

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ОБНОВЛЕННЫЕ ОБОБЩЕННЫЕ ДАННЫЕ ПО ПРОБЛЕМЕ

Недержание мочи является распространенной патологией, которое оказывает значительное влияние на качество жизни. С возрастом распространение недержания мочи прогрессивно растет и составляет 7%, 17%, 23% и 32% в возрастных группах 20-39 лет, 40-59 лет, 60-79 лет и старше 80 лет соответственно. Недержание может быть результатом дисфункции мочевого пузыря, дисфункции сфинктера или их сочетания. Целью данной обзорной статьи являлось отражение обновленных данных по проблеме в целом, ее диагностике и лечению.

Ключевые слова: недержание мочи

Актуальность. Согласно определениям многих авторов, недержание мочи (НМ) характеризуется как любая непроизвольная или аномальная потеря мочи. Недержание мочи является распространенной патологией, которое оказывает значительное влияние на качество жизни (QoL). Международное общество по удержанию (The International Continence Society) определяет НМ, как жалобу на любую непроизвольную утечку мочи, и которая является социальной или гигиенической проблемой [1].

Так, по расчетам Norton P. и соавторов, к 2018 году недержание мочи должно встречаться у 423 миллионов человек [2]. С возрастом распространение недержания мочи прогрессивно растет и составляет 7%, 17%, 23% и 32% в возрастных группах 20-39 лет, 40-59 лет, 60-79 лет и старше 80 лет соответственно [2]. Не стоит забывать и тот факт, что данные цифры являются предположительными, так как большинство женщин не сообщают о данной проблеме лечащим врачам [3].

Недержание мочи у пожилых людей становится все более актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. Причинами являются демографические тенденции и увеличение числа пациентов с хроническими заболеваниями, такими как диабет, болезнь Паркинсона и деменции (такие как болезнь Альцгеймера). Люди, страдающие недержанием мочи, несут огромное психологическое бремя, данная патология влияет на качество жизни людей (и может привести, например, к депрессии, падениям, социальной изоляции, госпитализации или госпитализации в дома престарелых) и даже смертности людей.

Существует несколько различных причин, которые лежат в основе симптома недержания. Простыми словами, недержание может быть результатом дисфункции мочевого пузыря, дисфункции сфинктера или их сочетания. Во многих крупных исследованиях, в которых сообщается о распространенности недержания у конкретных возрастных групп населения, не отмечаются типы или причины недержания. В большинстве исследований анкеты-опросники являются основным инструментом оценки наличия недержания. В этих исследованиях часто бывает трудно, если не невозможно определить причину недержания. Даже когда пациентов спрашивают о конкретных симптомах, необходимо полагаться на субъективную отчетность.

Достаточно часто недержание мочи происходит из-за недостаточного механизма сфинктера на выходе из мочевого пузыря. Диагноз подтверждается непроизвольной потерей мочи в результате пассивного увеличения внутрипузырного давления из-за физических стимулов, таких как кашель, чихание или напряжение мышц живота в отсутствие сокращений детрузора во время уродинамического исследования.

Потеря мочи при гиперактивном мочевом пузыре распространена у пожилых людей и характеризуется симптомами немедленного мочеиспускания. Предполагаемые причины такой нарушенной функции мочевого пузыря включают непроизвольные сокращения детрузора, которые опосредуются мускариновыми рецепторами, которые могут быть активированы даже во время фазы наполнения. Структурные изменения в мочевом пузыре с утратой эластичности детрузора вызваны коллагеновой реструктуризацией.

Также важно отметить, что диабет связан с повышенным риском развития недержания мочи. Распространенность диабета возросла в последние годы. Риск увеличивается в тандеме с количеством лет, на протяжении которых у пациента был диабет, а риск серьезных симптомов недержания почти в два раза выше, чем у пациентов без диабета 2 типа [4]. Уродинамические исследования у пожилых людей с диабетом типа 2 показали патологические данные у 79% мужчин и 59% женщин (снижение сенсорных рефлексов, гиперконтрактивность детрузора, остаточная моча, увеличение емкости мочевого пузыря) [5]. В дополнение к центральному и периферическому полинейропатическим изменениям в развитии недержания мочи возникают различные функциональные нарушения, связанные с диабетом:

1. Изменение сенсорного рефлекса вследствие полинейропатии;
2. Снижение подвижности вследствие диабетической стопы;
3. Нарушение зрения вследствие диабетической ретинопатии;
4. Изменения в потреблении жидкости из-за диабетической нефропатии.

Диагностические критерии. У большинства пожилых людей с недержанием, неинвазивная диагностическая оценка может быть использована для постановки диагноза, если подозреваются основные функциональные нарушения, и могут быть применены консервативные терапевтические подходы. На основе детальной истории болезни, дневника приема жидкости и мочеиспускания, который хранится в течение двух дней, клиническое обследование, общий анализ мочи (экспресс-тест) и измерение остаточной мочи после преднамеренного мочеиспускания можно оценить функцию мочевого пузыря.

Если описанная диагностическая оценка не дает убедительной оценки ситуации или если консервативное лечение не удалось, следует провести более обширные диагностические тесты, если это приемлемо для пациента и до тех пор, пока не ожидается положительный терапевтический подход. Урофлоуметрия с последующим измерением остаточной мочи позволяет сделать выводы об уровне патологии. Перинеальный сонографический и эндоскопический осмотр нижних мочевых путей и гинекологическое обследование у женщин составляют следующий шаг на диагностической лестнице. Уродинамическое обследование всегда необходимо, если оно может повлиять на лечение пациента, если первичное лечение оставалось неудачным или планируется хирургическое вмешательство.

Консервативное лечение. Физические упражнения важны для пожилых пациентов, в дополнение к медикаментозному лечению, которое учитывает риски и побочные эффекты. Кокрановский обзор 13 рандомизированных исследований, в том числе 714 женщин, исследовал ценность упражнений для укрепления мышц таза по сравнению с плацебо у женщин со стрессовым недержанием мочи. Вероятность восстановления удержания была увеличена в 17 раз в группе, выполняющей упражнения, причем увеличение было статистически значимым [6] (уровень доказательности 1A).

Эти терапевтические меры должны быть индивидуально адаптированы, принимая во внимание мобильность, мотивацию и когнитивную компетентность пациентов. Наибольшие успехи были достигнуты благодаря профессиональному уходу и терапевтическому обучению. Следует всегда учитывать сочетание лекарственной терапии и поведенческой терапии. Активные меры, такие как функциональные упражнения для тазового дна, поддерживаются пассивными процедурами, такими как электротерапия. Методы релаксации также могут помочь уменьшить urgency мочеиспускания. Магнитная стимуляция лечения может быть полезным дополнением к упражнениям для укрепления мышц тазового дна.

В Республике Казахстан доступны различные антихолинергические препараты для лечения недержания мочи или симптомов urgency мочеиспускания, чьи профили селективности отчасти отличаются. Данные invitro показали, что пропиверин, толтеродин, фезотеродин и хлорид троспия имеют четкое сродство ко всем типам мускариновых рецепторов. Дарифенацин и солифенацин относительно селективны для рецепторов М3. Все доступные вещества значительно эффективны против основных симптомов гиперактивного мочевого пузыря и недержания мочи (уровень доказательности 1А).

Решающим элементом в плане неврологических побочных эффектов, помимо прохождения гематоэнцефалического барьера, является относительное сродство антихолинергических препаратов к рецептору М1, в то время как блокирование рецепторов М3 в гладких мышцах детрузора является основным моментом для достижения клинической эффективности.

Не так давно получил лицензию на лечение стрессового недержания мочи антидепрессант Дулоксетин. Эффективность и переносимость дулоксетина при недержании подтверждена в 4 рандомизированных, плацебо-контролируемых, двойных слепых исследованиях, которые включали более 1900 пациентов[7] (уровень доказательности 2А). Ежедневное потребление дулоксетина (2×40 мг) значительно уменьшало количество эпизодов недержания, более чем на 50%. Механизм действия основан на стимуляции моторных нейронов пудендального нерва. Дулоксетин усиливает сократительную способность сфинктера, не нарушая скоординированную функцию мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Основным побочным эффектом была тошнота, которая затронула около 25% пациентов в исследовании. Повышение дозы с течением времени предназначено для противодействия тошноте. У пожилых пациентов дулоксетин назначается редко.

Хирургическое лечение. К данным методикам прибегают при неэффективности консервативных мер, либо при патологии сфинктера.

У мужчин трансуретральная резекция предстательной железы (ТУР) является безопасным и успешным вмешательством для снижения симптомов недержания мочи у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и симптомами нижних мочевых путей (СНМП), при которых лечение лекарственными препаратами недостаточно эффективно (блокаторы альфа-рецепторов, антимускариновые препараты, ингибиторы 5-альфа-редуктазы). В распоряжении хирурга имеются многочисленные минимально инвазивные альтернативные методы, которые также приводят к значительному снижению симптомов (трансуретральная микроволновая термотерапия, трансуретральная иглочатая абляция, и др.).

Свободная от растяжения вагинальная лента (TVT), описанная Ульмстеном, и модифицированная модель - трансобтурационная лента, представляют собой минимально инвазивные терапевтические подходы у женщин со стрессовым недержанием мочи и могут использоваться у пожилых пациентов. Долгосрочные результаты метода TVT в течение 11 лет показали постоянный коэффициент удержания более 80%; этот метод, таким образом, сопоставим с открытой кольпопексией Берча[8] (уровень доказательности 2А).

Выводы. Недержание мочи как признак нарушения функции мочевого пузыря широко распространено у пожилых людей и создает тяжелое бремя для пациентов и их социальной жизни. Неинвазивная диагностическая оценка может дать исходные указания относительно того, какое лечение может быть показано.

Тяжелые случаи и те пациенты, болезнь которых не поддается лечению, должны быть осмотрены инвазивно. Хирургическое вмешательство среди пожилых пациентов должно быть рекомендовано, если общее состояние пациента таково, что они могут перенести хирургическое вмешательство, если у пациента имеется стрессовое недержание мочи или смешанное недержание, и если консервативные терапевтические подходы уменьшают симптомы до недостаточной степени.

Лечение симптоматического гиперактивного мочевого пузыря у пожилых пациентов заключается в применении антихолинергических средств. Доступные вещества различаются в зависимости от их сродства к мускариновым рецепторам М1-М5 с точки зрения их фармакокинетических и фармакодинамических свойств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C, et al. Fourth international consultation on incontinence recommendations of the international scientific committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence // *Neurourol Urodyn.* – 2010. - №29. – P. 213–240.
- 2 Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women // *Lancet.* – 2006. - №367. – P. 57–67.
- 3 Limpawattana P, Kongbunkiat K, Sawanyawisuth K, Sribenjalux W. Help-seeking behaviour for urinary incontinence: Experience from a university community // *Int J UrolNurs.* – 2015. - №9. – P. 143–148
- 4 Markland AD, Richter HE, Kenton KS, Wai C, Nager CW, Kraus SR, et al. Associated factors and the impact of fecal incontinence in women with urge urinary incontinence: From the urinary incontinence treatment network's behavior enhances drug reduction of incontinence study // *Am J ObstetGynecol.* – 2009. - №200. – P. 424–431.
- 5 Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, et al. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women // *Am J Obstet Gynecol.* – 2006. - №194(2). – P. 339–345.
- 6 Jiang K, Novi JM, Darnell S, Arya LA. Exercise and urinary incontinence in women // *Obstet Gynecol Surv.* – 2004. - №59. – P. 717–721.
- 7 Millard RJ, Moore K, Rencken R, et al. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial // *BJU Int.* – 2004. - №93. – P. 311–318.
- 8 Dmochowski RR, Blaivas JM, Gormley EA, et al. Update of AUA guideline on the surgical management of female stress urinary incontinence // *J Urol.* – 2010. - №183. – P. 1906–1914.

A.E. Nurpeisova

Medical Center «DADI», Almaty

URINARY INCONTINENCE: UPDATED GENERALIZED DATA OF THE PROBLEM

Resume: Urinary incontinence is a common pathology that has a significant impact on the quality of life. With age, the incidence of urinary incontinence progressively increases and is 7%, 17%, 23% and 32% in the age groups 20-39 years, 40-59 years, 60-79 years and over 80 years, respectively. Incontinence can be the result of bladder dysfunction, sphincter dysfunction or a combination of them. The purpose of this review was to reflect updated data on the problem as a whole, its diagnosis and treatment.

Keywords: urinary incontinence.