

Особенности мочеиспускания у гинекологических больных

И.Ю. Ильина,¹ Ю.Э. Доброхотова,¹ В.О. Маликова,² А.А. Чикишева³

¹ ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, Москва;

² Медицинский центр «Евромед С», Москва;

³ Медицинский центр «Медина», Раменское, Московская область

Резюме

Проблема недержания мочи – одна из самых часто встречаемых среди заболеваний у женщин, особенно в старческом возрасте. Для некоторых гинекологических заболеваний характерно развитие различных видов нарушения мочеиспускания, таких как стрессовое недержание мочи и гиперактивный мочевой пузырь. В зависимости от причин, приведших к развитию нарушений мочеиспускания, и особенностей течения данной патологии рекомендуются различные виды лечения.

Ключевые слова: недержание мочи, гиперактивный мочевой пузырь, Спазмекс.

Summary

The problem of incontinence is one of the most frequently occurring diseases among women, especially in the old age. Some gynecological disorders are characterized by the development of various urinary disorders such as stress urinary incontinence and overactive bladder. Depending on the reasons leading to the development of urinary flow and various types of these diseases different ways of treatment can be recommended.

Key words: urinary incontinence, overactive bladder, Spazmeks.

Сведения об авторах

Ильина Ирина Юрьевна – канд. мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии № 2 лечебного фак-та ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова. Тел. 8 (495) 237-40-33

Доброхотова Юлия Эдуардовна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии № 2 лечебного фак-та ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Маликова Виктория Олеговна – врач акушер-гинеколог медицинского центра «Евромед С»

Чикишева Айше Ахметовна – врач акушер-гинеколог медицинского центра «Медина»

Проблема недержания мочи – одна из самых часто встречаемых среди заболеваний у женщин, особенно в старческом возрасте [1-3].

Международное общество по вопросам изучения удержания мочи (1974 г.) определило недержание мочи как условие, при котором непроизвольная потеря мочи является социальной и гигиенической проблемой и подтверждается объективно [4-6].

Женщины, страдающие разными нарушениями со стороны мочеиспускания, редко обращаются к специалистам из-за того, что стесняются, и многие из них считают, что данное явление вполне закономерно и каждая женщина когда-либо отмечает симптомы недержания мочи. Одновременно с этим некоторые скептически относятся к возможности лечения у специалиста, так как не верят в эффективность лечения данной патологии [3, 6, 7].

В удержании мочи как в покое, так и при напряжении играет роль взаимодействие нескольких механизмов: сопротивление замыкательного аппарата уретры и мочевого пузыря, стабильность уретральной анатомической поддержки, адекватная иннервация всех перечисленных компонентов [8-10].

Виды

Существует множество разных классификаций данной патологии. В гинекологической практике приходится сталкиваться в основном со стрессовым и императив-

ным типами недержания мочи, также их сочетанием.

Стрессовое недержание мочи – непроизвольное выделение мочи при повышении внутрипузырного давления над внутриуретральным, но при отсутствии детрузорной активности [4, 6, 7]. По оценкам отечественной и зарубежной литературы частота встречаемости стрессового недержания мочи у женщин составляет от 5 до 78%. До 20% таких больных встречается на урологических и до 31 % – на гинекологических приемах [4, 8].

Этиопатогенез

Причиной недержания мочи при напряжении является нарушение функции сфинктерного аппарата мочевого пузыря и уретры, возникающее при изменении нормальных уретровезикальных взаимоотношений [6, 8].

В норме у стоящей женщины шейка мочевого пузыря и проксимальный отдел уретры находятся в брюшной полости выше тазового дна, поэтому давление в уретре равно или превосходит давление в мочевом пузыре. При разных нарушениях нормального анатомического уретровезикального соотношения при увеличении внутрибрюшного давления внутрипузырное превышает уретральное, что приводит к недержанию мочи [4, 5].

Причины, приводящие к развитию стрессового недержания мочи, те же, что и при генитальном пролапсе:

- Патологические роды (стремительные или затяжные) – в 51,1% случаев, в результате чего развиваются травматические и трофические нарушения в стенках

уретры и шейки мочевого пузыря (гематомы, участки ишемии, надрывы мышечных волокон), в дальнейшем наступает их атрофия и замена фиброзной тканью, нарушаются эластические свойства уретровезикального сегмента [4, 11].

- Тяжелые физические нагрузки (20,6%), связанные с длительным статическим повышением внутрибрюшного давления, ведут к ослаблению связочного аппарата тазового дна, нарушению анатомических и функциональных уретровезикальных взаимоотношений. Однако следует подчеркнуть, что самостоятельно физическое перенапряжение редко приводит к недержанию мочи. Заболевание возникает от ряда других причин, а под воздействием физической нагрузки и воспалительных процессов в мочеполовых органах прогрессирует [4, 8].

- Гормональные нарушения (15,6%): снижение синтеза эстрогенов, возникающее в постменопаузе, приводит к гипотрофии эпителия мочевого пузыря и уретры, снижению чувствительности адренорецепторов шейки мочевого пузыря и тургора тканей за счет уменьшения количества воды в них, следствием этого – нарушение замыкательных механизмов [11, 12].

- Операции на органах малого таза (12,7%) – травмируются мышечно-фасциальные образования, развиваются рубцовые изменения в парауретральных тканях, ведущие к укорочению анатомической и функциональной длины уретры [4, 13].

Следовательно, стрессовое недержание мочи – это серьезная медицинская и социальная проблема, которая крайне негативно влияет на психологическое состояние пациентов.

Гиперактивный мочевой пузырь

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – клинический синдром, определяющий ургентное мочеиспускание (в сочетании или без ургентного недержания мочи), которое обычно сопровождается учащенным мочеиспусканием и ноктурией (мочеиспускание в период от засыпания до пробуждения) [14].

Императивное (ургентное) недержание мочи – непроизвольное выделение мочи при сильном позыве к мочеиспусканию. Частота ургентного недержания мочи в общей популяции составляет 30-50% [4, 11]. Императивное мочеиспускание по силе своего поведенческого влияния оказывает более сильное психологическое воздействие, нежели стрессовое [6, 7].

Причиной учащенного и ургентного мочеиспускания у большинства больных является гиперактивность детрузора. По определению Комитета по стандартизации терминологии функции нижних мочевых путей (2002 г.) термин «гиперактивность» детрузора обозначает непроизвольные сокращения детрузора (амплитуда более 5 см вод. ст.), которые возникают спонтанно или могут быть вызваны специально (при изменении положения тела, кашле и т. д.), несмотря на то что человек пытается подавить эти сокращения волевым усилием (P. Abrams и соавт., 2002; E. Rovner, A. Wein, 2002) [14].

Таким образом, в настоящее время термин ГМП является общим названием для обозначения всех приведенных клинических проявлений и нарушений акта мочеиспускания [11, 14].

Z. Simeonova и соавт. (1999 г.) установили, что у жен-

щин в возрасте старше 50 лет симптомы ГМП встречаются чаще по сравнению с женщинами в возрасте до 50 лет. Подтверждением данного факта служат морфологические изменения стенки мочевого пузыря [14]. В исследованиях J. Susset и соавт. (1978 г.) было обнаружено увеличение с возрастом содержания коллагена в детрузоре, что может приводить к повышению упругости стенки мочевого пузыря и далее к симптомам ГМП. В дальнейшем E. Bercovich и соавт. (1999 г.) подтвердили, что у пожилых людей содержание коллагена в стенке мочевого пузыря на 20-30% больше, чем у людей среднего и молодого возраста [11, 14]. Всеми авторами было отмечено увеличение содержания коллагена преимущественно 1-го и 2-го типа. Эти формы коллагена имеют прочные поперечные связи, что может способствовать повышению упругости стенки и в результате приводить к снижению адаптационной способности мочевого пузыря. Кроме того, в исследованиях J. Susset (1983 г.) было отмечено, что с возрастом в детрузоре наряду с повышенным содержанием коллагена происходит также снижение плотности нервных волокон.

Клинические проявления

Клиническая картина ургентного недержания мочи связана с поражением верхнего двигательного нейрона (выше поясничного спинального центра мочеиспускания). Сакральный парасимпатический центр мочевого пузыря находится в гиперактивном состоянии и получает тормозящее влияние со стороны вышележащих отделов спинного мозга. Начало и завершение акта мочеиспускания рассматривается как прекращение или возобновление супраспинального торможения. При этом отсутствует тормозное влияние корковых и подкорковых центров мочеиспускания на спинномозговые центры и мочевого пузыря. Помимо центральной денервации и выхода из-под контроля гипермоторных спинномозговых центров, механизм возникновения гипермоторных нарушений функции мочевого пузыря может быть связан с периферической денервацией стенки мочевого пузыря [4, 7, 14].

Причины

Часто причиной возникновения ургентного недержания мочи являются разные гинекологические операции [4, 13]. Наступает это осложнение вследствие того, что нижнезадняя поверхность мочевого пузыря соприкасается с телом матки. Боковые поверхности мочевого пузыря прилегают к широким связкам матки, где проходят маточные артерии, а шейка его соответствует средней части передней стенки влагалища. Этим объясняется высокая частота повреждений мочевого пузыря во время гистерэктомий. Несколько реже травмируется мочевой пузырь при оперативных вмешательствах по поводу доброкачественных новообразований матки и придатков. Особенно часто травмируется мочевой пузырь при больших опухолях, исходящих из передней поверхности шейки матки [4].

Анатомо-физиологические особенности

Таким образом, процесс удержания мочи в основном зависит от тонуса мышц тазового дна, состояния коллагеновых волокон в связочном аппарате малого таза, а также мышц-детрузоров мочевого пузыря. Оптимальная функция уретры тесно связана со структурами вне

уретры: лобково-уретральными связками, субуретральной стенкой влагалища, лобково-копчиковыми мышцами и мышцами-леваторами. Очень важным фактором является состояние в этих структурах коллагена. Состояние кровоснабжения и трофики мышц-детрузоров, тазового дна, а также коллагеновых волокон в определенной степени зависит от уровня эстрогенов [4, 11]. Для адекватного повышения внутриуретрального давления при повышении внутрибрюшного давления необходимы полноценное состояние уретерия, эластичность коллагена, входящего в состав соединительной ткани уретры, сохраненный тонус гладкой мускулатуры уретральной стенки, полноценная васкуляризация уретры. Во всех указанных структурах расположены рецепторы к эстрогенам, прогестерону и андрогенам, и условия эстрогенного дефицита обуславливают быстрое развитие урогенитальной атрофии. После наступления менопаузы низкий уровень эстрогенов приводит к общим клеточным, биохимическим, бактериологическим и анатомическим изменениям в мочевом тракте [11, 12].

Возможности терапии

Ургентное недержание мочи лечится консервативно, и лечение направлено на подавление моторной активности мочевого пузыря и увеличение его функциональной емкости. Для этого используют фармакологические препараты, гипотермические манипуляции, тормозную электростимуляцию мышц промежности, электростимуляцию сакральных нервов, тренировку интимных мышц по Кегелю и т. д. [4, 12, 14]. Чаще всего физиотерапевтические и лечебно-физкультурные мероприятия у данных больных неэффективны, что вызывает необходимость поиска новых возможностей в их оздоровлении.

Медикаментозная терапия – первый и основной метод лечения всех форм ГМП. Лекарственные средства, применяемые с целью лечения ГМП, относят к разным фармакотерапевтическим группам и различают по механизму действия [14].

М-холиноблокаторы

Среди лекарственных средств препараты антихолинергического действия являются 1-й линией лечения. М-холиноблокаторы, подавляя М-холинорецепторы, снижают сократительную функцию мочевого пузыря (в детрузоре имеются два вида мускариновых рецепторов – M_2 и M_3) [4, 14]. К настоящему времени выделяют пять видов мускариновых рецепторов, которые имеются в головном мозге (кора, гипоталамус), сердце, гладкой мускулатуре, базальных отделах переднего мозга и других, с чем и связано появление побочных эффектов при применении препаратов данной группы, таких как сухость глаз, кожи, расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, нарушение зрения, со стороны центральной нервной системы – головокружение, головная боль, возбудимость, сонливость.

К данной группе лекарств относятся атропина сульфат, толтеродин тартрат (R. Appel и соавт., 1997; U. Jonas и соавт., 1997) [14]. Часто используется тропия хлорид, который, помимо антихолинергического, обладает умеренным ганглиоблокирующим действием. Имеются указания на незначительное количество побочных эффектов при его применении.

Все препараты антихолинергического действия относятся к третичным аммониевым соединениям и являются липофильными и, соответственно, проникают через гемато-энцефалический барьер. Тропия хлорид считается единственным четвертичным аммонием, за счет чего приобретает положительный заряд, становится гидрофильным и не проникает через гематоэнцефалический барьер.

Таким образом, тропия хлорид – препарат, который может применяться даже у пожилых, неврологических больных, в связи с тем что он не проникает через гемато-энцефалический барьер, не вызывает центральных побочных эффектов, обладает локальным действием на уретерий, прямым миорелаксирующим эффектом, нет метаболизма системой цитохрома P-450 и, следовательно, отсутствует печеночный метаболизм, что позволяет значительно изменять дозировку препарата, не боясь токсического влияния на печень.

Поскольку одним из основных звеньев в патогенезе развития урогенитальных проблем является развитие эстрогендефицитного состояния, логичным представляется с целью их коррекции назначение заместительной гормонотерапии [4, 9, 10, 11, 14].

При наличии лишь сенсорных проявлений атрофического цистоуретрита и вагинита, т. е. при легкой степени проявлений, показано в основном применение локальной терапии [11]. У пациенток с легкой и средней степенью тяжести урогенитальных расстройств с целью коррекции как местных, так и системных проявлений гипоэстрогении применяют системную терапию.

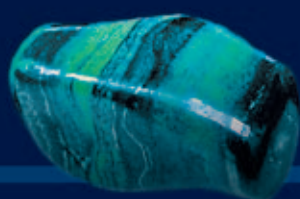
Литература

1. Алексеева Е.Л. Урогенитальные расстройства у женщин репродуктивного возраста после гистерэктомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000; с. 28.
2. Пушкарь Д.Ю., Лоран О.Б., Бенизри Э. и др. Модифицированные sling-операции при коррекции стрессового недержания мочи у женщин. Реконструктивно-пластическая хирургия. В Кн.: Сборник научных трудов, посвященный 70-летию со дня рождения профессора Д.В. Кана. М., 1998; с. 22-30.
3. Chappie C.R., Bosch R., Hanus T. Female incontinence. EUR. Urol 2000; 38 (4).
4. Жданова М.С. Пропалс гениталий у женщин с дисплазией соединительной ткани, тактика ведения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009; с. 24.
5. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. Харьков, 2000; с. 128-264.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. СПб., 2000; с. 57-122.
7. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996; с. 46.
8. Кан Д.В., Лоран О.Б., Еремин Б.В. Диагностика и лечение недержания мочи при напряжении у женщин. Методические разработки ММСИ им. Н.А. Семашко. М., 1987; с. 55.
9. Bergnik E.W., Kloosterboer H.S., van der Vies H. Estrogen binding proteins in the fetal genital tract. J Steroid Biochem 1997; 20: 1057-60.
10. Colleselli K., Stenzl A., Eder R. et al. The female urethral sphincter: a morphological and topographical study. J Urol 1998; 160: 49-54.
11. Балан В.Е., Гаджиева З.К. Нарушения мочеиспускания в климактерии и принципы их лечения. Рус. мед. журн. 2000; 3: 27-31.
12. Аляев Ю.Т., Балан В.Е., Винаров А.З. и др. Медикаментозная комбинированная терапия стрессового недержания мочи у женщин в климактерическом периоде. Гинекология. 2001; 1 (3): 102-6.
13. Краснопольский В.Н., Буянова С.Н., Иоселиане М.Н., Куликов В.Ф. Профилактика рецидивов выпадения влагалища после вагинальной гистерэктомии. Вестн. Российской ассоциации акушеров-гинекологов. 1998; 1: 64-6.
14. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь. М.: Вече, 2003; с. 160.

СПАЗМЕКС®

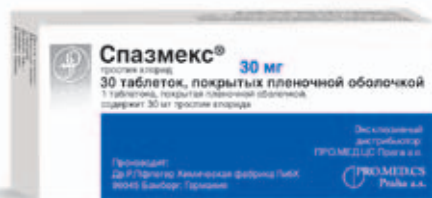
троспия хлорид табл. 5 мг, 15 мг и 30 мг

Совершенная
структура –
непревзойденные
преимущества



Высший уровень безопасности
и эффективности терапии
гиперактивного мочевого пузыря

Удобство дозирования!
**Снижение кратности
приема!**



П № 016196/01 – 04.03.2012; П № 016196/02 – 04.03.2012

www.spasmex.ru

Производитель Dr. Pflieger (Германия)

Антихолинергический препарат для лечения
гиперактивного мочевого пузыря, обладающий
исключительным комплексом преимуществ:

- Эффективность и безопасность на высоком уровне.
- Не вызывает побочных эффектов со стороны ЦНС, так как не преодолевает гематоэнцефалический барьер.
- Нет метаболизма в печени.
- Отсутствует взаимодействие с другими лекарствами.

Спазмекс участвует в программе «РЕСУРС» Секции
нейроурологии Российского общества урологов.

Программа «РЕСУРС» направлена на оптимизацию
помощи пациентам с гиперактивным мочевым пузырём.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Эксклюзивный дистрибьютор: ПРО. МЕД. ЦС Прага а.о. (Чешская Республика)
Представительство в Москве: тел./факс: (495) 665-61-03

RU-SPX-1570