Кегеля, электростимуляцию, биологическую обратную связь, лекарственные препараты, пессарии или хирургические методы.

Ключевые слова: недержание мочи, мочевого пузыря, качество жизни, диагностика, лечение

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF VARIOUS TYPES OF FEMALE URINARY INCONTINENCE**Muslimova S.Z.**

Research Institute of Urology and Interventional Radiology named after N.A. Lopatkin – a branch of the Federal State Organization «National Medical Research Center of Radiology» of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, e-mail: salykhat@mail.ru

The article describes one of the urgent problems of modern urogynecology – treatment of urinary incontinence in women. There are 3 basic forms of this disease: urge incontinence, stress incontinence and mixed incontinence in clinical practice. Urinary incontinence significantly reduces the quality of life. Constant use of pads and odor violate social adaptation of patients suffering from urinary incontinence. Incidence grows because of increase age of women, but incontinence is not inevitable with age. This disease is treatable at any age. It is important to determine the type of incontinence and choose the appropriate treatment: Kegel exercises, electrical stimulation, biofeedback, medications, pessaries, or surgical methods.

Keywords: urinary incontinence, bladder, quality of life, diagnosis, treatment

Под недержанием мочи, или инконтиненцией (анг. пер.: incontinence), в соответствии с рекомендациями Международного общества по удержанию мочи (International Continence Society – ICS) от 1997 года, понимается объективно доказуемая непроизвольная потеря мочи, являющаяся для данного больного социальной и гигиенической проблемой.

Не представляя непосредственной угрозы жизни пациентки, недержание мочи оказывает серьёзное отрицательное влияние практически на все стороны жизни больных, существенно ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную и семейную адаптацию, то есть всё то, что принято обозначать термином «качество жизни» [5, 7]. В 1928 году известный гинеколог Говард Келли [4], профессор, один из основателей первого в Соединённых Штатах медицинского исследовательского университета Джонса Хопкинса, так определил недержание мочи: «Нет более тягостного страдания, чем недержание мочи. Постоянное подтекание омер-

зительной мочи, промачивающей насквозь одежду, делает пациентку противной для себя и семьи, изгоняет ее из общества».

По данным различных исследований, проведённых как в России, так и в других странах мира, на сегодняшний день распространённость недержания мочи среди женщин доходит до 70% [1, 2, 3, 5, 6, 7]. Частота заболевания нарастает с увеличением возраста [1]. Однако недержание мочи не является естественным признаком старения и может встречаться у женщин любого возраста. Выявлено, что средний возраст современной женщины, страдающей недержанием мочи, равен 42 годам [5, 7]. А ведь это ещё достаточно активный трудоспособный возраст, что наглядно подчёркивает не только медицинскую, но и социальную значимость проблемы [2, 3, 5].

Алгоритм медицинской помощи при недержании мочи у женщин

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов от марта

2015 года [6], пациентка с недержанием мочи получает лечебно-диагностическую помощь с соответствии с ниже изложенными алгоритмами (рис. 1 и рис. 2). Как видно из данных алгоритмов, врачу очень важно собрать всю информацию, которая позволит правильно определить тип недержания мочи:

1) стрессовое, характеризующееся непроизвольной потерей мочи при любой фи-

зической активности (кашле, чихании, смехе, подъеме груза, беге и т.п.);

2) ургентное, сопровождающееся возникновением внезапного безболезненного повелительного позыва, завершающегося непроизвольной потерей мочи;

3) смешанное, сочетающее в себе признаки стрессового и ургентного недержания мочи в различных пропорциях.

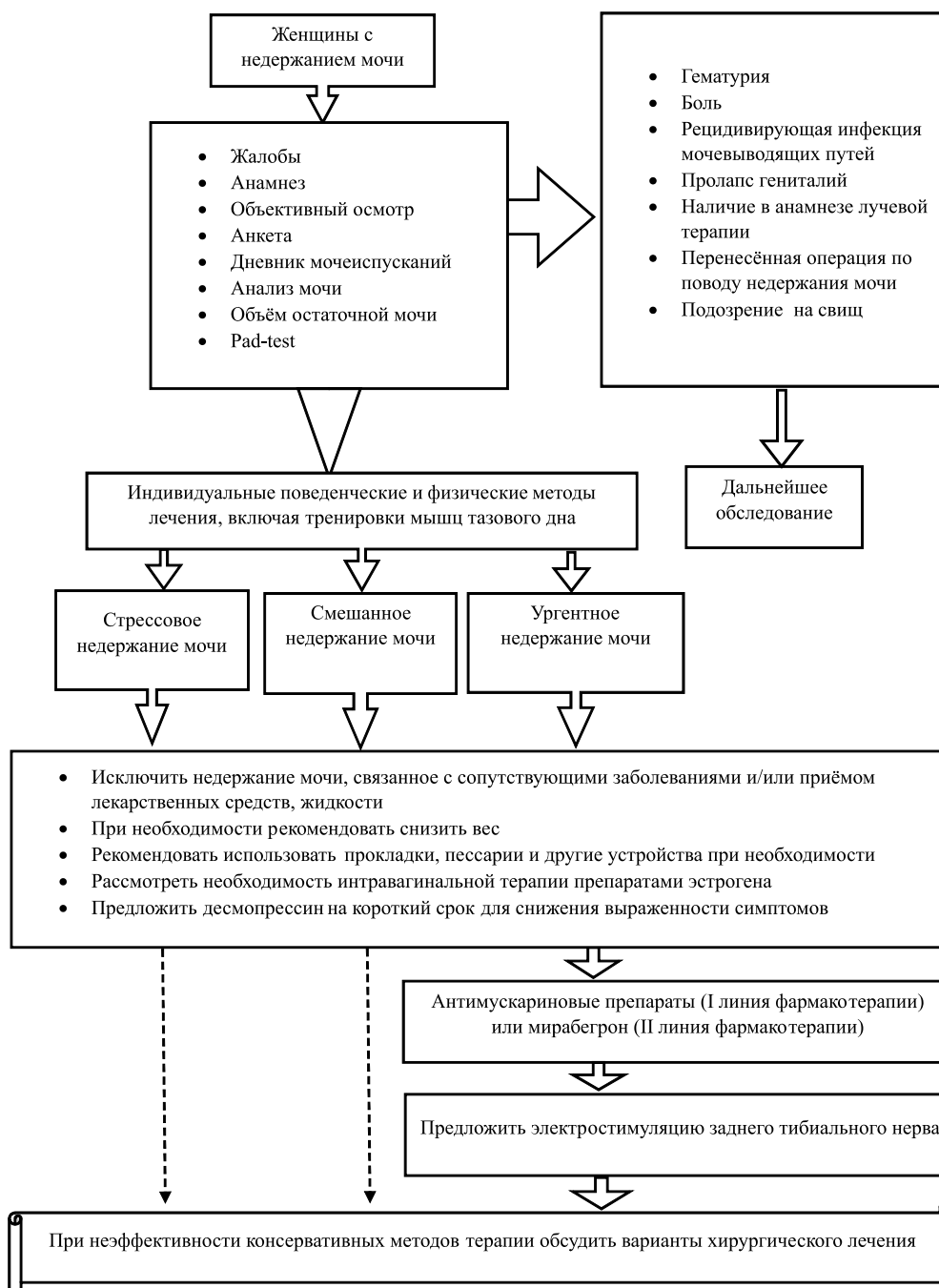


Рис. 1. Первичная медицинская помощь пациенткам с недержанием мочи согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов от 2015 года

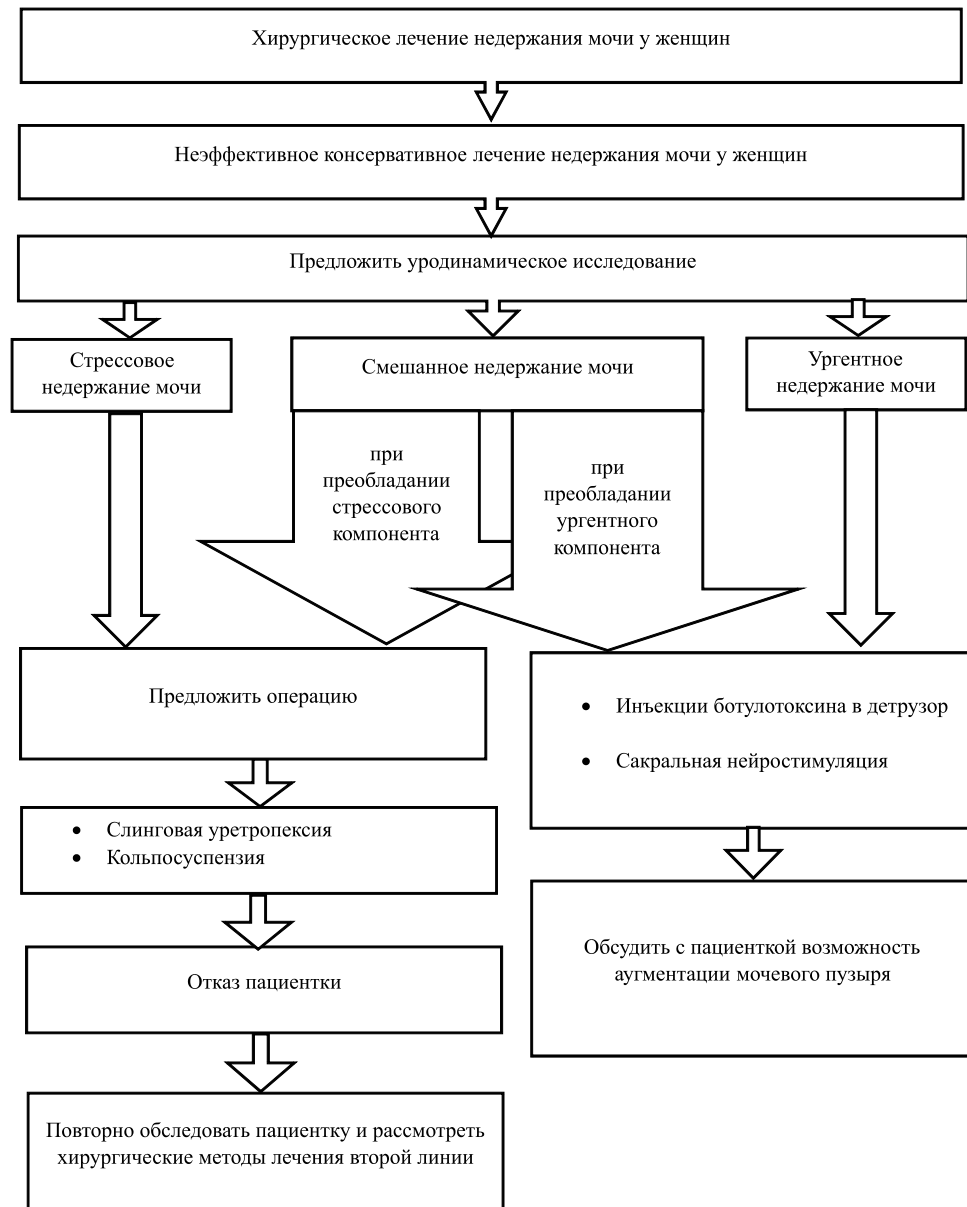


Рис. 2. Хирургическое лечение недержания мочи у женщин согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов от 2015 года

Кроме того, необходимо выделить пациенток, нуждающихся в срочной помощи: с болью, с гематурией, с затруднённым мочеиспусканием, имеющих в анамнезе рецидивирующие инфекции мочевыводящих путей, операции в малом тазу, особенно неэффективного хирургического вмешательства по поводу недержания мочи, лучевую терапию, с жалобой на постоянное подтекание мочи (предполагается свищ).

Также врачу необходимо исключить влияние на симптомы недержания мочи сопутствующих заболеваний и принимаемых женщиной лекарственных средств. Болезни, способные вызвать один или

несколько симптомов, сопровождающих недержание мочи: сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, неврологические заболевания, включая инсульт и рассеянный склероз, общее когнитивное нарушение, нарушения сна, например, синдром обструктивного апноэ во сне, ожирение. При необходимости пациентку направляют к соответствующему смежному специалисту, так как коррекция терапии сопутствующего заболевания может уменьшить выраженность симптомов недержания мочи.

Особенности лечебной тактики различных типов недержания мочи у женщин

Лечение недержания мочи подразделяется на консервативное (рис. 1) и хирургическое (рис. 2). В основе такого разделения лежит основополагающий принцип: вначале должны использоваться наименее инвазивные методы лечения, а при отсутствии положительного эффекта от их применения следует постепенно переходить к более инвазивным способам.

Консервативное лечение недержания мочи у женщин

Первичное лечение подбирается индивидуально для каждой пациентки и зависит от клинического диагноза, поставленных задач и преимуществ того или иного метода лечения. На первичном этапе пациенткам с недержанием мочи в основном назначают консервативное лечение. Первичное лечение стрессового, ургентного и смешанного недержания мочи должно обязательно включать следующие компоненты:

- 1) изменение образа жизни (снижение веса, потребления кофеина и т.д.);
- 2) физиотерапия (электростимуляция, методики биологической обратной связи);
- 3) поведенческая терапия (тренировка мышц тазового дна и мочевого пузыря);
- 4) фармакотерапия.

Вместе с тем, каждый вид лечения имеет свои особенности в соответствии с типом недержания мочи. Так, изменение образа жизни с целью снижения выраженности симптомов заболевания при стрессовом недержании мочи диктует пациенткам с избыточным весом снижение массы тела, а при ургентном недержании – это прежде всего диетотерапия, ограничивающая приём кофеина. Известно, что многие напитки содержат кофеин, особенно чай, кофе и сода. Конечно, снижение веса рекомендуется и при ургентном недержании мочи, так как доказано, что распространённость как стрессового, так и ургентного недержания мочи пропорционально увеличивается с ростом индекса массы тела [1, 2, 6].

Система укрепления мышечного дна получила название упражнений Кегеля, которые включают в себя поочередное сокращение и расслабление мышц, поднимающих задний проход. Вместе с тем, укрепляется тазовое дно в целом. Несмотря на простоту упражнения Кегеля очень эффективны. При стрессовом недержании мочи с их помощью может быть увеличено уретральное давление и, следовательно, улучшена уретральная поддержка. А при ургентном недержании мочи применение

этих упражнений приводит к рефлекторному торможению сокращений детрузора [1]. Большинство упражнений Кегеля не требуют оборудования. Но женщинам со стрессовым или смешанным недержанием мочи рекомендуется, помимо стандартной методики, проводить упражнения Кегеля с использованием влагалитических конусов (конических грузов) [6].

Для повышения эффективности упражнений, направленных на укрепление мышц тазового дна, используется метод биологической обратной связи [1, 6]. Преимущества метода заключаются в активной роли пациентки в процессе лечения путём вовлечения зрительного, тактильного или слухового анализаторов. Технология методики заключается в интравагинальном введении специального датчика, принимающего электромиографические сигналы окружающих тканей и передающего их компьютеру, который сигнализирует о том, как работают мышцы промежности. В свою очередь, пациентка по командам прибора поочередно напрягает и расслабляет мышцы тазового дна [1]. Европейская ассоциация урологов рекомендует для женщин со стрессовым и смешанным недержанием мочи укреплять мышцы тазового дна в качестве первой линии терапии продолжительностью не менее 3 месяцев, при этом программы должны быть как можно более интенсивными.

Одним из основных методов лечения ургентного недержания мочи является тренировка мочевого пузыря, когда мочеиспускание производится в соответствии со специальным графиком [1, 6]. Хотя для стрессового недержания мочи тренировка мышц диафрагмы таза является более эффективным методом лечения, чем тренировка мочевого пузыря, эффективность комбинации этих двух методик может оказаться выше, чем от отдельных тренировок мышц тазового дна. Показано, что биологическая обратная связь в сочетании с тренировкой мочевого пузыря повышает эффективность лечения смешанного недержания мочи. Следовательно, тренировка мочевого пузыря может быть предложена любой пациентке с любой формой недержания мочи в качестве первой линии терапии. Кроме того, при данном методе лечения не зарегистрированы побочные эффекты.

Десмопрессин является синтетическим аналогом вазопрессина. Этот препарат также известен как антидиуретический гормон. Препарат наиболее широко используется для лечения несахарного диабета, ночного энуреза у детей старше 5 лет и ночной по-

лиурии у взрослых в качестве симптоматической терапии. Постоянное использование десмопрессина показало сокращение частоты и снижение urgency позывов, но не излечило недержание мочи. Следует отметить, что регулярное использование препарата может привести к гипонатриемии. Поэтому не следует использовать десмопрессин для долгосрочной терапии. Европейская ассоциация урологов рекомендует предлагать десмопрессин пациенткам, нуждающимся в кратковременном облегчении симптомов недержания мочи.

Крупный метаанализ продемонстрировал значимый положительный эффект лечения гиперактивности детрузора антимускариновыми препаратами, которые в настоящее время являются основой для лечения urgency недержания мочи [6]. Они используются как в качестве монотерапии, так и в сочетании с другими лекарственными средствами, поведенческой терапией и физиотерапией. На сегодняшний день используются следующие препараты данной группы с высоким уровнем доказательности: оксibuтинин, солифенацин, толтеродин, троспиум и другие. Выбор М-холинолитика во многом зависит от индивидуальной переносимости препарата и выраженности его побочных эффектов, к основным из которых относится сухость во рту.

В качестве фармакотерапии второй линии для лечения urgency недержания мочи Европейская ассоциация урологов предлагает мирабегрон – селективный агонист бета3-адренорецепторов. Препарат улучшает резервуарную функцию мочевого пузыря за счет стимуляции бета3-адренорецепторов, расположенных в его стенке. В исследованиях продемонстрирована эффективность мирабегрона в сравнении с плацебо в оценке частоты эпизодов urgency позывов в 24 часовом интервале. Но во всех исследованиях статистически значимые различия касаются только уменьшения выраженности симптомов, а не излечения от заболевания. Наиболее распространенными побочными эффектами при лечении мирабегроном исследователи выделили артериальную гипертензию (7,3%) и назофарингит (3,4%).

При отсутствии положительного эффекта от фармакотерапии Европейская ассоциация урологов рекомендует предложить пациентке электростимуляцию заднего тиббиального нерва. Электростимуляция действительно эффективна при urgency недержании мочи. Рекомендуется девятидневный амбулаторный курс электростимуляции с частотой 4–10 Гц 2 раза в день.

В отношении urgency недержания мочи у женщин постменопаузального периода доказана эффективность гормонального лечения препаратами, содержащими эстрогены. Эти лекарственные средства используются в качестве монотерапии или комбинированной терапии совместно с прогестероном, при этом предпочтительнее местное применение препаратов. Кроме того, использование эстрогенов в качестве терапии с целью лечения стрессового недержания мочи не рекомендуется, так как отсутствуют доказательства непосредственного влияния данных препаратов на эффективность лечения данного заболевания [6].

С целью временной помощи женщине со стрессовым недержанием мочи, например, при подготовке к оперативному лечению, можно предложить использовать пессарий, который обычно представляет собой силиконовое кольцо, расположенное между стенкой влагалища и близлежащей уретрой [1].

Хирургическое лечение недержания мочи у женщин

Хирургическое лечение, в том числе с использованием малоинвазивных методов, показано при неэффективности консервативного лечения. Возраст не является противопоказанием к хирургическому лечению по поводу недержания мочи. Перед принятием решения о необходимости выполнения оперативного вмешательства следует принять во внимание не только оценку адекватности ранее назначенного консервативного лечения, степень снижения качества жизни женщины, но и сопутствующую патологию, а также прогнозируемую продолжительность жизни пациентки. Кроме того, врачу необходимо обсудить с пациенткой цели лечения.

Если уродинамическое исследование подтверждает стрессовое недержание мочи рекомендованы следующие методы хирургического лечения: уретропексия с применением аутологичного фасциального slingа или синтетического с использованием как позадилонного, так и трансобтураторного способов, кольпосуспензия по Бёрчу открытым или лапароскопическим доступом. А при отказе пациентки от этих операций ей предлагают хирургические вмешательства второй линии. Альтернативными процедурами являются периуретральные инъекции с использованием аутологичного жира, коллагена или другого наполнителя.

В случае резистентного к терапевтическим методам urgency недержания мочи пациентке следует назначить:

– инъекции ботулотоксина в детрузор;

– сакральную стимуляцию нервов (нейромодуляцию);

– аугментацию мочевого пузыря с использованием участка кишечника.

При смешанном недержании мочи рекомендуется начать лечение с коррекции наиболее выраженного симптома, но при этом предупредить пациентку, что коррекция лишь одного симптома не может полностью излечить заболевание [6].

Таким образом, лечение каждой пациентки, страдающей недержанием мочи, должно быть индивидуальным, с учётом типа инконтиненции, особенностей течения заболевания и сопутствующей патологии.

Список литературы

1. Кулаков В.И., Лопатина Т.В., Аполихина И.А., Андриян В.М., Лопаткин Н.А., Сивков А.В., Ромих В.В. Гиперак-

тивный мочевой пузырь и императивное недержание мочи у женщин: учебное пособие. – М., 2005. – 64 с.

2. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи // Пленум Правления Российского общества урологов. – М., 2001. – С. 21–41.

3. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных форм недержания мочи у женщин // Акуш. и гин. – 2000. – № 1. – С. 3–7.

4. Bent A.E. Howard Atwood Kelly (1858-1943). // The International Urogynecology Journal. – 1996 January. – Vol. 7, № 1. – P. 48–61.

5. Coyne K.S., Kvasz M., Ireland A.M., Milsom I., Kopp Z.S., Chapple C.R. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. // Eur Urol. – 2012 Jan. – Vol. 6, № 1. – P. 88–95.

6. Lucas M.G. EAU Guidelines on Urinary Incontinence. 30th Annual European Association Of Urology Congress. Madrid, 2015, p. 75.

7. Smith A.L., Wang P.C., Anger J.T., Mangione C.M., Trejo L., Rodríguez L.V., Sarkisian C.A. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. // J Am Geriatr Soc. – 2010 Jun. – Vol. 58, № 6. – P. 1170–6.