

ДО ПИТАННЯ ПРО НЕТРИМАННЯ СЕЧІ У ЖІНОК

Проф. Н. М. ПАСІЄШВІЛІ, доц. В. С. ЛУПОЯД,
канд. мед. наук Ю. О. МОШКО, канд. мед. наук В. О. ІЛЬЧЕНКО

КНП ХОР «Обласний клінічний перинатальний центр», Харків, Україна

Розглянуто класифікацію, основні питання етіопатогенезу, клініки, діагностики, а також схеми консервативної терапії та методи хірургічного лікування жінок із нетриманням сечі.

Ключові слова: нетримання сечі, мимовільне сечовипускання, перименопаузальний вік, уретропексія, пролапс геніталій.

Скільки жінок страждають від мимовільного сечовипускання, невідомо, тому що проблемою нетримання сечі (НС) (а саме про це піде мова) не прийнято ділитися з подругами й родичами, не кажучи вже про те, щоб звернутися до лікаря. Ось ця сором'язливість та ставлення жінок до НС як однієї з ознак старіння призвели до того, що на сьогоднішній день ми точно не знаємо, яка кількість жінок стикається з цією проблемою. За даними різних авторів, від 10 до 50% жінок у перименопаузальному віці відзначають мимовільне сечовипускання, зокрема І. Аполіхіна (2006) вважає, що майже 36% осіб у віці старше 55 років страждають на НС [1].

Завжди вважалося, що основною причиною, яка призводить до спонтанного витікання сечі, є патологічні пологи, що супроводжувалися акушерськими операціями або мали затяжний, тривалий характер. Відомо, що при таких пологах часто виникають травми промежини та м'язів тазового дна, які призводять до порушення замикального сфінктера шийки сечового міхура та зміни осі «сечовий міхур – уретра» (особливо при опущенні передньої стінки піхви). При цьому через послаблення зв'язок сечовивідного каналу й уретроцервікального простору виникає НС.

НС можна умовно розділити на два різновиди: анатомічне, зумовлене послабленням зв'язкового апарату уретри й уретровезикального сегмента, й таке, що пов'язане із захворюваннями сечового міхура, які призводять до порушення замикальної функції і можуть прогресувати з віком жінки, коли змінюється співвідношення статевих і глюкокортикоїдних гормонів та їх вплив на альфа- і бета-адренорецептори. Усі ці зміни в ділянці сечового міхура можуть також прогресувати під впливом надмірних фізичних навантажень.

Міжнародне товариство з вивчення утримання сечі (ICS) у 2002 р. представило свою класифікацію НС [2]: стресове (становить 50–80%) – мимовільне сечовипускання при кашлі, чиханні або різкому напруженні (при закрепах); імперативне (ургентне) – коли відбувається спонтанне сечовипускання після його різкого позиву; сполучення двох форм НС (стресового й ургентного) називається змішаним нетриманням, а будь-яка втрата

сечі без бажання помочитися – енурезом, який може бути нічним (коли сеча виділяється мимоволі під час сну), при переповненому сечовому міхурі (парадоксальна ішурия). НС може бути постійним. Цей стан трапляється й при сечостатевих норицях, але це вже окрема глава гінекології.

При зборі анамнезу слід намагатися виявити фактори, які могли сприяти виникненню НС: ускладнені, затяжні пологи, тяжка фізична праця, варикозна хвороба геніталій, ожиріння, хірургічні втручання на статевих органах і в малому тазу, порушення нервової системи.

Діагностика НС має кілька етапів. На першому етапі проводять повне клінічне обстеження, оцінку гінекологічного статусу, адже НС найчастіше спостерігається у жінок з опущенням передньої стінки піхви. Необхідно оцінити рухливість шийки сечового міхура при натужуванні або кашлі, чиханні тощо. Сюди ж слід додати й лабораторні методи дослідження – загальний аналіз сечі, бактеріальне дослідження сечі на флору з визначенням чутливості до антибактеріальних препаратів.

Р. Abrams, A. J. Wein у 1998 р. розробили спеціальну таблицю для осіб із розладами сечовипускання, яка дає змогу жінці самій оцінити кількість сечі, що виділяється, частоту сечовипускання за 24 год, число епізодів НС, фізичну активність тощо (таблиця). За допомогою цієї таблиці можна провести диференційну діагностику між стресовим та ургентним НС.

Проведення функціональних проб дає змогу лікарю довести наявність НС у пацієнтки. Найпростішою з них є кашлева: жінці з повним сечовим міхуром пропонують покашляти, а саме – зробити три-чотири кашлевих поштовхи при повному вдиху. При підтіканні сечі проба вважається позитивною (проба проводиться на гінекологічному кріслі).

Можна використовувати пробу з натужуванням, коли жінці, яка перебуває на гінекологічному кріслі, пропонують зробити глибокий вдих і потужитися – при НС у цей час із уретри з'являється сеча.

Використовують також пробу з одноденним прокладковим тестом, пробу з тампоном-аплікатором, введеним у піхву в ділянку шийки

Опитувальник для пацієнток із розладами сечовипускання (P. Abrams, A. J. Wein, 1998)

Симптоми	Гіперактивний сечовий міхур	Стресове НС
Часті позиви (понад 8 разів на добу)	Так	Ні
Імперативні позиви (раптове гостре бажання помочитися)	Так	Ні
Неодноразове переривання нічного сну, спричинене позивами до сечовипускання	Звичайно	Рідко
Здатність вчасно дістатися до туалету після позиву	Ні	Так
Нетримання, що виникає при фізичному навантаженні (кашель, сміх, чихання тощо)	Ні	Так

сечового міхура, стоп-тест, що дає змогу визначити нездатність сфінктера сечового міхура до довільного скорочення та гіперактивного детрузора до утримання сечі.

Комплексне уродинамічне дослідження (КУДД) належить до методів діагностики нестабільності уретри й детрузорної гіперактивності, що допомагає лікарю визначити тактику лікування й не робити необґрунтованих хірургічних втручань у жінок із гіперактивним сечовим міхуром. КУДД включає декілька процедурних заходів: цистометрію — реєстрацію об'єму сечового міхура й змін тиску в ньому в міру його наповнення; урофлуорометрію — вимірювання кількості сечі, що виділяється за одиницю часу (зазвичай у мл/с); профілометрію уретри — визначення внутрішньоуретрального тиску для оцінки замикальної функції сечовипускального каналу. Можна використовувати й цистоскопію, особливо якщо є підозра на наявність запальних або неопластичних процесів у сечовому міхурі.

Провівши повне обстеження й отримавши всю інформацію щодо функціонального стану сечового міхура й уретри, лікар повинен визначити тактику лікування: консервативну або оперативну [3, 4]. Метою лікування є зниження частоти відвідувань туалету й збільшення інтервалів між ними, збільшення ємності сечового міхура, а в цілому — підвищення якості життя жінки.

Класикою лікування гіперактивного сечового міхура вважають використання антихолінергічних препаратів, антагоністів альфа-адренорецепторів, інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну. Найбільш відомими препаратами є оксібутинін, толтеродин, троспію хлорид. Оксібутинін добре усуває виражені симптоми гіперактивного сечового міхура, призначається по 2,5–5 мг 2–3 рази на день. При появі ускладнень (закрепи, тахікардія) дозу препарату можна зменшити (у такому випадку доза підбирається індивідуально). Толтеродин добре переноситься пацієнтками, і його можна застосовувати протягом тривалого часу по 2 мг 2 рази на день у жінок усіх вікових груп. Троспію хлорид призначають по 5–15 мг 2–3 рази на день. Він не долає гема-

тоенцефалічний бар'єр, забезпечуючи відсутність побічних ефектів.

При нестабільності уретри та/або інфравезикальної обструкції рекомендують використовувати альфа-адреноблокатори: празозин по 0,5–1 мг 1–2 рази на добу, теразозин по 1–10 мг 1–2 рази на добу, альфузозин по 5 мг на день, тамсулозин по 0,4 мг на день.

Можна також застосовувати трициклічні антидепресанти — іміпрамін по 25 мг 1–2 рази на день.

Бажано усім жінкам у менопаузі проводити гормонозамісну терапію препаратами «Лензетто», «Фемостон Конті Міні» або «Фемостон 1/5 Конті».

Зазвичай консервативне лікування НС проводять протягом 3–5 міс, спостерігаючи за пацієнткою та оцінюючи ефективність призначеної терапії. За відсутності ефекту від медикаментозної терапії необхідно вирішувати питання щодо хірургічної корекції, оскільки у важких випадках НС найбільш ефективним методом лікування буде операція. В основному це слінгові операції з використанням синтетичних матеріалів — TVT, TVT-o.

Найчастіше як метод корекції стресової інконтиненції (стресового мимовільного сечовипускання) застосовується уретропексія вільною синтетичною петлею (TVT-o). Після операції майже у 70 % жінок зникають симптоми НС.

За наявності пролапсу геніталій показана хірургічна корекція, адже у 80 % жінок із опущенням і випадінням внутрішніх статевих органів діагностують стресове НС. При випадінні матки виконують екстирпацію матки (частіше — піхвовим, рідше — абдомінальним доступом), кольпорафію, кольпоперинеорафію. При цьому одночасно здійснюють й уретропексію [5]. Вагінальний доступ кращій завдяки тому, що можна під час операції усунути не лише пролапс геніталій, а й симптоми НС при напруженні. Спостереження за жінками після операцій показує, що майже 95 % жінок переставляють скаржитися на стресове НС.

Таким чином, НС є вкрай делікатною проблемою, що перебуває на стику двох спеціальностей — гінекології та урології, її вирішення потребує диференційованого, індивідуального підходу до вибору тактики лікування.

Список літератури

1. Аполихина И. А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное

лечение недержания мочи у женщин: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.06. М., 2006. 47 с.

2. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the standardization subcommittee of the International Continence Society / P. Abrams et al. // *Neurourology and Urodynamics*. 2002. Vol. 21. P. 167-178. doi: <https://doi.org/10.1002/nau.10052>
3. Яцина О. І. Патогенетичні механізми уродинамічних розладів та їх експериментальна фармакотерапія (експериментально-клінічне дослідження): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Суми, 2019. 39 с.
4. Вибір методу хірургічного лікування стресового нетримання сечі у жінок без пролапсу тазових органів / В. І. Горючий, О. І. Яцина, Л. Ю. Трифонюк, Р. К. Балацький // *Медичні аспекти здоров'я жінки*. 2017. № 5. С. 36–45.
5. Чайка О. М. Періопераційна діагностика та диференційоване лікування нетримання сечі у жінок з генітальним пролапсом (клініко-експериментальне дослідження): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. К., 2016. 24 с.

К ВОПРОСУ О НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Н. М. ПАСИЕШВИЛИ, В. С. ЛУПОЯД, Ю. А. МОШКО, В. А. ИЛЬЧЕНКО

Рассмотрены классификация, основные вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, а также схемы консервативной терапии и методы хирургического лечения женщин с недержанием мочи.

Ключевые слова: недержание мочи, самопроизвольное мочеиспускание, перименопаузальный возраст, уретропексия, пролапс гениталий.

ON THE ISSUE OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

N. M. PASIESHVILI, V. S. LUPOYAD, Yu. O. MOSHKO, V. O. ILCHENKO

The classification, main issues of etiopathogenesis, clinic, diagnosis, as well as the protocols of conservative therapy and methods of surgical treatment for women with urinary incontinence have been considered.

Key words: urinary incontinence, involuntary urination, perimenopausal age, urethropexy, genital prolapse.

Надійшла 20.01.2021