

О.І. Яцина

ДУ «Інститут урології НАМН України», Київ

Комплексне лікування при нетриманні сечі у жінок (власний досвід)

Стаття присвячена комплексному дослідженню нетримання сечі у жінок. У роботі виділено й описано особливості патології. Метою роботи став аналіз проблеми, її видів та способів лікування. Досліджено характерні ознаки, ключові етапи нетримання сечі й неможливості контролювати виділення.

Ключові слова: нетримання сечі, класифікація, динаміка розвитку, якість життя.

Вступ

Проблема нетримання сечі (НС) дуже актуальні і вражає своєю масштабністю. На жаль, в Україні недооцінюють усю важливість проблематики патології, яку в жодному разі не можна ігнорувати.

За влучним висловом доктора Жаннетт С. Браун (Jeanette S. Brown), фахівця галузі урології та гінекології, «...розлади сечовипускання не вбивають — вони просто крадуть життя». У жінок молодого віку НС переважно є наслідком ускладнених пологів, проте найчастіше воно проявляється у віці старше 40 років. Починається зменшення продукції естрогену, який відповідає за еластичність тканин, у тому числі за зв'язковий і м'язовий апарати тазового дна. У результаті тонус м'язів уретри погіршується, що і призводить до мимовільного підтікання сечі, спочатку при незначних навантаженнях, чланні, потім при — підйманні тягаря, зміні положення тіла.

За даними Міжнародного товариства з проблем нетримання сечі (International Continence Society — ICS), у світі розлади сечовипускання відзначають у понад 100 млн осіб. За даними європейської та американської статистики, близько 45% жіночого населення віком 40–60 років відзначають симптоми мимовільного виділення сечі. На основі цих даних стає очевидним, що в Україні від цієї проблеми страждають близько 5 млн жінок.

Одним із перших вивчати це питання почав професор Д.В. Кан. Згідно з отриманими ним даними, НС при напруженні відзначали 19% жінок із загальної кількості тих, хто звернувся за допомогою в урологічну клініку. За даними Л.А. Осколкова, у кожно 5–7-ї хворої, яка відвідувала жіночу консультацію, виявлялися симптоми інконтиненції. Згідно зі статистичними даними, у США щорічно 135 тис. жінок піддаються хірургічному лікуванню з приводу стресового НС (Балан В.Е., Гаджиева З.К., 2000).

Медико-соціальні значення проблеми зумовлене не лише вчасно проведеними діагностикою та лікуванням. Населення має своєчасно звертатися за допомогою, що може бути реалізовано тільки за умов поінформованості глибокого розуміння причини симптуму і його розповсюдженості, а також можливості передбачити його виникнення та варіанти лікування. Важливим є аспект вибору медичного закладу із професійно під-

готовленими фахівцями, куди можна звернутися (Abrams P., 2003).

НС не пов'язане зі старінням, воно так само може виникати в осіб молодого віку у період вагітності та в ранній післяпологовий період. НС знижує якість життя пацієнта й асоційоване з депресією, порушенням сну, обмеженою фізичною рухливістю та обмеженням соціальних відносин тощо. Часто це призводить до ускладнень в особистих та в робочих стосунках. Ще у 1928 р. відомий доктор Н. Kelly, перший професор Гінекологічної клініки медичного факультету Університету Джона Хопкінса (Johns Hopkins School of Medicine), США, зазначив: «Немає більш тяжкого страждання, ніж НС. Постійне підтікання огидної сечі, одяг, який наскрізь промокає, робить пацієнту суперечкою для себе, для сім'ї, виганяє її із суспільства».

Незважаючи на поширеність НС і серйозні наслідки патології, тільки незначна кількість жінок звертається за допомогою до фахівців. Для України це питання особливо актуальне, оскільки, на думку більшості вітчизняних пацієнтів, обговорювати таку інтимну проблему ніякovo, навіть із лікарем. Тоді як варто знати, що НС можна не лише контролювати, але й лікувати. Адієвість терапії повністю залежить від своєчасності звернення до кваліфікованих фахівців.

НС — це мимовільне виділення сечі, що не піддається вольовому зусиллю. Його видами є стресове, ургентне, змішане (комбінована форма НС) нетримання при переповненні сечового міхура, транзиторне нетримання.

За даними останніх епідеміологічних досліджень, проведених у різних країнах світу, виявлено, що доля стресового НС становить 50%, ургентного (імперативного) — 14% і змішаної форми — 32% (Abrams P. et al. (Eds.), 2004).

Стресове НС полягає у мимовільній її втраті при перевищенні внутрішньоміхурового тиску над максимальним уретральним за відсутності скорочення детрузора. Воно проявляється при кашлі, сміху, чланні, підйомі тягаря, бігу, зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне. Однією із провідних причин стресового НС є естрогенна недостатність. За даними C.S. Iosif і Z. Bekassy (1984), НС у більшості жінок починається одночасно з настанням менопаузи, що пов'язано зі зниженням вмісту змінами якості колагену II типу і як наслідок — сполучної

тканини м'язово-зв'язкового апарату органів малого таза, спричинених станом дефіциту естрогену.

Ургентне (імперативне) — неконтрольоване підтікання сечі при раптовому, нестерпному наказовому позиві до сечовипускання, зумовлене мимовільними скороченнями детрузора, характеризується наявністю частих денних (полакурія) і нічних (ніктурія) сечовипускань, імперативних (нестримих) позивів до сечовипускання із втратою чи без втрати сечі. Причиною розвитку симптуму імперативного сечовипускання може бути різна неврологічна патологія: ішемія головного мозку, інсульт, розсіяний склероз, паркінсонізм, травми і пухлини головного та спинного мозку. Основним методом діагностики є уродинамічне дослідження, в ході якого можна виявити гіперактивність детрузора, що проявляється мимовільними його скороченнями у фазу напоцінення, а також зменшення резервуарної функції сечового міхура.

Змішане НС включає комбінацію стресового та імперативного НС із різним ступенем вираженості симптомів.

Серед причин НС виділяють:

- менопаузу з різким падінням рівня жіночих статевих гормонів (естрогенів), коли слизова оболонка піхви, уретри та сечового міхура стають тонкими, сухими, схильними до запальних процесів;
- пологовий травматизм при народженні крупного плода чи неправильного ведення пологів, унаслідок чого порушується анатомічна будова статевих органів, виникає неспроможність м'язів промежини і тазового дна, в тому числі за рахунок рубцевої деформації;
- важкі фізичні навантаження, надмірне захоплення жінок силовими видами спорту і «важким» фітнесом, підйом вантажів, що незмінно веде до опущення стінок піхви і як наслідок — до формування симптуму НС;
- запальні процеси в малому тазі й сечовидільної системі (цистит, піелонефрит);
- рецидивні запалення слизової оболонки піхви, уретри, сечового міхура, внаслідок інфікування мікробами та вірусами, що передаються статевим шляхом (хламідіоз, уреаглазмоз, мікоглазмоз, захворювання, спричинені вірусом простого герпесу та ін.);
- спадкові, генетично зумовлені стани (дисплазія сполучної тканини, що сприяє

- опущенню стінок піхви, розвитку варикозної хвороби, виникненню гриж міжребречевих дисків);
- надмірна маса тіла, цукровий діабет;
- вроджені порушення будови статевих органів (аномалії);
- оперативні втручання в черевний порожнині, застосування деяких препаратів;
- похилий вік (Herschom S. et al., 2005).

Симптоматика НС, як і його причини, досить варіабельна та може проявлятися:

- нездатністю контролювати сечовипускання;
- мимовільним сечовипусканням при кашлі, чханні, сміху, підйомі тяжкості, бігу, стрибках тощо;
- нестримним раптовим позивом до сечовипускання, неконтрольованою потребою помочитися, що веде до середнього чи значного виділення сечі;
- незнаним витіканням рідини при ненаваженному міхурі й нестримному позиві;
- відчуттям опущення стінок піхви, «чужорідного тіла»;
- відчуттям неповного спорожнення сечового мікура після сечовипускання.

Поява таких симптомів і скрг має стати мотивуючим фактом необхідності проконсультуватися з лікарем. Щоб прийняти таке однозначно правильне рішення, жінка має знати, що вона не одна вимушена боротися з цією проблемою. Заданими різних джерел, 2–11% жіночої популяції відзначають наявність НС, частота його зростає зі збільшенням кількості вагітностей. Повну ремісію спостерігають у 0–13% випадків. Щорічно захворюваність на гіперактивний сечовий міхур коливається в межах 4–6%, а ремісію відзначають у 2–3%.

Особливе місце серед причин НС належить нейрогенним розладам, які виникають при захворюваннях нервової системи: розсіяному склерозі, хворобі Паркінсона, хворобі Альцгеймера і багатьох інших. Так, хвороба Паркінсона супроводжується НС у 37,9–70% випадків, а при хворобі Альцгеймера цей показник становить майже 50%. НС у подібній ситуації пов'язане із прогресуванням основного захворювання, а лікування засноване на максимально можливій консервативній корекції та підборі засобів реабілітації. Особливу увагу щодо цього питання приділяють хворим, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, поширеність якого інтенсивно зростає з роками. Своєчасна діагностика порушень сечовипускання, їх корекція та підбір засобів реабілітації відіграють величезну роль у ефективності відновного лікування (Аполихина И.А. и соавт., 2010; Ермакова Е.И., 2014). Так само, як і мультидисциплінарний підхід, з огляду на поліморфізм етіології, патогенез патології, яка зумовлена клінічною особливістю патології. Проте при цьому в усіх випадках необхідним є зачленення урологів. Порушення уродинаміки становить передумову розвитку ускладнень і, передусім, гострого чи хронічного запального процесу в нирках, який сприяє порушенню функціонального стану органа з такими можливими тяжкими наслідками, як хронічна ниркова недостатність, що не лише відображається на якості життя, але й є безпосередньою загрозою для нього. Тактика лікування

НС, перш за все, має бути патогенетично обґрунтованою.

У більшості випадків НС нейрогенного характеру призначають консервативне лікування, спрямоване на пригнічення активності детрузора (М-холінолітики у стандартних і високих дозах, електrostимуляція, нейромодуляція). Консервативні заходи при стресовому НС передбачають поведінкову терапію, спрямовану на нормалізацію питного режиму, відмову від алкоголя та кофеїнмісних продуктів. Одночасно проводять нормалізацію функції кишечнику. Обов'язковим елементом консервативного лікування при НС є виконання вправ для м'язів тазового дна як самостійно, так і за допомогою спеціальної апаратури та обладнання, яке базується на принципі біологічного зворотного зв'язку з електrostимуляцією (Аполихина И.А. и соавт., 2010). Фармакотерапія стресового НС передбачає застосування селективних антигоністів мускаринових рецепторів (холіноблокаторів), трициклічних антидепресантів, зважаючи на їх подвійну дію (блокування зворотного захоплення серотоніну, що впливає на тонус сфинктера сечового мікура разом із холінолітичним впливом на детрузор). До популярних методів оперативного лікування НС у жінок відносять об'ємоутворальні агенти в ділянку внутрішнього сфинктера уретри, при тяжчому НС — установку вільної синтетичної петлі (слінгу) (Аполихина И.А. и соавт., 2010; Ермакова Е.И., 2014).

Пациєнти з НС потребують індивідуального підбору терапії, що базується на результатному обстеженні пацієнта, з урахуванням віку, типу та тяжкості захворювання. Найчастіше перевагу віддають комбінованій терапії (Brubaker L. et al., 2012).

Щорічно у 0,16–0,2% випадків пролапс органів малого таза проводять оперативні втручання. Протягом життя показання до такої операції виникають у 7–11% пацієнтів. Сьогодні існують дані, які підтверджують етнічні та расові відмінності в частоті розвитку НС та пролапсу органів малого таза (Kao T.C. et al., 2000; Patel V.R. et al., 2009; Аполихина И.А. и соавт., 2010).

Для правильного встановлення діагнозу і вибору найефективнішого методу лікування необхідно:

- підтвердити факт НС і його тип;
- оцінити анатомічний та функціональний стан тазового дна будь-якими доступними способами;
- виявити або спростувати зв'язок НС з дистопією тазових органів.

Вдалу класифікацію ступенів тяжкості цього стану, що до сьогодні активно застосовується, запропонував професор Д.В. Кан у 1978 р. (Балан В.Е., Гаджиева З.К., 2000):

- I ступінь — мінімальні втрати сечі лише при вираженому напруженні;
- II ступінь — НС при помірних навантаженнях (біг, фізичні вправи);
- III ступінь — втрати сечі при незначному навантаженні (ходьбі) або навіть у спокої. Диференціювати найпоширеніші види НС можна при комплексному підході, що включає як опитування, так і проведення функціональних проб. Проте найточнішим та інформативним методом є комплексне уродинамічне дослідження, в яке входять урофлоуметрія,

цистометрія, профілометрія, електроміографія (Жданова М.С., 2009). З уродинамічних досліджень особливе місце у виявленні причини НС займає профілометрія, проведення якої дозволяє виявити органічні та функціональні порушення, оцінити стан і протяжність сфинктера сечівника (Кан Д.В., 1986). Однак визначити вектор діагностичного пошуку можна лише за допомогою опитування. Тому у 2006 р. групою дослідників із Великобританії під керівництвом професора Поля Абрамса (Paul Abrams) у рамках роботи Міжнародного консультаційного фонду запропоновано коротку анкету для пацієнтів із НС (Аполихина И.А. и соавт., 2010).

При всій важливості точної диференційної діагностики як результату комплексного підходу до встановлення не лише причини патогенезу, але й ступеня тяжкості, найскладнішим виглядає питання лікування. По-перше, ефективність будь-якого з лікувальних підходів залежить від його тривалості та максимальних зусилля безпосередньо пацієнта. По-друге, із розвитком науки, фармакологічної продукції з'являються нові можливості як консервативного, так і хірургічного лікування. Необхідно відзначити, що досі перевагу надають консервативним методам, що певним чином пов'язане не лише з технічними труднощами оперативних підходів, але й частими рецидивами патології.

Сьогодні розроблено понад 200 хірургічних методик лікування при НС. Однією з основних є введення під місцевим знеболенням гелю в простір близько сечовипускального канала. При цьому штучно створюється додаткова опора стінок сечівника. Однак після зазначеного виду лікування залишається висока ймовірність рецидиву. Це одним методом лікування, що використовують у клінічній практиці, є операція — уретроцистоцервікопексія, при якій змінюють лобково-міхурові зв'язки, які утримують у нормальному положенні сечівник і шийку сечового мікура (Kao T.C. et al., 2000).

Останнім часом ефективними вважають так звані слінгові (петлеві) операції. Існує безліч їх варіантів, ефект від яких реалізується створенням надійної додаткової опори сечового мікура шляхом розміщення під його середньою частиною петлі. Вона може бути виготовлена з різного матеріалу: із власної шкіри пацієнта, взятої з малої статевої губи, або внутрішньої поверхні стегна, тканинного шматка, взятоого з передньої стінки піхви, або апоневрозу прямого м'яза живота (Д'Аміко Э.В., Рич Дж.П. (ред.), 2011).

Протипоказань для операції практично немає, якщо загальний стан пацієнтки дозволяє перенести хірургічне втручання. Обмеження у виборі оперативного лікування пов'язане зі значою часткою рецидивів, можливим розвитком нових видів розладів сечовипускання, а також індивідуальною реакцією організму на синтетичний матеріал. Проте у клініках, де накопичено досвід подібних операцій, зазначені ускладнення в сукупності не перевищують 2–3% (Радзинський В.Е. (ред.), 2010).

За кордоном давно налагоджена система кваліфікованої допомоги зазначеному контингенту. Функціонують кабінети, які займаються навчанням і реабілітацією хворих,

у центрах надають необхідну лікувальну (хірургічну, консервативну) допомогу. При такому підході забезпечується максимально позитивний результат.

Отже, НС — це хвороба, а не нормальні явище зміни жіночого організму, вона ніколи не усувається самостійно. Із прогресуванням проблема приходить до поступового погіршення якості життя, а іноді — до повної ізоляції хворого. Саме тому важливо знати, що НС можна вилікувати. Жінки мають усвідомити, що не слід уникати існуючої проблеми, адже запорукою успіху є раннє звернення до лікаря і чітке дотримання наданих призначень та рекомендацій. З метою подолання проблем, пов'язаних із особливостями менталітету, необхідно створити і наполегливо впроваджувати широкомасштабну просвітницьку програму, в якій мають бути задіяні усі засоби масової інформації. Міждисциплінарність проблеми потребує застачення лікарів різних спеціальностей з метою донесення необхідної інформації.

Мета роботи — визначення і демонстрація зв'язку ефекту комплексного лікування, який був однаковим в усіх випадках, від раннього звернення та чіткого дотримання призначень.

Об'єкт і методи дослідження

Досвід надання допомоги жінкам із НС фахівців ДУ «Інститут урології НАМН України» налічує понад 30 років. За цей час відбулися зміни у тактиці лікування та можливостях надання медичної допомоги. У поточне дослідження включили 172 пацієнтки із зазначеною патологією, які проходили лікування в лабораторії нейроурології Інституту в період 2013–2016 рр., в усіх випадках пацієнткам проводили уродинамічне обстеження.

Консервативне лікування включало три основні визнані стандартними складові, які відрізняються вибраними фармакологічними препаратами, а також видом стимуляції. Лікування передбачало медикаментозну терапію, тренування м'язів тазового дна за допомогою зворотного біологічного зв'язку, до якого додавали електричну стимуляцію як один із фізіотерапевтичних методів. На основі індивідуального підбору доз та режимів проводили симптоматичну терапію, спрямовану на усунення провідних симптомів, зниження активності м'язів сечового міхура зі збільшенням його об'єму для нормалізації добового профілю сечовипускання, а також покращення психосоматичного стану. Електростимуляцію м'язів тазового дна здійснювали за схемою відповідно до стандартів лікування.

Пацієнток розподілили на дві групи: до 1-ї групи увійшли 52 пацієнтки, в яких НС спостерігали протягом останніх 6 міс, до 2-ї — 120 жінок із тривалістю захворювання понад 2 роки. Групи суттєво не відрізнялися за віковим складом і тяжкістю НС. Тривалість лікування становила 3 міс. Попередні результати оцінювали через 6–12 міс. Оцінку проводили з урахуванням суб'єктивного погляду на динаміку якості життя самого пацієнта після проведеного лікування. Анкетування проводили з використанням опитувальника для медичного вивчення результатів огляду

здоров'я за допомогою 36 питань (RAND Medical Outcomes Study 36-Item Health Survey SF-36).

Результати та їх обговорення

Саме лікування із залученням поведінкових підходів надзвичайнозалежало від медичного комплаенсу пацієнтки і водночас значно сприяло покращенню очікуваних результатів.

Доведено, що достовірна різниця в показниках за результатами порівняльного аналізу досягнута через 1,5 року після завершення одного курсу лікування. Зміни проявилися покращенням загального стану здоров'я на 57,4%, суттєвих позитивних змін психологічного (на 42,4%) та фізичного (на 36,8%) його компонентів. Зазначену категорію жінок розподілили на дві групи: тих, хто дотримувалася і не дотримувалася призначень (31 (18%) та 141 (82%) відповідно). Представниці 2-ї групи відмовилися від будь-яких рекомендованих застережень із приводу НС: виконання вправ щодо укріглення м'язів тазового дна з певною частотою і тривалістю. При тому, що цінність методу корелює з наполегливістю при скороченні м'язів під власним контролем впродовж подальшого періоду життя. Тобто переважна більшість пацієнток не співпрацювали із фахівцями у зв'язку з різними причинами. Прогнозованими стали й результати лікування. Їх аналізували через 1,5 року після завершення курсу, і на цей час різниця в показниках була на межі достовірності. Найбільш показовою вона була у сфері соціального функціонування та активності життєвої позиції.

Висновок

У лікуванні пацієнток із НС важливими є організаційні аспекти, які суттєво впливають на результат терапії і мають бути враховані при розробленні та проведенні серйозної масштабної комплексної програми інформування населення із всебічними проблемними питань НС у жінок. Програма певною мірою стане гарантам змін у менталітеті суспільства, що сприятиме позитивній динаміці показників здоров'я жінок і якості їхнього життя.

Список використаної літератури

Аполихина І.А., Ибинаева И.С., Кирбасова Н.П. и др. (2010) Технология разработки моделей женщин с различными типами недержания мочи. Материалы IV Международного конгресса по репродуктивной медицине. Проблемы репродукции, спец. выпуск. Москва 167 с.

Балан В.Е., Гаджиева З.К. (2000) Нарушені мочеиспускания в климактерии и принципы их лечения. РМЖ (Русский медицинский журнал), 7(8): 284–287.

Д'Аміко Э.В., Рич Дж.П. (ред.) (2011) Онкоурология. БИНОМ, Москва, 896 с.

Ермакова Е.И. (2014) Урогенитальные нарушения у женщин в климактерии: оптимизация методов лечения. Лечящий врач, 3 (<http://www.mtach.ru/2014/03/15435920/>).

Жданова М.С. (2009) Пролапс геніталій у жінок з дисплазією соединительної ткани, тактика ведення: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01. Москва 25 с.

Кан Д.В. (1986) Руководство по акушерской и гинекологической урологии. 2-е изд. Медицина, Москва, 488 с.

Радзинський В.Е. (ред.) (2010) Перинеологія: кол. монографія. 2-е изд., испр. и доп. РУДН, Москва, 372 с.

Abrams P. (2003) Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. Urology, 62(5 Suppl. 2): 28–37.

Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. (eds.) (2004) Incontinence: management. In 3rd International Consultation on Incontinence. 1252 р.

Brubaker L., Richter H.E., Norton P.A. et al.; Urinary Incontinence Treatment Network (2012) 5-year continence rates, satisfaction and adverse events of burch urethropexy and fascial sling surgery for urinary incontinence. J. Urol., 187(4): 1324–1330.

Herschorn S., Thuroff J., Bruschini H. et al. (2005) Surgical treatment of urinary incontinence in men. In: Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. (eds.). Incontinence: Third International Consultation. Paris: Health Publications Ltd, p. 1241–1296.

Iosif C.S., Bekassy Z. (1984) Prevalence of genito-urinary symptoms in the late menopause. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 63(3): 257–260.

Kao T.C., Crueess D.F., Garner D. et al. (2000) Multicenter patient self-reporting questionnaire on impotence, incontinence and stricture after radical prostatectomy. J. Urol., 163(3): 858–864.

Patel V.R., Coelho R.F., Palmer K.J., Rocca B. (2009) Perirethral suspension stitch during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: description of the technique and continence outcomes. Eur. Urol., 56(3): 472–478.

Комплексное лечение при недержании мочи у женщин (собственный опыт)

А.И. Яцына

Резюме. Статья посвящена комплексному исследованию недержания мочи у женщин. В работе выделены и описаны особенности патологии. Целью работы стал анализ проблемы, ее видов, способов лечения. Исследованы характерные признаки, ключевые этапы недержания мочи и невозможности контролировать выделение.

Ключевые слова: недержание мочи, классификация, динамика развития, качество жизни.

Comprehensive treatment of urinary incontinence in women (own experience)

O.I. Yatsyna

Summary. The article is devoted to the complex research of urinary incontinence in women. The features of pathology are identified and described in the study. The aim of the work was the analysis of the problem, its types, methods of treatment. The characteristics, the key stages of urinary incontinence and inability to control the selection were studied.

Key words: urinary incontinence, classification, the dynamics of development, quality of life.

Адреса для листування:

Яцина Олександр Іванович
04053, Київ, вул. Ю. Коцюбинського, 9 А
ДУ «Інститут урології НАМН України»

E-mail: yatsyn a@gmail.com

Одержано 28.07.2016