

# В СУХОМ ОСТАТКЕ



Автор:
Юлия Евгеньевна Андреева,
врач акушер-гинеколог, онколог

## НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: ЕСТЬ РЕШЕНИЕ

Недержание мочи (НМ) – одно из самых распространенных урологических заболеваний среди женщин постменопаузального возраста. И надо признать, что эта патология крайне негативно влияет на психику наших пациенток, снижает их работоспособность и мешает вести нормальный образ жизни.

Считается, что НМ – неизбежное следствие старения организма, однако это не так. По мнению большинства ведущих экспертов в этой области, недержание мочи ни для кого не является нормой. Возраст может повлиять только на выбор терапии и стратегии ведения пациентки. Самое главное – понимать, что проблему можно решить – сегодня существует целый ряд эффективных и относительно безопасных методов, которые помогают справиться с недугом и обеспечить полноценную жизнь.

### ФОРМЫ, ЦИФРЫ, ПРИЧИНЫ

В настоящее время принято выделять как минимум три формы НМ, имеющие разную этиологию, клинические проявления и методы лечения.

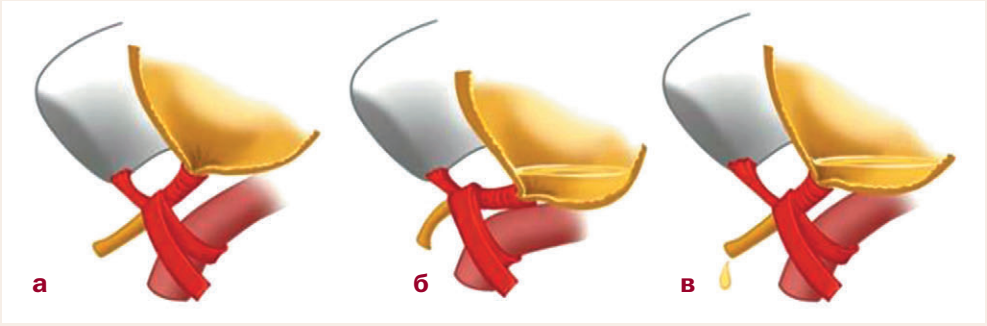
1) **Стрессовое недержание мочи (СНМ)**, или недержание при напряжении, которое характеризуется жалобами на непроизвольное выделение мочи при физических усилиях, кашле, чихании, смехе и т.д.

2) **Ургентное** – связано с императивным позывом, пациентка при этом жалуется на интенсивные, повелительные позывы к мочеиспусканию и непроизвольное выделение мочи. Ургентное недержание является следствием патологии собственно мочевого пузыря (нарушение функционирования рецепторного аппарата, нарушение сократимости) или носит чисто нейрогенный характер (при заболеваниях центральной и периферической нервной системы). Лечение ургентного недержания мочи, как правило, консервативное, однако существуют и некоторые оперативные вмешательства (внутрипузырная инъекция ботулотоксина, имплантация нейростимуляторов и др.), но все они так или иначе направлены на коррекцию нейроурологических расстройств.

> СЧИТАЕТСЯ, ЧТО НМ – НЕИЗБЕЖНОЕ СЛЕДСТВИЕ СТАРЕНИЯ ОРГАНИЗМА, НО ЭТО НЕ ТАК

3) **Смешанная форма.** По данным эпидемиологических исследований, СНМ широко распро-

Рис. 1. Механизм удержания мочи у женщин при повышении внутрибрюшного давления [4]




а – положение в покое (мочевой пузырь на месте, уретра на месте), б – положение при повышении внутрибрюшного давления в норме (мочевой пузырь сместился вниз, средний отдел уретры остался на месте – сформировалось «колено уретры» – моча не теряется), в – положение при повышении внутрибрюшного давления и поврежденных связках уретры (и мочевой пузырь, и уретра сместились вниз – «колено уретры» не образовалось – происходит потеря мочи).

странено в странах Северной Америки и Европы, где 34–38% женщин страдают от этого недуга, на долю ургентного НМ приходится 14% [1]. В Российской Федерации недержание мочи встречается у 39% женщин, более половины из них (57%) отмечают регулярный характер симптомов недержания [2]. С возрастом распространенность недержания мочи увеличивается: с 8,7% у женщин 25–34 лет до 34% в возрасте 55 лет, то есть встречается в четыре раза чаще. При этом у 45% женщин в постменопаузе наблюдаются различные расстройства мочеиспускания. Однако за медицинской помощью в нашей стране обращаются только от 1,5 до 10% пациенток по сравнению с 30–40% женщин в европейских странах [2, 3]. Объясняется это как деликатностью самой проблемы и стеснительностью наших соотечественниц, так и недостаточной осведомленностью о современных методах лечения пациентов и врачей, прежде всего, специалистов первичного звена.

**У 45% ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ НАБЛЮДАЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ**

СНМ может быть двух видов:

- заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, что относится к анатомическому недержанию мочи;
- заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящими к нарушению функции замыкательного аппарата.

Принципиальное отличие стрессового недержания от других типов в том, что потеря мочи происходит без участия мочевого пузыря: его мышечная стенка (детрузор) остается расслабленной.

В основе механизма формирования недержания при СНМ лежит ослабление связочного аппарата уретры. В норме глубокая поперечная мышца промежности, включая сфинктер уретры, и лобково-уретральные связки поддерживают уретру, и при повышении внутрибрюшного давления препятствуют смещению вниз средней трети мочеиспускательного канала, при этом формируется перегиб – колено уретры, в котором создается высокое давление, препятствующее потере мочи (рис. 1 а, б). В случае повреждения связочного аппарата, колено уретры не образуется, и происходит подтекание мочи (рис. 1 в).

Причины стрессового недержания мочи очень разнообразны, но среди них чаще выделяются следующие:

- беременность и роды (растяжение связочного аппарата, крупный плод, затяжное/

Таблица 1.

| Предрасполагающие факторы | Акушерские и гинекологические факторы | Провоцирующие факторы |
|---|---|---|
| • Этническая принадлежность – у белых женщин НМ встречается в 3 раза чаще в сравнении с представительницами азиатской и африканской рас<br>• Генетическая принадлежность<br>• Сахарный диабет<br>• Неврологические заболевания | • Количество и травматичность родов<br>• Оперативные вмешательства на органах малого таза<br>• Пролапс тазовых органов | • Возраст<br>• Ожирение<br>• Курение<br>• Запоры<br>• Климактерический период<br>• Мочевая инфекция<br>• Активный спорт |

ускоренное течение, грубое акушерское пособие и др.);
- наследственные дефекты соединительной ткани (недержание мочи сочетается с образованием грыж передней брюшной стенки, варикозной болезнью вен, дряблостью кожи и др.);
- ожирение;
- хронические заболевания дыхательных путей, сопровождающиеся кашлем и чиханием;
- хронические запоры;
- подъем тяжестей;
- операции на тазовых органах (например, удаление матки).

Выделяют также определенные факторы риска, с которыми может быть связано развитие НМ у женщин. Их условно можно разделить на 3 группы [5] (см. таблицу 1).

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Диагностика недержания мочи при напряжении основана на тщательном сборе жалоб и анамнеза пациентки, данных осмотра, дополнительно применяются следующие методы диагностики, которые позволяют выбрать оптимальную тактику для каждой пациентки:
- заполнение специфических опросников (оптимальный вариант – ICIQ-SF, UDI-6);
- суточный или часовой тест с прокладками (pad-тест);
- влагалищный осмотр со стресс-тестом (кашлевая проба, проба с натуживанием);
- УЗИ органов малого таза и почек;
- урофлоуметрия;
- комплексное уродинамическое исследование (КУДИ).

Тщательный сбор анамнеза имеет фундаментальное значение в клиническом процессе. Рекомендуется выявлять характер жалоб, факторы, провоцирующие недержание, наличие болевого синдрома, гематурии, рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей (ИМП), операций на органах малого таза (ОМТ), лучевой терапии, сопутствующих заболеваний, а также уточнять информацию о принимаемых лекарственных препаратах [3, 6].

Для пожилых пациентов обязательным является определение когнитивного статуса с применением опросника Мини-Ког.

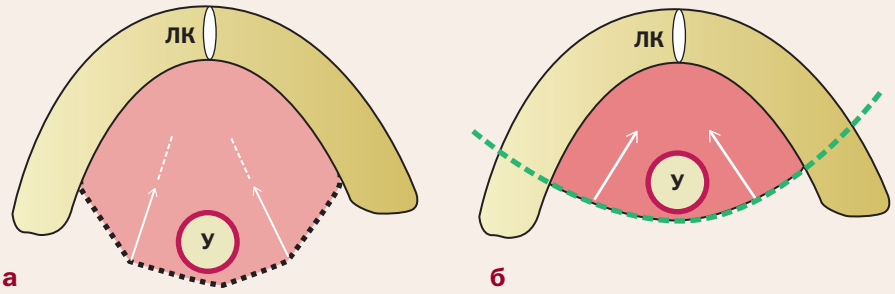
**ТЩАТЕЛЬНЫЙ СБОР АНАМНЕЗА ПРИ НМ ИМЕЕТ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ**

Особое внимание при осмотре следует уделить стресс-тесту – основному критерию СНМ. Проводить пробу нужно как в положении лежа, так и стоя, кроме того, часть пациенток отмечают симптомы недержания только при определенных движениях (ходьба, прыжки, приседания и т.д.), что также надо учитывать.

Принимая во внимание тот факт, что недержание мочи в большинстве случаев не представляет угрозы для жизни, в клинической практике принято начинать лечение с нехирургических методов.

**Консервативные методы лечения включают:**
- тренировку мышц тазового дна (упражнения Кегеля);
- физиотерапевтическое лечение;
- коррекцию общего и местного гормонального фона;

Рис. 2. Механизм работы субуретрального слинга (схема)




У – уретра, ЛК – лонные кости, а – связки уретры растянуты (черная пунктирная линия), мышечные усилия сфинктера неполноценны (белые стрелки), б – на место растянутых связок имплантирован протез (зеленая пунктирная линия) – положение уретры возвращено в норму, условия для работы мышц созданы.

- борьбу с ожирением;
- ограничение потребления жидкости и специальные диеты;
- лечение заболеваний дыхательных путей, хронических запоров и др.

Эти методы могут быть эффективны лишь при начальных проявлениях болезни (эпизодическая потеря мочи минимальными порциями, подтекание лишь при экстремальных нагрузках, отсутствие необходимости постоянно использовать влагоудерживающее белье). В международных руководствах консервативный подход является первой линией лечения СНМ. Вместе с тем высокой степени доказательности (реально эффективные) соответствуют лишь борьба с лишним весом и тренировки в первые месяцы после родов.

**Хирургический метод лечения.**

При отсутствии результата от проводимого лечения в течение 6 месяцев рекомендовано прибегнуть к хирургическим методам, призванным устранить истинную причину СНМ – анатомический (структурный) дефект мышечно-фасциального аппарата тазового дна.

Основной метод лечения стрессового недержания мочи у женщин – имплантация субуретральных синтетических слингов, и сегодня это является золотым стандартом. В чем его суть?

Синтетическая лента, которая свободно устанавливается под уретрой, создает жесткую и нерастяжимую опору в средней ее части, замещая поврежденный связочный аппарат, и при повышении внутрибрюшного давления уретра прижимается к нерастяжимой петле, что приводит к закрытию ее просвета.

Принципиальная схема операции представлена на рис. 2.

Установить субуретральный слинг можно двумя способами: позадилонно и трансобтураторно. Это зависит от многих факторов, и определяется хирургом индивидуально для каждой пациентки.

При позадилонном доступе делают разрез во влагалище, «петля» размещается под средней частью мочеиспускательного канала, ее концы выводят через 2 небольших разреза

Таблица 2.

| Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения | Поздние послеоперационные осложнения |
|---|---|
| • Кровотечение – 0,9–1,9%<br>• Гематома – 1,7–1,9%<br>• Перфорация мочевого пузыря – 4,9–11%<br>• Эрозии влагалища — 0,4–0,9%<br>• Затрудненное мочеиспускание – 4,9%<br>• Повреждение запирательного нерва – 0,9% | • Вновь (*de novo*) возникший ургентный синдром – 15%<br>• Постоянное ощущение дискомфорта в надлобковой области – 7,5%<br>• Дискомфорт при половой жизни – 20% |

чуть выше лонной кости, на расстоянии 4–6 см друг от друга. После установки петли необходимо сделать цистоскопию и осмотреть уретру и мочевой пузырь. Если используется трансобтураторный доступ, также делают надрез по передней стенке влагалища, края петли проводят через запирательные отверстия и концы ленты выводят через кожные разрезы в проекции верхнемедиального края запирательной мембраны, на расстоянии 1,5 см ниже сухожилия *m. adductor longus*.

Критически важным моментом является проверка и регулировка петли. Ее нельзя недотянуть – в этом случае мы не получим желаемый результат, и симптомы недержания сохранятся. Но нельзя и перетянуть – если мочеиспускательный канал будет пережат, пациентке придется тужиться, чтобы помочиться. При этом возникает ситуация, когда мочевой пузырь работает с постоянной перегрузкой, не опорожняясь полностью, следствием чего будут, как минимум, рецидивирующие циститы. Но возможны и более серьезные последствия в виде пузырно-мочеточникового рефлюкса, пиелонефрита, гидронефроза. Поэтому мастерство хирурга в данном случае заключается не только в том, чтобы ввести петлю, не совершив при этом грубых ошибок, которые могут привести к интра- и ранним послеоперационным осложнениям, но и произвести тонкую настройку, чтобы добиться хорошего долгосрочного эффекта.

Какие осложнения могут быть при установке петли? Осложнения малоинвазивных операций можно разделить на несколько подгрупп: интраоперационные, ранние послеоперационные осложнения и поздние послеоперационные осложнения.

К интраоперационным осложнениям относят травмы близлежащих органов (мочевой пузырь, уретра, своды влагалища, крупные сосуды), гематомы, кровотечения. Ранние послеоперационные осложнения (первые 24 часа после операции) – затрудненное мочеиспускание, повреждение запирательного нерва, эрозии влагалища. Осложнения, возникающие спустя сутки после операции: протрузия слинга, нарушения мочеиспускания – гиперактивный мочевой пузырь, затрудненное мочеиспускание, рецидив НМ, паховая боль, дискомфорт при половой жизни. Частота некоторых осложнений представлена в таблице 2 [3].

**ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН – ИМПЛАНТАЦИЯ СУБУРЕТРАЛЬНЫХ СЛИНГОВ**

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Пациентка, 73 года

*В анамнезе: в возрасте 45 лет сделана надвлагалищная ампутация матки без придатков по поводу миомы матки. Спустя несколько лет после операции стала отмечать непроизвольное мочеиспускание по каплям при чихании, смехе, занятиях спортом. К врачу не обращалась до тех пор, пока не стали беспокоить симптомы опущения, а затем и выпадения культи шейки матки, при этом усилились и симптомы недержания мочи*

В мае этого года была сделана операция по поводу пролапса тазовых органов в объеме влагалищной экстирпации культи шейки матки, срединной кольпорафии. После операции симптомы НМ усилились, и было принято решение о хирургической коррекции НМ. Спустя 3 месяца после экстирпации культи шейки матки пациентке была выполнена установка субуретрального слинга трансобтураторным доступом. Послеоперационный период – без осложнений.

В заключение хочется еще раз напомнить, что проблема НМ не должна расцениваться как нечто неизбежное, что должно сопровождать жизнь женщин в постменопаузе. С недугом надо и, что важно, можно успешно бороться, делая жизнь наших пациенток комфортнее и счастливее.

## В СУХОМ ОСТАТКЕ


1. Hunskaar S, Lose G, Sykes D, et al. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. BJU Int. 2004;93(3):324–330.
2. Гвоздев М. Ю. Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике. Земский врач. 2012;4(15):7–10.
3. Урология. Клинические рекомендации Российского общества урологов под редакцией Ю. Г. Аляева, П. В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
4. Шкарупа Д. Д., Кубин Н. Д., Шкарупа И. А. и др. Недержание мочи и опущение тазовых органов у женщин. Руководство для пациентов и информация для коллег. Северо-Западный центр пельвиоперинеологии. Ссылка активна на 25.01.21. https://uroportal.ru/upload/iblock/bfb/bfbcd32a01b803a2be5c099369b280d6.pdf
5. Касян Г. Р., Гвоздев М. Ю., Коноплянников А. Г. и др. Недержание мочи у женщин. Методические рекомендации № 4. М.: АБВ-пресс; 2017.
6. Brukhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, et al. EAU guidelines on Urinary incontinence in adults. European Association of Urology, 2017. Accessed January 11, 2021. http://uroweb.org/guidelines/compilations-of-all-guidelines/