

¹ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова

² Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии

Тактика ведения пациенток со смешанным недержанием мочи

Е.И. Ермакова¹, В.Е. Балан², Ж.С. Амирова¹

Адрес для переписки: Елена Ивановна Ермакова, ermakova.health@mail.ru

Представлены результаты исследования, которые подтвердили необходимость лечения больных со смешанной формой недержания мочи в два этапа. Первый этап – консервативная терапия, направленная на купирование urgentных симптомов, второй этап – антистрессовая операция. Двухэтапное лечение позволяет предотвратить нарастание симптомов urgencyности в послеоперационном периоде у женщин со смешанной формой недержания мочи и достичь полного клинического эффекта.

Ключевые слова: стрессовое недержание мочи, urgentное недержание мочи, смешанная форма недержания мочи

Введение

Недержание мочи в настоящее время остается одной из актуальных проблем урогинекологии. В. Monz и соавт., изучив данные эпидемиологических европейских исследований, сообщили, что недержание мочи отмечают 21,5% женщин в возрасте от 30 до 60 лет и 44% в возрасте старше 60 лет [1]. Международным обществом по проблемам недержания мочи

(International Continence Society) данное заболевание определяется как «непроизвольное выделение мочи, являющееся социальной или гигиенической проблемой при наличии объективных проявлений неконтролируемого мочеиспускания» [1]. На сегодняшний день выделяют три основные формы заболевания: стрессовое, urgentное (императивное) и смешанное недержание мочи.

Стрессовое недержание мочи характеризуется непроизвольными потерями мочи, связанными с повышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным в отсутствие сокращений детрузора, то есть при физической нагрузке: кашле, чихании, смехе. Для urgentного недержания мочи типично наличие императивных позывов к мочеиспусканию и связанных с ними непроизвольных потерь мочи [2, 3].

Наиболее трудное для диагностики и лечения смешанное недержание мочи встречается примерно у 34% женщин в возрасте от 30 до 70 лет, причем частота заболевания увеличивается с возрастом [4, 5]. При смешанном недержании мочи в различных сочетаниях и с различной степенью выраженности наблюдаются симптомы стрессового и urgentного недержания мочи (рисунок) [6].

Наиболее значимыми факторами риска развития смешанного недержания мочи у женщин разные авторы называют беременность



и роды (особенно травматичные), наследственность (признаки дисплазии соединительной ткани), различную неврологическую патологию (ишемию головного мозга, инсульт, рассеянный склероз, паркинсонизм, травмы, опухоли, кисты головного и спинного мозга), хронические циститы, уретриты, различные гинекологические и эндоуретральные операции в анамнезе, эстрогенную недостаточность, сахарный диабет, ожирение [7–10].

Основной метод диагностики недержания мочи – комплексное уродинамическое исследование, которое при помощи ряда тестов позволяет определить нарушения функций мочевого пузыря, сфинктерной системы и мочевыводящих путей и выбрать метод лечения [11]. Уродинамическими критериями для смешанной формы недержания мочи являются:

- повышение чувствительности уротелия;
- некоординированные колебания детрузорного давления (более 10–15 см вод. ст.);
- снижение функционального и максимального цистометрического объема мочевого пузыря;
- снижение показателей максимального внутриуретрального давления на 30% и более.

В настоящее время развитие компьютерных технологий предоставляет новые возможности в ультразвуковом исследовании нижних мочевых путей. Одним из перспективных направлений является трехмерная эхография. При

трехмерной реконструкции оцениваются объем, толщина стенок в разных отделах мочевого пузыря, состояние слизистой оболочки мочевого тракта, состояние внутреннего сфинктера уретры, наличие или отсутствие гипермобильности уретры, а также определяется кровоток в области шейки мочевого пузыря и уретры [12].

Среди методов лечения смешанного недержания мочи выделяют:

- 1) консервативную терапию, направленную на устранение императивных нарушений мочеиспускания:

- медикаментозное лечение;
- тренировка мышц тазового дна с помощью метода биологической обратной связи;
- физиолечение (электрическая стимуляция мышц тазового дна с помощью ректальных, влагалищных, уретральных датчиков) [3, 13];

- 2) коррекцию стрессового недержания мочи с помощью хирургического вмешательства.

Большое значение в лечении императивных нарушений мочеиспускания имеет выбор селективного модулятора негормональных рецепторов мочевого тракта, который необходимо делать на основании результатов комплексного уродинамического исследования. Для лечения данной патологии используются антагонисты мускариновых рецепторов и альфа-адреноблокаторы. Антагонисты мускариновых рецепторов (оксибутинин хлорид, толтеродин, тропсия хлорид, солифенацин)

снижают тонус гладкой мускулатуры мочевого пузыря (детрузора) как за счет антихолинергического эффекта, так и вследствие прямого миотропного антиспастического влияния [14]. Блокада альфа-1-адренорецепторов сопровождается стереотипной реакцией детрузора, которая выражается в его расслаблении в фазу наполнения, увеличении резервуарной функции мочевого пузыря. Кроме того, препараты этой группы улучшают кровоснабжение органов малого таза, воздействуя на патогенетическую цепь, связанную с развитием ишемии мочевого пузыря, в самом начале – на уровне адренорецепторов [15].

Для хирургической коррекции стрессового недержания мочи применяются различные методики. Выбор того или иного метода должен осуществляться с учетом типа и степени тяжести недержания мочи при напряжении, а также с учетом наличия и степени цистоцеле [16]. Наиболее распространены при I и II типах стрессового недержания мочи различные варианты уретроцистоцервикопексий; при III типе показано парауретральное введение объемообразующих средств (при легкой, среднетяжелой форме стресс-инконтиненции), слинговые операции (при тяжелой форме заболевания) [2, 16]. Современные подвешивающие операции, по данным разных авторов, эффективны в 70–80% случаев, слинговые операции – несколько чаще (80–90%) [17, 18].

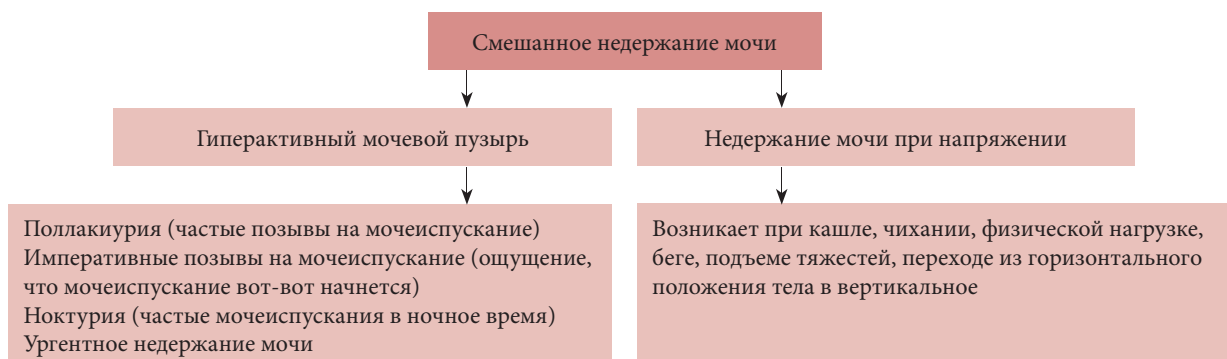


Рисунок. Смешанное недержание мочи

Вопрос этапности в лечении больных со смешанной инконтиненцией по-прежнему вызывает много споров. Некоторые авторы считают обоснованным оперативное лечение недержания мочи при напряжении при наличии гиперактивности детрузора [19]. Однако по мнению других исследователей и на наш взгляд, хирургическая коррекция недержания мочи при напряжении противопоказана при императивных нарушениях мочеиспускания, поскольку после проведения антистрессовых операций возможно усугубление императивных нарушений мочеиспускания и переход их в более тяжелую форму [20, 21].

Цель исследования

Оптимизировать тактику ведения пациенток со смешанной формой недержания мочи.

Материал и методы исследования

За период с 2006 по 2012 г. в отделении гинекологической эндокринологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова пролечено 220 пациенток со смешанной формой недержания мочи в возрасте от 36 до 68 лет (средний возраст 52 года). Женщины были разделены на две группы. Первая группа (n = 120) получала лечение по двухэтапной системе: консервативная терапия императивного недержания мочи в течение одного – трех месяцев, затем антистрессовая операция. Комбинированное лечение включало медикаментозную терапию (заместительная гормональная терапия по показаниям, солифенацин в дозе 5–10 мг/сут), тренировку мышц тазового дна с помощью метода биологической обратной связи. Во второй группе (n = 100) антистрессовая операция проводилась без предварительной коррекции императивных нарушений мочеиспускания.

Антистрессовая операция пациенткам первой группы выполнялась при достижении суточного ритма мочеиспусканий шесть – восемь раз в сутки, а также при

Среди методов лечения смешанного недержания мочи выделяют консервативную терапию, направленную на устранение императивных нарушений мочеиспускания (прием лекарственных средств, тренировка мышц тазового дна, физиолечение) и коррекцию стрессового недержания мочи с помощью хирургического вмешательства

отсутствию у них по данным уродинамических исследований некоординированных колебаний детрузорного давления (более 15 см вод. ст.) и при увеличении физиологического и максимального цистометрического объема мочевого пузыря.

Перед началом лечения все пациентки прошли анкетирование, комплексное уродинамическое исследование, а также ультразвуковое исследование с применением трехмерной реконструкции изображения. По результатам уродинамического исследования определялось снижение функционального и максимального цистометрического объема, а у 57,4% женщин в обеих группах отмечались признаки нестабильности детрузора, у остальных – подпороговые колебания детрузорного давления. Кроме того, у всех пациенток отмечались уродинамические признаки стрессового недержания мочи разной степени выраженности. По данным трехмерной эхографии у 87,2% были снижены объемные показатели парауретрального кровотока, что свидетельствовало о нарушении трофических процессов в этой области.

В качестве антистрессовых хирургических вмешательств у 76 пациенток первой группы и 54 пациенток второй группы применялись slingовые операции (TVT, TVT-О при тяжелой форме стрессового недержания мочи), а 44 пациенткам первой группы и 46 пациенткам второй группы с легкой и среднетяжелой формой стрессинконтиненции было выполнено парауретральное введение объемообразующих средств.

Результаты исследования

В послеоперационном периоде у 10 (8,3%) женщин первой группы отмечались императивные нарушения, которые быстро купировались назначением М-холинолитиков в течение одного – трех месяцев. Во второй группе у 53% женщин императивные нарушения мочеиспускания сохранились в той же степени, что и до оперативного лечения. У 45% женщин второй группы состояние ухудшилось: участились симптомы мочеиспускания, жалобы на императивное недержание мочи возникли у больных, до хирургического вмешательства не имевших данного симптома. Это потребовало применения М-холинолитиков, в некоторых случаях в сочетании с альфа-адреноблокаторами, в течение длительного времени (до шести – восьми месяцев) и повторных курсов тренировки мышц тазового дна с помощью метода обратной биологической связи, физиолечения. Однако у 7% женщин второй группы указанные методы оказались недостаточно эффективными и симптомы urgency сохранились.

Заключение

Смешанное недержание мочи на сегодняшний день остается самым трудоемким для диагностики и лечения. Учитывая данные многочисленных исследований и накопленный нами опыт, полагаем, что соблюдение этапности в лечении больных со смешанной формой недержания мочи является необходимым. Первый

этап – консервативная терапия, направленная на купирование urgentных симптомов, второй этап – антистрессовая операция с последующей консервативной терапией. Это позволит предотвратить нарастание симптомов ургентности в послеоперационном периоде у женщин со смешанной формой недержания мочи и достичь полного клинического эффекта. 📌

Литература

1. Monz B., Pons M.E., Hampel C. et al. Patient-reported impact of urinary incontinence: results from treatment seeking women in 14 European countries // *Maturitas*. 2005. Vol. 52. Suppl. 2. P. 24–34.
2. Cardozo L., Staskin D. *Textbook of female urology and urogynaecology*. 2nd ed. London: Taylor & Francis, 2005.
3. Кулаков В.И., Аполихина И.А. Недержание мочи у женщин: новые возможности в диагностике и лечении // *Гинекология*. 2004. Т. 4. № 3. С. 103–105.
4. Khullar V., Cardozo L., Dmochowski R. Mixed incontinence: current evidence and future perspectives // *Neurourol. Urodyn*. 2010. Vol. 29. № 4. P. 618–622.
5. Frick A.C., Huang A.J., van den Eeden S.K. et al. Mixed urinary incontinence: greater impact on quality of life // *J. Urol*. 2009. Vol. 182. № 2. P. 596–600.
6. Petros P.E. Mixed urinary incontinence: time to uncouple urgency from stress? // *Int. Urogynecol. J*. 2011. Vol. 22. № 8. P. 919–921.
7. Chaliha C., Khullar V. Urinary incontinence: epidemiology and aetiology // *Curr. Obst. Gynecol*. 2000. Vol. 10. № 2. P. 60–65.
8. Persoon J., Wolner-Hanssen P., Rydstroem H. Obstetrics risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study // *Obstet. Gynecol*. 2000. Vol. 96. № 3. P. 440–445.
9. Van der Vaart C.H., van der Bom J.G., de Leeuw J.R. et al. The contribution of hysterectomy to the occurrence of urge and stress urinary incontinence symptoms // *BJOG*. 2002. Vol. 109. № 2. P. 149–154.
10. Vecchioli-Scaldazza C., Morosetti C. Effect of aging on urinary incontinence in woman // *Arch. Ital. Urol. Androl*. 2010. Vol. 82. № 3. P. 167–171.
11. Fitzgerald M.P., Brubaker L. Urinary incontinence symptom scores and urodynamic diagnoses // *Neurourol. Urodyn*. 2002. Vol. 21. № 1. P. 30–35.
12. Краснопольский В.И., Титченко Л.И., Дуб Н.В. и др. Диагностические возможности трехмерной эхографии в определении нормальной анатомии мочевого пузыря // *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*. 2000. № 2. С. 66–69.
13. Dillon B., Zimmern P. Biofeedback for the treatment of stress urinary incontinence: a viable option for select patients // *Nephrourol. Mon*. 2012. Vol. 4. № 2. P. 421–422.
14. Brubaker L., Moalli P., Richter H.E. et al. Challenges in designing a pragmatic clinical trial: the mixed incontinence – medical or surgical approach (MIMOSA) trial experience // *Clin. Trials*. 2009. Vol. 6. № 4. P. 355–364.
15. Вишневецкий Е.Л., Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б. Урофлоуметрия. М.: Печатный город, 2004. С. 176–183; 183–208.
16. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Сашин Б.Е. и др. Современные методы хирургической коррекции недержания мочи // *Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней*. М., 2000. С. 592–621.
17. Славуцкая О.С. Результаты хирургического лечения недержания мочи при напряжении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.
18. Jain P., Jirschele K., Botros S.M. et al. Effectiveness of mid-urethral slings in mixed urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis // *Int. Urogynecol. J*. 2011. Vol. 22. № 8. P. 923–932.
19. Katsumi H.K., Rutman M.P. Can we predict if overactive bladder symptoms will resolve after sling surgery in women with mixed urinary incontinence? // *Curr. Urol. Rep*. 2010. Vol. 11. № 5. P. 328–337.
20. Kim T.W., Na W., Lee J.B. Are there risk factors for persistent urge urinary incontinence after the transobturator tape (TOT) procedure in mixed urinary incontinence? // *Korean J. Urol*. 2011. Vol. 52. № 6. P. 410–415.
21. Lee J.K., Dwyer P.L., Rosamilia A. et al. Persistence of urgency and urge urinary incontinence in women with mixed urinary symptoms after midurethral slings: a multivariate analysis // *BJOG*. 2011. Vol. 118. № 7. P. 798–805.

Clinical Management of Patients with Mixed Urinary Incontinence

Ye.I. Yermakova¹, V.Ye. Balan², Zh.S. Amirova¹

¹ Kulakov Federal Research Center for Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

² Moscow Regional Research Institute for Obstetrics and Gynecology

Contact person: Yelena Ivanovna Yermakova, ermakova.health@mail.ru

Here, we present study results that confirmed a need for a two-step treatment of patients with mixed urinary incontinence. First step includes conservative therapy aimed at relieving urgent symptoms; second step represents an anti-stress surgery. It lets to prevent aggravation of urge symptoms during postoperative period in women with mixed urinary incontinence and reach full clinical effect.

Key words: stress urinary incontinence, urge urinary incontinence, mixed urinary incontinence