

ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН – РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВОП ВРАЧЕЙ И ДЛЯ ГИНЕКОЛОГОВ

Шерипбаев Рустам Ботирович, Кадыров Носир Умидович, Шавахабов Шавкат Шонасинович
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТАОЛМАСЛИКНИ ТАШХИСЛАШ - УАШ ВА ГИНЕКОЛОГЛАР УЧУН ТАВСИЯЛАР

Шерипбаев Рустам Ботирович, Қодиров Носир Умидович, Шавахабов Шавкат Шонасинович
Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази,
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

DIAGNOSIS OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN - RECOMMENDATIONS FOR GENERAL PRACTITIONERS AND GYNECOLOGISTS

Sheripbaev Rustam Botirovich, Kadyrov Nosir Umidovich, Shavakhabov Shavkat Shonasirovich
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology,
Republic of Uzbekistan, Tashkent;

e-mail: rustam_sheripbaev@mail.ru

Резюме. Мақолада сийдик тута олмасликнинг ижтимоий аҳамиятини бўйича маълумотлар келтирилган. Умумий амалиёт шифокорлари ва гинекологлар учун амалий тавсиялар ва ташхислаш – даволаш тактикалари хақида маълумотлар берилган.

Калит сўзлар: Аёлларда сийдик тута олмаслик, гиперактив сийдик қопи, комплекс уродинамик текшириши.

Abstract. The article provides information on the social importance of urinary incontinence. Practical recommendations and information on diagnosis and treatment tactics for general practitioners and gynecologists are provided.

Key words: Urinary incontinence in women, hyperactive urinary tract, complex urodynamic examination.

Актуальность. Важной и до конца не изученной проблемой урогинекологии является диагностика и лечение недержания мочи у женщин. Полное недержание мочи встречается при мочеполювых свищах. Частичное – это недержание мочи при напряжении или стрессовое недержание мочи, императивное и смешанное недержание мочи. Существует множество факторов, которые играют роль в развитии недержания мочи. Анатомо-топографические особенности строения малого таза, общность кровоснабжения, иннервации, тесные функциональные связи позволяют рассматривать малый таз как единую многокомпонентную, сложную систему, где практически любые, на первый взгляд локальные, изменения трансформируются в дисфункции и в анатомические нарушения соседних органов. Залогом успешного лечения пациенток с недержанием мочи является квалифицированное и полноценное обследование, основанное на тесном контакте с больной, приверженность современным алгоритмам диагностики, корректное и профессиональное выполнение методов инструментального обследования [2].

Лечение недержания мочи у женщин – одна из актуальных проблем современной урогинекологии. В Узбекистане недержание мочи встречается у 39 % у крупнорожающих женщин [3]

.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 обращаются лишь 1,5 % данных пациенток по сравнению с 30–40 % женщин в европейских странах.

Недержание мочи (НМ) в настоящее время остается одной из важных проблем урогинекологии. Актуальность проблемы определяется большой распространённостью НМ среди женщин как за рубежом, так и в России. С.Namrel и соавт., изучив данные 21 эпидемиологического исследования, проведенного в разных странах мира, сообщили, что в группе женщин в возрасте от 30 до 60 лет распространённость НМ составила 21,5%, а в группе женщин старше 60 лет – 44% [1]. Международным комитетом по недержанию мочи данное заболевание определяется как «непроизвольное выделение мочи, являющееся социальной или гигиенической проблемой при наличии объективных проявлений неконтролируемого мочеиспускания» [2]. На сегодняшний день выделяют три основные формы заболевания: стрессовое

НМ, ургентное (императивное) и смешанное. Стрессовое НМ характеризуется непроизвольными потерями мочи, связанными с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным в отсутствие сокращений детрузора, т.е. при физической нагрузке: кашле, чиханье, смехе и т.д. Ургентное НМ характеризуется наличием императивных позывов к мочеиспусканию и связанных с ними непроизвольных потерь мочи. Данная форма инконтиненции является одним из симптомов гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) [2].

Неоспоримым является тот факт, что в большинстве случаев болеют рожавшие женщины. Согласно последним данным, в развитии заболевания основную роль играет не количество, а характер родов. НМ чаще возникает после родов, носивших травматичный характер, сопровождающихся разрывами мышц тазового дна, промежности, мочеполовой диафрагмы, акушерскими операциями, что приводит к расхождению мышц тазовой диафрагмы, замещению мышечной ткани соединительнотканью рубцами [1, 4]. Однако НМ встречается и у пациентов, не имевших в анамнезе причин, нарушающих функцию сфинктеров мочевого пузыря. В таких случаях заболевание может быть связано с врожденной системной недостаточностью соединительной ткани [4, 5]. Причиной развития смешанного НМ нередко являются различные гинекологические операции: экстирпация матки, гистерэктомия, а также эндоуретральные операции. Развитие нарушений мочеиспускания и НМ у женщин после радикальных операций на матке связано с парасимпатической и соматической денервацией мочевого пузыря, уретры и мышц тазового дна, нарушением анатомических взаимоотношений органов малого таза; если при операции удаляются яичники, то дополнительно возникает гипоэстрогения [1, 4]. Кроме того, возникновению НМ способствуют: курение, хронические заболевания. По мнению ряда авторов, кашель и натуживание провоцируют резкое и длительное повышение внутрибрюшного давления (например, во время приступов), способствующее нарушению механизмов передачи давления на мочевой пузырь и уретру, что приводит к перерастяжению и перенапряжению нервномышечных структур тазового дна, сопровождающимся их микроповреждением и развитием в дальнейшем денервации и дистрофических изменений в сфинктерном аппарате мочевого тракта [4]. Причинами ургентного НМ являются хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей и патология центральной нервной системы.

Цель. улучшить результаты диагностики недержания мочи, является главной целью данной статьи.

Материалы. Для достижения этой цели был проведен анализ баз данных PubMed, EMBASE, Web of Science и Cochrane Library до декабря 2021 года.

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

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].

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 подтвержденного 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. Распространенность 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)

Критерии установления диагноза/состояния: на основании патогномичных данных:

Для стрессового недержания мочи

1. наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления.

2. физикального обследования – наличие положительной кашлевой пробы

3. инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ)

Для ургентного недержания мочи

1. наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащенным мочеиспусканием и ноктурией.

2. физикального обследования – наличие отрицательной кашлевой пробы

3. инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ)

Для смешанного недержания мочи

1. наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащенным мочеиспусканием и ноктурией в сочетании с наличием в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления.

2. физикального обследования – наличие положительной кашлевой пробы

3. инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

Основным методом для диагностики формы и степени тяжести НМ является комплексное уродинамическое исследование, которое при помощи ряда тестов позволяет определить нарушения функции мочевого пузыря, сфинктерной системы и мочевыводящих путей.

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.

ДРИПТЕСТ

Ф.И.О.....

Возраст.....

Дата.....

1	У Вас есть частые мочеиспускания более 6 раз в день и 1 раз ночью?	да		нет	
2	Ощущаете ли Вы неудержимые позывы перед мочеиспусканием?	да		нет	
3	Выделяется ли у Вас моча ночью в положении на спине или при перемене положения?	да		нет	
4	Выделяется ли у Вас моча при напряжении (бег, быстрая ходьба, поднятие тяжести, кашель)?	нет		да	
5	Усиливается ли позыв при шуме или контакте с водой?	да		нет	
6	Удаётся ли Вам удержать мочу при подтекании?	нет		да	
7	Количество подтекающей мочи.	обильное		необильное	
		Баллы			

Нестабильный мочевой пузырь	7/0	6/1	5/2
Смешанное недержание	4/3	3/4	
Недержание напряжения	2/5	1/6	0/7

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 ученым 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, 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.

Литература:

1. Hampel C, Weinhold D, Benken N et al. Prevalence and Natural History of Female Incontinence. Eur Urol 2007; 32 (Suppl. 2): 3–12.
2. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У

ЖЕНЩИН (лекция) Неймарк А.И., Раздорская М.В.

3. Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике М.Ю. Гвоздев
4. / Iureneva S.V., Ermakova E.I., Glazunova A.V. Diagnostika i terapiia genitourinarnogo menopauzal'nogo sindroma u patsientok v peri- i postmenopauze (kratkie klinicheskie rekomendatsii). Akusherstvo i ginekologiya. 2016; 5. [in Russian]
5. Monz D, Pons M, Hampel C et al. Patien – repoted impact of urinary incontinence. – Results from treatment seeking women in 14 European countries. Maturitas 2005; 52 (2): 25–8. 5. Cameron AP, Heidelbaugh JJ, Jimbo M. Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part one: diagnosis and testing. Ther Adv Urol 2013; 5 (4): 181–7
6. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. Медикаментозное лечение императивных расстройств мочеиспускания//Фарматека. – 2002. – № 10. – С. 9-16.
7. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин. Автореф. дис. – М., 1996.
1. 8. Пушкарь Д. Ю., Гумин Л. М. Тазовые расстройства у женщин. М.: МЕД прессинформ, 2006.

ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН – РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВОП ВРАЧЕЙ И ДЛЯ ГИНЕКОЛОГОВ

Шерипбаев Р.Б., Кадыров Н.У., Шавахабов Ш.Ш.

Резюме. В статье представлена информация о социальной значимости недержания мочи. Даны практические рекомендации и информация по диагностике и тактике лечения для врачей общей практики и гинекологов.

Ключевые слова: Недержание мочи у женщин, гиперактивность мочевыводящих путей, комплексное уродинамическое исследование.