

Недержание мочи: актуальные аспекты клиники, диагностики и лечения

Д.И.Трухан, Д.А.Быстрова, Н.А.Романов
ГБОУ ВПО Омская государственная медицинская академия Минздрава России

Проблема недержания мочи является междисциплинарной. На вопрос: «Кто должен лечить пациентов с недержанием мочи?» один из ведущих урологов Российской Федерации профессор О.Б.Лоран ответил: «Тот, кто умеет». Такие пациенты попадают на прием к терапевтам, врачам общей практики, педиатрам, урологам, гинекологам, неврологам. Часто именно к врачам первого контакта (терапевту и врачу общей практики) и обращаются пациенты с этой проблемой.

Недержание мочи (инконтиненция) – это объективно доказанная непроизвольная потеря мочи в результате нарушения функции мочевого пузыря и/или его сфинктеров.

Выделяют 5 видов недержания мочи: ургентное, стрессовое, смешанное, недержание переполнения и транзитное (см. рисунок).

Виды недержания мочи

Наибольшее значение имеют первые 2 вида и их комбинация.

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) – клинический синдром, определяющий ургентное мочеиспускание (в сочетании или без ургентного недержания мочи), основными симптомами которого являются поллакиурия и ноктурия, а также наличие сильных непроизвольных (неконтролируемых) позывов к мочеиспусканию [1].

Данный синдром, согласно рекомендациям Международного общества по

удержанию мочи (International Continence Society – ICS), применим при отсутствии подтвержденной инфекции или какой-либо другой патологии [1].

Ключевым симптомом ГАМП является ургентность, которая определяется ICS как «жалоба пациента на непреодолимое желание опорожнить мочевой пузырь, которое трудно отложить».

Эпидемиология

ГАМП является весьма распространенным клиническим синдромом. По данным ICS, в мире от 50 до 100 млн человек страдают ГАМП. В европейских странах ГАМП встречается у 17% населения в возрасте старше 40 лет [2, 3]. Полагают, что императивным мочеиспусканием страдают 16–19% взрослого населения России [4, 5]. Отмечается увеличение частоты ГАМП с возрастом [3, 6].

Актуальность проблемы ГАМП подтверждается также тем фактом, что лишь небольшая часть пациентов обращаются со своими симптомами и проблемами к врачу. Кроме неосведомленности пациентов о возможности эффективного контроля над их симптомами при помощи медикаментозных средств, причинами необращения за медицинской помощью становятся [4, 5, 7, 8]:

- уверенность в том, что имеющиеся симптомы не являются следствием заболевания;
- отсутствие воздействия симптомов на качество жизни пациента;

- убежденность в том, что причиной симптомов становится не заболевание, а симптомы – закономерное следствие старения или образа жизни;
- уверенность в том, что симптомы имеют наследственный характер;
- смущение, растерянность, стыд, чувство неудобства в связи с имеющимися симптомами;
- боязнь того, что за симптомами ГАМП скрывается более серьезное заболевание;
- убежденность в том, что симптомы не стоят внимания врача;
- недоступность медицинской помощи;
- игнорирование симптомов пациента врачом.

Этиология и патогенез ГАМП

Мочеиспускание является сложным рефлекторным актом, во время которого должно произойти синхронное расслабление внутреннего и наружного сфинктеров мочевого пузыря и координированное сокращение мышц мочевого пузыря – детрузора. В мочеиспускании принимают участие также мышцы брюшного пресса и промежности. Нормальное мочеиспускание возможно при анатомической и функциональной полноценности не только сфинктеров и детрузора, но и системы нервных структур, регулирующих этот сложный акт.

Нарушения функционирования и взаимосвязей данных структур бы-

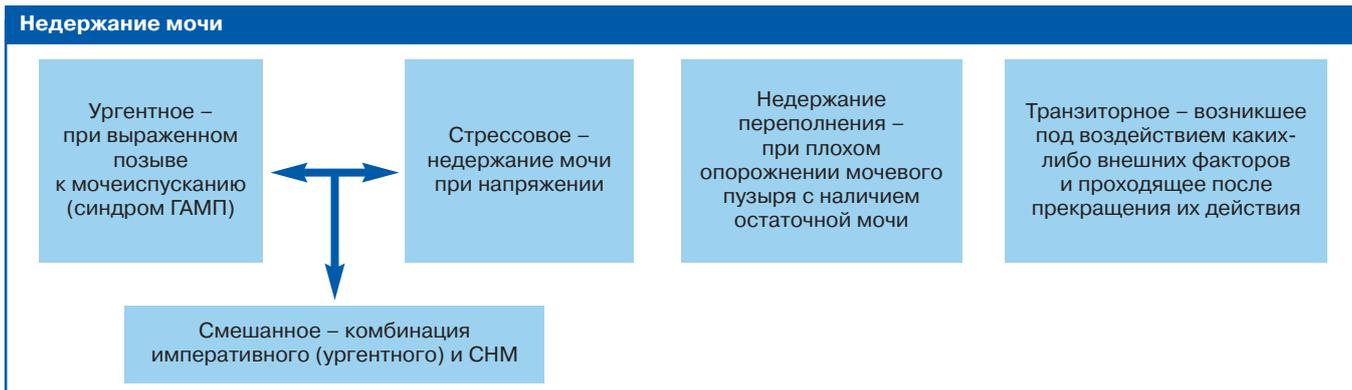


Таблица 1. Дифференциальная диагностика ГАМП и СНМ

Симптомы	ГАМП	СНМ
Учащенное мочеиспускание (более 8 раз в сутки)	Да	Нет
Императивные позывы	Да	Нет
Способность вовремя добраться до туалета после позыва	Нет	Да
Недержание, возникающее во время кашля, смеха, чиханья и т.п.	Нет	Да
Прерывания ночного сна, вызванные позывами к мочеиспусканию	Обычно	Редко
Количество мочи при каждом эпизоде недержания	Большое	Незначительное

вают функциональной и органической природы и встречаются при разных состояниях: незрелость в онтогенезе, неврозы, цереброваскулярные изменения, опухоли, черепно-мозговые травмы, демиелинизирующие заболевания, деменция, паркинсонизм, старческая инволюция.

К факторам риска развития ГАМП относятся: возраст, пол, генетический фактор, культурологические особенности и особенности образа жизни, неврологический статус, роды, оперативные пособия, травма, облучение, гипертрофия предстательной железы, ожирение, менопауза, мочевиная инфекция, пищевой фактор, кишечные дисфункции, сахарный диабет. Повышает вероятность появления синдрома ГАМП употребление газированных напитков.

Существует ряд лекарственных препаратов, используемых в терапии сопутствующих заболеваний, которые способствуют учащенному мочеиспусканию. К ним относятся диуретики, α - и β -адреноблокаторы, статины, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, снотворные средства [7, 8].

Повышенное потребление с пищей витамина D, овощей, белковой пищи, калийсодержащих продуктов снижает риск развития симптомов ГАМП.

В основе симптомов ГАМП лежит избыточная сократимость (гиперактивность) детрузора, которая может иметь разный генез (воспалительный, неопластический, неврогенный, психогенный, церебральный) и проявляющаяся в фазе наполнения мочевого пузыря.

Клинические симптомы ГАМП: 1) ургентное (повелительное) мочеиспускание; 2) учащенное дневное и ночное мочеиспускание; 3) ургентное недержание мочи.

Учащенное дневное и ночное мочеиспускание – преобладающие симптомы ГАМП. В то же время наиболее тяжелыми проявлениями ГАМП для пациента являются ургентные позывы к мочеиспусканию и ургентное недержание мочи.

Основные клинические дифференциально-диагностические симптомы ГАМП и стрессового недержания мочи (СНМ) представлены в табл. 1 [9].

Общее состояние пациента всегда остается удовлетворительным. Однако симптомы ГАМП значительно снижают качество жизни пациента. Типичная реакция пациента на проявления заболевания: смущение, безысходность, беспокойство, депрессия, боязнь неприятного запаха.

Наличие симптомов ГАМП не является единственным фактором, обеспечивающим снижение качества жизни пациентов. Даже при отсутствии недержания мочи (существенно ограничивающей социальную и иную активность субъекта) с синдромом ГАМП ассоциирован ряд заболеваний и состояний:

1. Инфекции мочевых путей, кожи, вульвовагинит у женщин.

2. Нарушение сна – ноктурия (мочеиспускания ночью чаще 2 раз) и ночной энурез являются основными причинами нарушения сна у пациентов с синдромом ГАМП.

3. Тревожность, депрессия, социальная изоляция. Депрессия может приводить к таким психоневрологическим состояниям, как беспокойство, низкая самооценка, сконфуженность, что в итоге может приводить к социальной самоизоляции пациентов, а в некоторых случаях и нанесением себе вреда.

4. Падения и переломы. Причинами повышенной травмоопасности являются поллакиурия и никтурия, необходимость стремительного передвижения к туалетной комнате при появлении ургентного позыва к мочеиспусканию.

Диагностика ГАМП

Всем пациентам оценивают частоту мочеиспусканий на основании дневника мочеиспусканий (этому предшествуют сбор анамнеза и физикальное обследование), выполняют общий анализ и микробиологическое исследование мочи, прово-

дят ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря (у мужчин также предстательной железы), определяют остаточную мочу [4, 5, 9].

Результаты первичного амбулаторного обследования нередко позволяют выявить заболевания, сопровождающиеся симптомами учащенного и ургентного мочеиспускания, но не имеющие отношения к ГАМП.

Диагноз ГАМП устанавливается на основании субъективной оценки симптомов (при наличии не менее 8 мочеиспусканий и/или не менее 2 эпизодов ургентного недержания мочи в течение суток) в отсутствие признаков инфекции мочевых путей, при этом недержание мочи не является обязательным симптомом (у 2/3 пациентов отмечается «сухой» ГАМП).

При выявлении ГАМП можно сразу начинать лечение для ликвидации учащенного и ургентного мочеиспускания. В случае неэффективности лечения проводят дополнительное обследование, в которое входят: цистуретроскопия, экскреторная урография, уродинамическое исследование, неврологическое обследование.

Показания к уродинамическому исследованию: отсутствие эффекта от эмпирически назначенного лечения; планируемое хирургическое лечение недержания мочи; предположение о наличии инфравезикальной обструкции у женщин; сопутствующее неврологическое заболевание.

К основным видам уродинамических исследований относятся:

- цистометрия – анализ функциональной активности мочевого пузыря;
- урофлоуметрия – измерение скорости движения мочи на разных уровнях;
- уретерометрия – измерение давления в просвете мочеоточника;
- сфинктерометрия – измерение общего гидродинамического сопротивления мочеиспускательного канала.

СНМ – внезапное мочеиспускание из-за действий, в результате которых увеличивается внутрибрюшное давление. Физическая нагрузка, кашель, половой акт, резкое вставание и смех – типичные ситуации, способные вызвать СНМ.

Эпидемиология СНМ

Около 40% женщин после 40 лет и около 1/2 после 60 лет страдают СНМ. Большинство людей, страдающих недержанием мочи, стесняются обращаться за медицинской помощью. По проведенным исследованиям только 25% женщин сообщают врачу о своей проблеме, при этом часто проходит от 9 до 12 лет от момента появления первых симптомов до обращения за помощью [2, 3, 6, 8].

Этиология и патогенез СНМ

Выделяют 4 группы факторов риска СНМ:

1. Предрасполагающие факторы увеличивают риск развития недержания мочи при наличии провоцирующих факторов. Иногда для возникновения СНМ достаточно только предрасполагающих факторов. К ним относятся: семейная предрасположенность, пол, раса, анатомические, неврологические и мышечные нарушения.

2. Стимулирующие факторы приводят к значительным нарушениям механизма удержания мочи. К ним относятся: беременность и роды, хирургические операции на органах малого таза (радикальная гистерэктомия, радикальные операции по поводу рака прямой кишки, влагалищные операции с широкой диссекцией тканей) и лучевая терапия этой области.

3. Провоцирующие факторы способствуют развитию СНМ, как правило, после продолжительного воздействия.



РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ

СПАЗМЕКС®

Препарат назначают внутрь **взрослым и детям старше 14 лет**. Режим дозирования и длительность лечения устанавливают индивидуально в зависимости от клинической

картины и тяжести заболевания.

Таблетки следует принимать до еды, не разжевывая, запивая достаточным количеством воды.

Таблетки 5 мг: назначают по 2–3 таблетки 3 раза в сутки (30–45 мг) с интервалом в 8 ч; при суточной дозе 45 мг допустимо принимать по 30 мг утром и 15 мг вечером.

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 15 мг: назначают по 1 таблетке 3 раза в сутки с интервалом в 8 ч; суточная доза – 45 мг.

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг: назначают по 1/2 таблетки 3 раза в сутки или 1 таблетке утром и 1/2 таблетки вечером; суточная доза – 45 мг.

При необходимости суточная доза может быть увеличена до 60 мг в сутки.

У пациентов с почечной недостаточностью (КК 10–30 мл/мин/1,73 м²) суточная доза препарата не должна превышать 15 мг.

В среднем продолжительность лечения составляет 2–3 мес.

При необходимости более длительного лечения вопрос о продолжении лечения пересматривается врачом каждые 3–6 мес.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственного средства. Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

К этим факторам относятся: инфекция мочевых путей, ожирение, запоры, болезни органов дыхания и курение (хронический кашель), неврологические заболевания, профессиональные факторы и занятия спортом, менопауза, лекарственные препараты.

4. Декомпенсирующие факторы, воздействующие в определенный период времени или постоянно, могут вызывать СНМ иногда даже без нарушений механизма удержания мочи. Декомпенсирующие факторы способны смещать баланс «удержание–недержание» в сторону недержания мочи при наличии предрасполагающих, стимулирующих и провоцирующих факторов. К этим факторам относятся: возраст, деменция и психические нарушения, сопутствующие заболевания и нарушения двигательной функции, условия жизни.

К наиболее изученным и доказанным факторам СНМ относятся: возраст, беременность и роды, ожирение.

В норме максимальное давление в уретре должно превышать давление внутри мочевого пузыря в течение всего времени, за исключением процесса мочеиспускания. При СНМ (кашле, смехе, физической нагрузке) происходит повышение внутрибрюшного и внутрипузырного давления, оно становится выше, чем давление в уретре, которая остается открытой вследствие ослабления сфинктера, и происходит потеря мочи. В развитии СНМ имеют значение нарушения анатомических соотношений органов малого таза.

Клиническая картина СНМ

Основной жалобой больных является непроизвольное выделение мочи при физической нагрузке и сохраненном физиологическом акте мочеиспускания. В зависимости от степени поражения замыкательного аппарата мочевого пузыря степень недержания мочи может быть разной – от нескольких капель до почти полного опорожнения мочевого пузыря при малейшем движении. Это заболевание часто приносит тяжелые страдания молодому контингенту больных. Постоянный запах разлагающейся мочи, сопутствующие заболевания кожных покровов нередко отражаются на психике больных, приводя к их социальной дезадаптации.

Таблица 2. Сродство М-холинолитиков к разным типам мускариновых рецепторов [10, 11]

Препарат/Рецепторы	M ₁	M ₂	M ₃	M ₄	M ₅
Троспия хлорид	9,1	9,2	9,3	9,0	8,6
Дарифенацин	8,2	7,4	9,1	7,3	8,0
Толтеродин	8,8	8,0	8,5	7,7	7,7
Оксибутинин	8,7	7,8	8,9	8,0	7,4
Пропиверин	6,6	5,4	6,4	6,0	6,5
Солифенацин	7,6	6,9	8,0	–	–

Диагностика СНМ

Оценку симптомов наиболее целесообразно проводить посредством составления дневника мочеиспускания. Дневник позволяет получить объективную информацию о числе мочеиспусканий и объеме выделенной мочи, распределении общего диуреза на дневные и ночные часы. Потери мочи оценивают следующим образом: 1 – несколько капель; 2 – мокрое нижнее белье или средняя прокладка; 3 – мокрый памперс или верхняя одежда.

Первичное обследование пациентов с СНМ включает общий анализ мочи и микробиологическое исследование мочи (для исключения инфекций мочевых путей), проводят УЗИ почек и мочевого пузыря (у мужчин также предстательной железы), определяют остаточную мочу [4, 5, 8, 9].

К специальным методам обследования относятся кашлевой тест и Pad-тест. Кашлевой тест объективно доказывает недержание мочи – пациентку с подозрением на СНМ необходимо попросить несколько раз подряд интенсивно покашлять при наполненном мочевом пузыре. Pad-тест (тест с прокладками) может быть коротким (за 1 ч) и продолжительным (за 24 ч). Тест является количественным методом оценки потери мочи. Он основан на измерении разницы в весе сухой прокладки и после указанного периода времени. Потеря мочи, превышающая 4 г/сут, рассматривается как положительный Pad-тест.

Целесообразно определение объема остаточной мочи при УЗИ или методом прямой катетеризации. Показатель имеет клиническое значение, если объем остаточной мочи превышает 30% от емкости мочевого пузыря.

Уродинамическое исследование рекомендуется проводить у женщин при безуспешной консервативной терапии или перед плановым хирургическим лечением. Стандартным исследованием является цистометрия наполнения и опорожнения. Уродинамическим подтверждением СНМ в неосложненных случаях является непроизвольная потеря мочи при повышении внутрибрюшного давления в отсутствие непроизвольных сокращений детрузора [4, 5].

Смешанная форма недержания мочи характеризуется как непроизвольная потеря мочи, сопровождающаяся непреодолимым позывом к мочеиспусканию либо физическим напряжением, двигательной активностью, чиханьем или кашлем.

Лечение недержания мочи

У пациентов с ГАМП лечение направлено на восстановление утраченного контроля за накопительной способностью мочевого пузыря (снижение его сократительной способности и увеличение функциональной активности).

При ГАМП основной метод лечения – медикаментозный. М-холинолитики являются на сегодняшний день «золотым стандартом» фармакотерапии инконтиненции, обусловленной гиперактивным детрузором. Они блокируют М-холинорецепторы, являясь конкурентными ингибиторами ацетилхолина на рецепторах постсинаптических мембран гладкой мускулатуры. При этом ингибируется ответ,

вызванный постганглионарной парасимпатической активацией блуждающего нерва.

В мочевом пузыре мускариновые рецепторы располагаются в гладкомышечной ткани детрузора, уротелии и парасимпатических и симпатических нервных окончаниях. Существует 5 подтипов мускариновых рецепторов, получивших названия M₁, M₂, M₃, M₄, M₅. Ведущее значение в функции мочевого пузыря имеют подтипы M₂ и M₃. По современным данным, M₃-рецепторы играют основную роль в сокращении гладкомышечной ткани детрузора, в то время как M₂-рецепторы тормозят его симпатически-опосредованное расслабление. Таким образом, M₂- и M₃-рецепторы действуют содружественно, способствуя опорожнению мочевого пузыря [10, 11].

М-холинолитики являются базисными препаратами. Они используются как в качестве монотерапии, так и в сочетании с поведенческой терапией, методом биологической обратной связи (БОС), физиотерапией и другими лекарственными препаратами.

М-холинолитики для лечения ГАМП подразделяются на:

- третичные аммониевые соединения: оксибутинин, толтеродин, солифенацин, дарифенацин, другие препараты этой группы (фезотеродин, пропиверин) в РФ не зарегистрированы;
- четвертичные аммониевые соединения: тропсия хлорид.

Начальный период приема М-холинолитиков составляет 12 нед. Применение М-холинолитиков приводит к уменьшению симптомов ГАМП. Тропсия хлорид обладает наивысшим среди М-холинолитиков сродством ко всем видам М-холинорецепторов (табл. 2) и наиболее специфичен в отношении связывания с M₂- и M₃-рецепторами, что позволяет предполагать его более высокую эффективность в ослаблении сокращений детрузора.

Основным химическим отличием четвертичных аминов является наличие у них положительного заряда и как следствие этого – гидрофильных свойств, в то время как третичные амины не имеют заряда и характеризуются липофильностью, что способствует более легкому проникновению через клеточные мембраны. В связи с этим тропсия хлорид не проникает через гематоэнцефалический барьер и практически не вызывает побочные эффекты со стороны центральной нервной системы [7, 12, 13] и значительно реже побочные эффекты вообще, например, сухость во рту [14] или нарушения аккомодации [15]. Это позволяет рассматривать тропсия хлорид препаратом выбора у неврологических больных [16, 17] и пожилых пациентов [18].

Безопасность применения тропсия хлорида по сравнению с другими М-холинолитиками обусловлена еще и тем, что это единственный М-холинолитик, не метаболизирующийся в печени и не влияющий на ее функции (не участвует в метаболизме ферментов из группы цитохрома Р-450), что предполагает возможность его безопасного применения с другими лекарственными препаратами [7, 12, 13, 19], а также у пациентов с нарушениями функциональных печеночных проб.

Накопление тропсия хлорида в неизменном виде происходит в мочевом пузыре. При этом тропсия хлорид вто-

рично оказывает воздействие на М-холинорецепторы слизистой и подслизистой оболочек мочевого пузыря. Благодаря этому двойному действию троспия хлорид обладает усиленным терапевтическим эффектом.

На российском фармацевтическом рынке более 10 лет присутствует представленный эксклюзивным дистрибьютором в РФ компанией «PRO.MED.CS Praha, a.s.» (Чешская Республика) оригинальный препарат троспия хлорида – Спазмекс® компании «Dr. R.Pfefer, Chemische Fabric, GmbH» (Германия). Препарат выпускается в таблетках по 5, 15 и 30 мг. Благодаря своей безопасности – отсутствию воздействия на центральную нервную систему и метаболизма в печени дозу препарата Спазмекс® возможно титровать, т.е. увеличивать при слабом результате или его отсутствии.

Взрослым и детям с 14 лет препарат Спазмекс® назначают индивидуально в зависимости от клинической картины и тяжести заболевания. Препарат принимают по 2–3 таблетки 5 мг 3 раза в сутки (30–45 мг) с интервалами в 8 ч. При суточной дозе 45 мг допустимо принимать по 30 мг утром и 5 мг вечером. Препарат в дозировке 15 мг принимают по 1 таблетке 3 раза в сутки (45 мг) с интервалами в 8 ч, а в дозировке 30 мг принимают по 1/2 таблетки 3 раза в сутки или 1 таблетке утром и 1/2 таблетки вечером (суточная доза 45 мг). При необходимости суточная доза может быть увеличена до 60 мг в сутки.

У пациентов с почечной недостаточностью (клиренс креатинина 10–30 мл/мин/1,73 м²) суточная доза препарата не должна превышать 15 мг. Пациентам пожилого возраста Спазмекс® назначают по 5 мг 3 раза в сутки.

После исчезновения симптоматики рекомендуется продолжить лечение в качестве противорецидивной терапии в течение 2–4 нед (общая продолжительность лечения составляет 2–3 мес).

При терапии ГАМП возможно применение лекарственных препаратов других групп, которые используются реже, в качестве препаратов резерва или в сочетании с М-холинолитиками. К ним относятся α-адреноблокаторы (альфузозин, доксазозин, празозин, тамсулозин, теразозин), трициклические антидепрессанты (имипрамин, амитриптилин), блокаторы кальциевых каналов (нифедипин).

Определенное значение имеет коррекция сопутствующей терапии. Так, проведенная нами коррекция антигипертензивной терапии у пациенток с артериальной гипертензией, заключавшаяся в замене тиазидного диуретика гидрохлоротиазида на индапамид (Индап®), привела к уменьшению количества мочеиспусканий и urgentных позывов и сопровождалась улучшением метаболических процессов в организме, а также контролем артериального давления [20].

При недостаточной эффективности или в случае выраженных побочных эффектов медикаментозной терапии могут быть использованы альтернативные методы лечения, к которым относят нейромодуляцию (тибиальную и сакральную), инъекции ботулинического токсина типа А в детрузор, блокаторы ваниллоидных рецепторов (капсаицин, резиниферотоксин), метод рефлекторного или «индуцированного» мочеиспускания, хирургическое лечение (сфинктеротомия, уретральный стент, расширительная пластика мочевого пузыря, цистостомия, илеоконduit, илеоцистостома).

Существует три типа лечения СНМ: консервативное, фармакологическое и хирургическое.

Консервативное лечение СНМ заключается в изменении жизненных стереотипов (снижение массы тела, прекращение курения, ограничение потребления кофе), регулярном опорожнении кишечника, лечении легочных заболеваний, упражнений для мышц промежности и других видах лечения, которые могут улучшить функциональное состояние мышц тазового дна. Необходима тренировка

мочевого пузыря, которая заключается в постепенном удлинении промежутков времени между мочеиспусканиями. Гимнастические упражнения направлены в первую очередь на укрепление сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки. Они оказывают также стимулирующее действие и на мышцы брюшного пресса, органов малого таза и промежности, уменьшая пузырно-уретральный угол. В результате восстанавливаются нормальные анатомические соотношения между шейкой мочевого пузыря, уретрой и лобковым симфизом. Существует целый ряд авторских методик: лечебная физкультура по Д.Н.Атабекову, гимнастика по Ф.А.Юнусову, упражнения Н.Кегеля.

В настоящее время широкое применение находят специальные эндоуретральные obturatory, создающие препятствие непроизвольному выделению мочи. Пациентку обучают введению obturatory в уретру, и в дальнейшем в амбулаторных условиях она использует их самостоятельно, удаляя перед очередным произвольным мочеиспусканием.

Метод БОС основан на эффекте рефлекторного торможения сокращений детрузора при произвольных и достаточных по силе сокращениях промежности. Идея БОС состоит в получении визуального или слухового сигнала от датчика, введенного во влагалище или прямую кишку, о состоянии мышц тазового дна. При данном методе пациентка обучается сокращать и расслаблять мышцы промежности и таким образом улучшать механизм удержания мочи.

В период климакса или менопаузы недержание мочи в ряде случаев успешно лечится назначением заместительной гормональной терапии.

Лекарственные средства позволяют затормозить сокращение стенок мочевого пузыря, вызвать сокращение сфинктера или снизить выработку мочи. Наибольшего эффекта можно достичь при сочетании с гормональной терапией. Необходимо подчеркнуть, что из большого количества лекарств, предложенных для лечения недержания мочи, лишь назначение препаратов с антихолинэргической активностью (Спазмекс® и другие М-холинолитики) является патогенетически обоснованным [21, 22].

Цель оперативного лечения СНМ – восстановление нормальных анатомических соотношений малого таза и нижних мочевых путей. При дислокации нормального уретровезикального сегмента и проксимальной части мочеиспускательного канала основной целью оперативного лечения является восстановление измененных топографо-анатомических соотношений путем перемещения и фиксации уретровезикального сегмента в нормальном анатомическом положении (разные варианты уретроцистоцервикоплексий). Техника классической slingовой операции заключается в проведении петли под уретрой или шейкой мочевого пузыря и фиксируется к апоневрозу прямых мышц живота или к 0, что позволяет «стабилизировать» уретру.

В последнее время все большей популярностью пользуются так называемые минимально инвазивные вмешательства, направленные на коррекцию СНМ и обладающие определенными преимуществами перед традиционными операциями (местное обезболивание, непродолжительность операции, хорошая переносимость, короткий период реабилитации, лучшие функциональные результаты). К ним относятся: операция Ульмстена (TVT-методика), лапароскопические вмешательства, парауретральные инъекции коллагена и имплантация микробаллонов, устройства для костной фиксации уретровезикального сегмента.

В случае наличия у пациентки смешанной формы недержание мочи крайне важно определить ведущий компонент в развитии недержания. У 55% женщин, обратившихся с симптомами смешанного недержания мочи, клинически пре-

обладает ургентный компонент недержания мочи, а стрессовый – у 38% пациенток. От этого зависит определение дальнейшей тактики лечения больной. Назначение М-холинолитиков (Спазмекс®) позволяет выделить стрессовый компонент, устранив гиперактивный, и определить показания к возможному оперативному вмешательству [23, 24], поскольку от 30 до 50% прооперированных пациенток со смешанной формой недержания мочи в послеоперационном периоде имеют симптомы ГАМП, а у 1/2 из них детрузорная гиперактивность подтверждена при цистометрии.

Прогноз

К сожалению, большинство пациентов с симптомами ГАМП занимаются «самолечением», ограничивая прием жидкости и используя прокладки и другие гигиенические средства. Около 2/3 больных «выжидают» в среднем 2 года, прежде чем обратиться к врачу для диагностики и лечения. При медикаментозной терапии прогноз в целом благоприятный, однако после прекращения приема лекарственных препаратов возможен рецидив.

Окончательным критерием положительного результата оперативного лечения СНМ считаются восстановление адекватного акта мочеиспускания, отсутствие остаточной мочи и признаков рецидива основного заболевания. Несмотря на значительные успехи оперативного лечения недержания мочи при напряжении, от 10 до 30% оперативных вмешательств не приводят к устранению недержания. К осложнениям операций следует отнести нарушения сексуальной функции (примерно в 20% случаев после slingовых операций пациентки испытывают дискомфорт при половой жизни в течение первых 4 мес и в 5% случаев – в течение года).

Профилактика недержания мочи

Первичная профилактика заключается в воздействии на возможные факторы риска недержания мочи. Вторичная профилактика – в формировании необходимости обращения пациента к врачу при наличии симптомов.

Наличие на российском фармацевтическом рынке М-холинолитиков и в первую очередь четвертичного аммониевого соединения тростия хлорида (Спазмекс®) позволяет проводить эффективную фармакотерапию недержания мочи, не ограничиваясь лишь гигиеническими рекомендациями.

Основными показаниями к назначению препарата Спазмекс® являются: 1) ГАМП, сопровождающийся недержанием мочи, императивными позывами к мочеиспусканию и увеличением частоты мочеиспусканий (при идиопатической гиперактивности детрузора негормональной и неорганической этиологии); 2) смешанные формы недержания мочи; 3) ночной и дневной энурез; 4) поллакиурия, никтурия, ноктурия; 5) спастические нейрогенные нарушения функции мочевого пузыря (при нейрогенной гиперактивности/гиперрефлексии детрузора на фоне рассеянного склероза, спинальных травм, врожденных и приобретенных заболеваний спинного мозга, инсультов, паркинсонизма); 6) детрузор-сфинктер-диссинергия на фоне интентитирующего катетеризма; 7) комплексная терапия циститов, сопровождающихся императивной симптоматикой. Опыт применения препарата Спазмекс® свидетельствует о его безопасности и эффективности в лечении недержания мочи у разных категорий пациентов [4, 5, 12, 13, 16–19, 21–29].

Важное место в профилактике приобретает образование населения, осуществляемое через средства массовой информации и Интернет. Например, интернет-сайт www.gamru.net посвящен проблеме нарушений мочеиспускания и предназначен для пациентов. Он содержит информацию о недержании мочи, изложенную доступным широкому населению языком, страницу советов, форум,

где пациенты могут обсудить свои проблемы и получить первичную консультацию специалиста.

Литература

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardization Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167–78.
2. Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760.
3. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol* 2003; 20: 327–36.
4. Пушкарь ДЮ. Гиперактивный мочевой пузырь у женщин. М: МЕДпресс-информ, 2003.
5. Мазо ЕБ, Кривобородов ГГ. Гиперактивный мочевой пузырь. М: Вече, 2003.
6. Stenzelius K, Mattiasson A, Hallberg IR, Westergren A. Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourol Urodyn* 2004; 23: 211–22.
7. Трухан ДИ, Викторова ИА. Болезни почек и мочевых путей. М: Практическая медицина, 2011.
8. Трухан ДИ, Филимонов СН, Тарасова ЛВ. Клиника, диагностика и лечение основных заболеваний почек и мочевых путей. Новокузнецк: Полиграфист, 2014.
9. Трухан ДИ, Тарасова ЛВ, Быстрова ДА. Диагностический и лечебный алгоритм при недержании мочи. *Справ. поликлин. врача*. 2013; 6: 39–41.
10. Ikeda K, Kobayashi S, Suzuki M et al. M₃ receptor antagonism by the novel antimuscarinic agent solifenacin in the urinary bladder and salivary gland. *Naumyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol* 2002; 366: 97–103.
11. Napier CM, Gupta P. Darifenacin is selective for the human recombinant M₃-receptor subtype. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 445.
12. Пушкарь ДЮ, Шавелева ОВ. Спазмекс в лечении больных с гиперактивным мочевым пузырем. *Урология*. 2003; 4: 46–9.
13. Мазо ЕБ, Иремашвили ВВ. Тростия хлорид – четвертичный амин для лечения больных с синдромом гиперактивного мочевого пузыря. *Cons. Med.* 2004; 4: 510–3.
14. Трухан ДИ, Викторова ИА, Трухан ЛЮ. Изменение органов и тканей полости рта при заболеваниях внутренних органов. М: Практическая медицина, 2012.
15. Трухан ДИ, Лебедев ОИ. Изменение органов зрения при заболеваниях внутренних органов. М: Практическая медицина, 2014.
16. Мазо ЕБ, Бабанина ГА. Тростия хлорид (спазмекс) в лечении симптомов нижних мочевых путей у больных с нейрогенным гиперактивным мочевым пузырем вследствие вертеброгенных поражений. *Урология*. 2007; 3: 15–9.
17. Лузанова ЕИ, Вельская ГН, Шалаиов ВА. Особенности диагностики и лечения тазовых нарушений у больных рассеянным склерозом. *Урология*. 2011; 6: 16–20.
18. Бабанина ГА. Тростия хлорид в лечении недержания мочи у пациентов пожилого возраста. *Cons. Med.* 2004; 12: 955–8.
19. Школьников МЕ. Спазмекс (тростия хлорид) в лечении больных ургентным недержанием мочи: новые данные. *Cons. Med.* 2011; 7: 44–7.
20. Трухан ДИ, Гаврилов АС, Мазуров АЛ. Коррекция антигипертензивной терапии у пациенток с гиперактивным мочевым пузырем. *Международ. журн. прикладных и фундам. исследований*. 2011; 12: 34–5.
21. Данилов ВВ, Данилова ТИ. М-холинолитик спазмекс и его роль в предоперационной подготовке больных с недержанием мочи. *Урология*. 2007; 1: 33–40.
22. Данилова ТИ, Данилов ВВ, Лучинский СА, Данилов ВВ. (мл). Расстройство мочеиспускания и сексуальные дисфункции у женщин: вопросы назначения м-холинолитика спазмекса. *Фарматека*. 2012; 12: 90–5.
23. Неймарк АИ, Раздорская МВ. Диагностика и лечение у женщин со смешанными формами недержания мочи. *Рос. вестн. акушера-гинеколога*. 2012; 3: 61–6.
24. Данилов ВВ, Лучинский СА, Данилова ТИ. Женские сексуальные дисфункции и расстройства мочеиспускания. *Гинекология*. 2013; 3: 58–61.
25. Новожилов ЕВ, Яновой ВВ, Малаев АА, Завгородний ВН. Неинвазивный уродинамический мониторинг в оценке эффективности консервативного лечения гиперактивного мочевого пузыря у детей. *Дальневосточный мед. журн.* 2009; 3: 58–60.
26. Школьников МЕ, Кривобородов ГГ, Ефремов НС. Тростия хлорид (Спазмекс) в лечении больных с гиперактивным мочевым пузырем. *Cons. Med.* 2011; 7: 16–8.
27. Школьников МЕ, Кривобородов ГГ, Ефремов НС. Роль тростия хлорида (Спазмекс) в лечении мужчин с симптомами гиперактивного мочевого пузыря и аденомой предстательной железы. *Cons. Med.* 2011; 7: 43–6.
28. Кульчавеня ЕВ, Брижаток ЕВ, Бреусов АА. Гиперактивный мочевой пузырь как маска хронического простатита. *Урология*. 2012; 6: 43–6.
29. Данилов ВВ, Лучинский СА, Вольных ИЮ. М-холинолитики и вопросы назначения терапии при синдроме императивного мочеиспускания. *Гинекология*. 2013; 1: 34–7.