

А.С. КНЯЗЮК, Н.Г. ШЕБУШЕВ, С.Н. ЛИТВИНЕНКО, И.В. ЧИПУРА

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ПРИ НАПРЯЖЕНИИ У ЖЕНЩИН

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

Недержание мочи при напряжении у женщин представляет серьезную медико-социальную проблему и нарушает качество жизни больных. Многие женщины не обращаются за помощью к врачу, а потому долгие годы страдают от данного заболевания. Кроме гигиенических неудобств женщины испытывают эмоциональную подавленность и психологическое напряжение вплоть до депрессии. Снижается социальная адаптация женщин. Только 4% женщин с данной патологией обращаются за помощью к специалистам. По статистике этим недугом страдает до 40% женщин старше 40 лет.

В статье представлен обзор литературы по данной проблеме (причины заболевания, клинические признаки, методы диагностики, имеющиеся в литературе методы консервативного и оперативного лечения), результаты исследования больных за интервал 8 лет (с 1998г по 2005г, 105 случаев заболевания), в ходе которого проведена оценка проводимого ранее лечения данной патологии, проанализирована зависимость результатов лечения от длительности заболевания, от соблюдения режима, возраста больных. Проведена оценка отдаленных результатов проводимого лечения.

Ключевые слова: недержание мочи.

Urine incontinence in women during straining is a serious medico-social problem that disturbs greatly the quality of a patient's life. Many women do not apply for a medical help and therefore have been suffering from this disorder for years. These women experience not only hygienic inconveniences but also they feel emotionally disturbed up to depression. Social adaptation is also reduced. Only 4% of women with such problems apply for a medical help. According to statistics up to 40% of women over 40 are suffering from this ailment.

In this article the literature review on this problem (causes, symptoms, diagnostic methods, conservative and surgical treatment) is presented as well as the results of 8 year-long observations (from 1998 till 2005, 105 cases), which permitted to evaluate the methods of treatment, which were used, correlation between the results of treatment and duration of this disease, regimen observance, patient's age. The long-term estimation of the treatment results was also performed.

Key words: urine incontinence.

Недержание мочи при напряжении у женщин является актуальной проблемой современной медицины. Заболеваемость составляет 25% у женщин в возрасте до 45 лет и 74% в возрасте 65 лет и старше. Требуется дальнейшее изучение данной проблемы в связи с многообразием и неоднозначностью литературных данных по данной проблеме.

Цель исследования: системный анализ данной проблемы с оценкой отдаленных результатов лечения.

Недержание мочи при напряжении проявляется непроизвольным выделением мочи из уретры во время напряжения [1].

Этиология

Недержание мочи наступает в результате нарушения функции сфинктеров мо-

чевого пузыря. Чаще болеют рожавшие женщины. Заболевание прогрессирует под влиянием физических нагрузок и гормональных нарушений. Недержание мочи встречается и у нерожавших женщин, и даже не живших половой жизнью. В анамнезе у них не было ни заболеваний, ни физических нагрузок. Патология связана с врожденной неполноценностью тканей тазового дна. Причиной недержания мочи являются также различные операции на женских половых органах. Заболевание часто наступает в климактерическом периоде, что связано с резким уменьшением уровня эстрогенов, тонизирующих гладкие мышечные волокна [2,7].

Предрасполагающими факторами недержания мочи являются повышенная масса тела, использование диуретиков, запоры, опущения тазовых органов, патологические изменения кривизны позвоночника, особенно поясничный лордоз, сахарный диабет, наличие данной патологии у родственников, длительное систематическое курение, употребление кофеинсодержащих напитков, инфекции мочевых путей [3,8].

Патогенез

Недержание мочи наступает при потере анатомической конфигурации пузырно-уретрального угла. Шейка мочевого пузыря смещается в точку максимального гидростатического давления. Уретра дилатируется и утрачивает способность плотно прижиматься к пузырно-влагалищной перегородке [4].

Также возможно нарушение мышечных волокон сфинктеров мочевого пузыря вследствие рубцовых изменений после травм или врожденных аномалий мышц тазового дна.

Клиника

Основной жалобой является непроизвольное истечение мочи при напряжении. В то же время сохранено произвольное мочеиспускание. Различают три степени недержания мочи:

- легкая степень – непроизвольное выделение мочи только при сильном кашле, быстрой ходьбе, потеря мочи несколько миллилитров;

- средняя степень – потеря мочи при спокойной ходьбе, легкой физической нагрузке;

- тяжелая степень – больные полностью или почти полностью теряют мочу.

Нередко у больных после мочеиспускания остается ощущение неполного опорожнения пузыря. Это заболевание приносит больному моральные страдания. Постоянный запах разлагающейся мочи, сопутствующие заболевания кожных покровов наружных половых органов отражаются на психике больного [3,5].

Диагностика

Основные методы диагностики – эндоскопические и рентгенологические исследования. При выяснении анамнеза уточняют время начала заболевания, исключают пороки мочевой системы. Проводят гинекологическое исследование с выполнением функциональных проб, заполняют дневник мочеиспускания, исследуют осадок мочи для исключения микрофлоры. При гинекологическом исследовании проводят пробу Вальсальвы: наполнив мочевой пузырь жидкостью, наблюдают за выделением её во время натуживания. О положительном симптоме говорят, если во время напряжения моча выделяется из уретры. Кашлевая проба: пациентке с полным мочевым пузырем (150-200мл) в положении на гинекологическом кресле предлагают покашлять. Проба положительна при подтекании мочи при кашле. Была доказана связь положительного кашлевого теста с несостоятельностью внутреннего сфинктера уретры.

Проводят тест элевации шейки мочевого пузыря: во влагалище вводят указательный палец и на уровне мочевого пузыря треугольника сгибают концевую фа-

лангу – восстанавливают мочепузырный угол и ось мочевого пузыря, а потом деликатно предлагают больной покашлять. Тест положительный, если моча при кашле не выделяется из уретры. Затем определяют состояние мышцы, поднимающей задний проход и сфинктера прямой кишки [3,6].

Проводят исследование анатомо-функционального состояния почек и мочеточников. При цистоскопии характерных изменений установить не удается. Широко применяются рентгеновские методы. Изменяются размеры и форма уретры (принимает горизонтальную или S-образную форму). Измерение длины уретры проводят градуированным катетером Фолея в вертикальном и горизонтальном положении. Проводят комбинированное уродинамическое исследование (сфинктерометрия, урофлоуетрия).

Консервативное лечение

Фармакотерапия. Наибольшее распространение получили препараты с м-холинотической активностью – оксибутирин, толтеродин, троспиум хлорид. Гормональная терапия эстрогенами применяется при дефиците этого гормона у женщин в перименопаузальном периоде.

Тренировка мышц тазового дна. Направлена на восстановление тонуса мышц тазового дна и передней брюшной стенки, на коррекцию замыкательной функции сфинктера и восстановление физиологических фаз наполнения и опорожнения мочевого пузыря, что способствует улучшению кровообращения в органах малого таза и нормализации психо-эмоционального статуса пациента [2,7].

Влагалищные конусы. Этот метод показан при лёгкой степени недержания мочи и часто позволяет избежать оперативного вмешательства.

Электростимуляция. Выполняют функциональную электростимуляцию мышц та-

зового дна влагалищными электродами три раза в неделю в течение одного месяца.

Уретральные тампоны. Положительный эффект тампонирования достигается у 40% больных, остальные отказались продолжать его применение из-за технических трудностей, раздражения, инфицирования слизистой, возникновения болевых ощущений в области мочеиспускательного канала.

Плазмолифтинг (гемологическое армирование тканей). Метод основан на использовании эффекта богатой тромбоцитами плазмы, которую вводят в зону лечения. Введение препарата ускоряет пролиферацию стволовых клеток и направлено на регенерацию и ревитализацию собственных резервных механизмов омоложения и восстановления эластичности ткани.

На передней стенке влагалища находится так называемая точка G, являющаяся не только одной из важнейших эрогенных зон, но и областью, ответственной за удержание мочи. Введение богатой тромбоцитами плазмы в пространство между стенкой влагалища и уретрой в области точки G позволяет уменьшить объем влагалища и фиксировать уретру. Половая жизнь возможна через две-три недели после введения плазмы. Данная методика абсолютно безопасна, так как используется собственная плазма пациентки, и может быть неоднократно повторена.

Первый эффект улучшения тургора передней стенки влагалища наблюдается через три недели. Полное удержание мочи возможно после применения полного курса. Для поддерживающего эффекта рекомендуется два-три курса в год.

Оперативные методы лечения

Оперативное лечение показано больным, страдающим средней и главным образом тяжелой степенью недержания мочи, которым безуспешно проведена консервативная терапия.

Предложен ряд операций, которые можно разделить на следующие группы:

1) операции, восстанавливающие нормальную пузырно-уретральную анатомию чрезвлагалищным доступом;

2) различные варианты позадилобковой уретропексии;

3) операции, корригирующие пузырно-уретральную анатомию и фиксирующие мышечно-связочный аппарат комбинированным доступом;

4) различные модификации так называемых слинговых (петлевых) операций [3,6].

Предоперационная подготовка

Операции предшествует комплексное урологическое, гинекологическое и неврологическое исследование, а также тщательная подготовка мочеполовых органов. Применяют лабораторные, эндоскопические и рентгенологические методы исследования.

Ведение раннего

послеоперационного периода

Послеоперационный период обычно протекает легко. Катетер удаляют на 4-5-е сутки. Одновременно назначают тонизирующие и антибактериальные препараты. Все это время больные соблюдают постельный режим. Питание ограничивают.

Ведение позднего

послеоперационного периода

Ограничение физических нагрузок в течение 2 месяцев (подъем тяжестей не более 2 кг).

Профилактика

Правильное ведение родов.

Гимнастические упражнения во время беременности и после родов.

Своевременное устранение последствий послеродовых разрывов.

Собственные результаты

На базе ЛПУ «ОКБ на станции Гомель» с диагнозом недержание мочи при напряжении за 8 лет (1998-2005гг.) пролечено 105 женщин. Из них 60 женщинам (57,1%) проведено оперативное лечение (перегиб шейки мочевого пузыря по Мазуреку) и 45 боль-

ных (42,9%) получали консервативное лечение (противовоспалительное лечение, антибиотики, электростимуляция мочевого пузыря).

Из 105 женщин у 81 больной (77,1%) в анамнезе имелись указания на тяжелый физический труд, у 73 женщин (69,5%) были тяжелые травматичные роды, 29 женщин (27,7%) перенесли операции на органах малого таза.

С целью анализа отдаленных результатов лечения было обследовано путем опроса, заполнения дневников мочеиспускания, проведения цистоскопии с выполнением функциональных проб 92 женщины (87,62%), находившихся ранее на лечении в стационаре по поводу данной патологии. Из них 75 больных (81,51%) перенесли операцию, а 17 больных (18,75%) получали консервативное лечение.

Анализ результатов оперативного лечения

Для оценки эффективности оперативного лечения анализировались следующие показатели:

- зависимость заболеваемости и эффекта лечения от возраста больных;
- зависимость эффекта лечения от длительности заболевания;
- зависимость эффекта лечения от соблюдения послеоперационного режима.

Из 75 больных, перенесших оперативное лечение, 45 женщин (60%) отмечают полное излечение, 19 женщин (25,33%) отмечают улучшение своего состояния, и у 11 женщин (14,67%) не удалось добиться какого-либо положительного результата.

При соблюдении послеоперационного режима процент излеченных больных и больных с положительным результатом гораздо выше, чем при несоблюдении режима (таблица 1).

Лучшие результаты операции наблюдаются при более раннем обращении больных (таблица 2).

Таблица 1

**Зависимость эффекта оперативного лечения
от соблюдения больными послеоперационного режима**

Излечение		Улучшение		Без результата	
Режим со- блюдался	Режим не соблюдался	Режим со- блюдался	Режим не соблюдался	Режим со- блюдался	Режим не соблюдался
37 (49,33%)	8 (10,67%)	10 (13,33%)	9 (12%)	3 (4%)	8 (10,67%)

Таблица 2

Зависимость эффекта оперативного лечения от длительности заболевания

	До 1года	1-5лет	5-10лет	Более 10лет
Излечение	23 (30,67%)	14 (18,67%)	6 (8%)	2 (2,67%)
Улучшение	2 (2,67%)	6 (8%)	7 (9,33%)	4 (5,33%)
Без результата	0	2 (2,67%)	3 (4%)	6 (8%)

Таблица 3

Зависимость эффекта оперативного лечения от возраста больных

Возраст	До 35 лет	36-45 лет	46-65 лет	Более 65 лет
Излечение	13 (17,33%)	21 (28%)	9 (12%)	2 (2,67%)
Улучшение	0	6 (8%)	7 (9,33%)	6 (8%)
Без результата	0	1 (1,33%)	5 (6,67%)	5 (6,67%)

Таблица 4

**Зависимость эффекта консервативного лечения
от длительности заболевания**

	До 1года	1-5лет	5-10лет	Более 10лет
Излечение	2 (2,67%)	1 (1,33%)	0	0
Улучшение	1 (1,33%)	2 (2,67%)	4 (5,33%)	1 (1,33%)
Без результата	0	0	1 (1,33%)	5 (6,67%)

Таблица 5

Зависимость эффекта консервативного лечения от возраста больных

Возраст	До 35 лет	36-45лет	46-65 лет	Более 65 лет
Излечение	2 (2,67%)	1 (1,33%)	0	0
Улучшение	1 (1,33%)	3 (4%)	2 (2,67%)	2 (2,67%)
Без результата	0	1 (1,33%)	(1,33%)1	4 (5,33%)

У молодых женщин лучшие результаты оперативного лечения и реже наблюдается рецидив заболевания чем у пациенток в более старшем возрасте (таблица 3).

Анализ результатов консервативного лечения

Для оценки эффективности консервативного лечения анализировались следующие показатели:

- зависимость заболеваемости и эффекта лечения от возраста больных;
- зависимость эффекта лечения от длительности заболевания.

Из 17 больных, получавших консервативное лечение, 3 больных (4%) отмечают полное излечение, 8 больных (10,67%) отмечают улучшение состояния, у 6 больных (8%) нет положительного эффекта.

Лучшие результаты лечения наблюдаются при более раннем обращении больных (таблица 4).

У молодых женщин лучшие результаты консервативного лечения и реже наблюдается рецидив заболевания, чем у пациенток в более старшем возрасте (таблица 5).

Выводы

1. Лечение недержания мочи при напряжении необходимо начинать при появлении первых признаков заболевания.
2. Необходимо активное выявление данных больных как урологами, так и гинекологами (особенно в возрасте после 45 лет).
3. При неэффективности консервативного лечения необходимо решать вопрос об

оперативном лечении.

4. После проведенного оперативного лечения необходимо соблюдение послеоперационного режима.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савченко, Н. Е. Урология для семейного врача / Н. Е. Савченко. – Мн., 1991. – С. 93-97.
2. Карпенко, В. С. Амбулаторная урология / В. С. Карпенко, Ю. А. Абрамов, Н. Ф. Кривошей. – К., 1980. – С. 21-22.
3. Канн, Д. В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д. В. Канн. – М., 1986. – С. 382-439.
4. Пушкарь, Д. Ю. Диагностика и лечение сложных форм недержания мочи у женщин / Д. Ю. Пушкарь // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 3-7.
5. Буянова, С. Н. Диагностика и лечение недержания мочи у женщин / С. Н. Буянова, В. Д. Петрова, М. А. Чечнева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2002. – № 4. – С. 52-61.
6. Пушкарь, Д. Ю. Оперативное лечение сложных форм недержания мочи / Д. Ю. Пушкарь // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 23-25.
7. Аполихина, И. А. Современные принципы консервативного лечения недержания мочи у женщин / И. А. Аполихина, В. В. Ромих, В. М. Андинян // Урология. – 2005. – № 5. – С. 72-75.
8. Аполихина, И. А. Акушерско-гинекологические факторы риска недержания мочи / И. А. Аполихина, В. В. Ромих // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 5. – С. 7-10.

Поступила 10.05.2007 г.