

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2011 • Том 5 • № 4

**Беременность при первичном
склерозирующем холангите**

**Роль сочетанной патологии
в неудачных протоколах ЭКО**

Данная интернет-версия статьи была скачана с сайта <http://www.gyn.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях. Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел: +74956495495; e-mail: info@irbis-1.ru
Copyright © 2011. Издательство ИРБИС

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН (лекция)

Неймарк А.И., Раздорская М.В.

*Кафедра урологии и нефрологии (зав., проф. А.И. Неймарк)
Алтайского государственного медицинского университета,
г. Барнаул*

Резюме: Важной и до конца не изученной проблемой урогинекологии является диагностика и лечение недержания мочи у женщин. Полное недержание мочи встречается при мочеполювых свищах. Частичное – это недержание мочи при напряжении или стрессовое недержание мочи, императивное и смешанное недержание мочи. Существует множество факторов, которые играют роль в развитии недержания мочи. Анатомо-топографические особенности строения малого таза, общность кровоснабжения, иннервации, тесные функциональные связи позволяют рассматривать малый таз как единую многокомпонентную, сложную систему, где практически любые, на первый взгляд локальные, изменения трансформируются в дисфункции и в анатомические нарушения соседних органов. Залогом успешного лечения пациенток с недержанием мочи является квалифицированное и полноценное обследование, основанное на тесном контакте с больной, приверженность современным алгоритмам диагностики, корректное и профессиональное выполнение методов инструментального обследования.

Ключевые слова: недержание мочи, диагностика, лечение

Введение

Важной и до конца не изученной проблемой урогинекологии является диагностика и лечение недержания мочи (НМ) у женщин. НМ может быть полным и частичным. Полное НМ встречается при мочеполювых свищах, как правило это следствие травмы при родах или гинекологических операциях, где так или иначе нарушается целостность мочеточников, мочевого пузыря или уретры. Также это может быть следствием рентгенотерапии, так называемые постлучевые свищи.

Лечение мочеполювых свищей только оперативное. Частичное НМ – это неспособность удержать какое-то количество мочи, но произвольный компонент акта мочеиспускания сохранен. Сюда можно отнести недержание мочи при напряжении или стрессовое недержание мочи (СНМ), императивное и смешанное НМ.

Под СНМ понимают непроизвольное подтекание мочи через неповрежденный мочеиспускательный канал в моменты повышения внутрибрюшного давления, что бывает при кашле, смехе, физической работе, ходьбе. СНМ – это непроизвольная потеря мочи, которая может быть объективно продемонстрирована, является социальной и гигиенической проблемой. Согласно данным европейской и американской статистики около 45% женского населения в возрасте 40-60 лет отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи, в России эта цифра составляет 38,5% [10; 16]. В клинической практике используется классификация Д.В. Кана, определяющая степень НМ, согласно которой выделяют легкую, среднюю и тяжелую степени. При легкой степени непроизвольное выделение мочи отмечается только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления, например, при сильном кашле, быстрой ходьбе. При этом потеря мочи может исчисляться всего несколькими каплями. При средней степени клинические признаки появляются во время спокойной ходьбы, при легкой физической нагрузке и т.д. При тяжелой степени больные полностью или почти полностью теряют мочу. Расслабление мышц тазового дна играет при этом большую роль и происходит оно при переходе из горизонтального положения в вертикальное, во время полового акта и даже во сне.

Императивное НМ – это неспособность удержать мочу после позыва. Императивный или повелительный позыв возникает при рефлекторном сокращении мочевого пузыря или уретры в ответ на изменение внутрибрюшного давления или раздражение рецепторов шейки мочевого пузыря (рефлексогенной зоны).

Такое НМ называют ургентным или неудержанием мочи, что характерно для гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). ГАМП – хронический симптомокомплекс нарушения мочеиспускания. По определению Европейской Ассоциации урологов по гиперактивному мочевому пузырю и императивному НМ, он характеризуется учащенным мочеиспусканием в сочетании с ургентным НМ или без него [8; 15]. Последнее встречается у трети пациенток.

Смешанное НМ – термин используется для описания симптомов как стрессового, так и императивного НМ, и встречается у 50–60% пациенток [9], что является терапевтической и диагностической дилеммой. Тщательный сбор анамнеза помогает выявить симптомы обоих типов НМ.

Этиология и патогенез

Существует множество факторов, которые играют роль в развитии НМ. Анатомо-топографические особенности строения малого таза, общность кровоснабжения, иннервации, тесные функциональные связи позволяют рассматривать малый таз как единую многокомпонентную, сложную систему, где практически любые, на первый взгляд локальные, изменения трансформируются в дисфункции и в анатомические нарушения соседних органов (мочевыводящих путей, половых органов, прямой кишки) [13].

Утрата нормального тонуса соединительнотканых образований и связок, поддерживающих шейку мочевого пузыря и проксимального отдела уретры, является основным патогенетическим звеном в развитии заболевания [7]. При этом шейка мочевого пузыря теряет способность полностью замыкать выход из пузыря, поскольку в состоянии напряжения смещается патологически низко [1]. Возникает непроизвольное отделение мочи.

Однако нарушение синтопии мочевого пузыря и уретры не является единственным механизмом патогенеза СНМ у женщин. Установлено, что в норме существует определенный уретрально-пузырный градиент давления, при котором давление в уретре при любых условиях всегда выше, чем давление в мочевом пузыре [12]. При этом повышение внутрибрюшного давления, возникающее при физическом напряжении, равномерно передается на мочевой пузырь и уретру. Имеющееся в них давление повышается на одну и ту же величину. Существующий до повышения внутрибрюшного давления уретрально-пузырный градиент не меняется, т.к. разница давлений в пузыре и уретре остается прежней. Если же по одной из вышеуказанных причин действие этого механизма нарушается и состояние напряжения меняет обычный дифференциал давлений, возникает СНМ [3].

Недержание мочи в 2–3 раза чаще встречается у женщин, т.к. уретра женщины короче, а риск повреждения тканей уретры в связи с деторождением у женщин выше. Повреждение тканей мочевого пузыря во время влагалищных родов считается ключевым фактором в развитии СНМ, а также других аномалий поддержива-

ющего аппарата таза. Влагалищные роды вызывают повреждение нервов вследствие растяжения или компрессии, хотя это разрешается у 80% женщин [2]. Женщины после кесарева сечения имеют большую силу мышц тазового дна после родов по сравнению с женщинами, рожавшими через естественные родовые пути. Тем не менее кесарево сечение не является абсолютной защитой, т.к. беременность сама по себе может оказывать повреждающее действие на тазовое дно, вне зависимости от пути родоразрешения.

У многорожавших женщин более высокая частота СНМ по сравнению с нерожавшими женщинами и СНМ чаще наступает после трудных родов, носивших затяжной характер, сопровождавшихся акушерскими операциями или наоборот стремительных, во время которых разрываются мышцы тазового дна. В дальнейшем мышечные волокна замещаются соединительной тканью, которая не обеспечивает герметичное закрытие просвета проксимального отдела мочеиспускательного канала. Исследования подтверждают связь между заболеваниями соединительной ткани и СНМ. Женщины с грыжами живота, варикозом вен нижних конечностей, опущением гениталий составляют группу риска по развитию НМ. Встречаемость НМ увеличивается и с возрастом. Исследованиями доказано, что с каждыми 5 годами жизни в постменопаузе частота недержания мочи возрастает на 30% [5]. Вместимость мочевого пузыря, способность к отсрочке мочеиспускания, соответствие мочевого пузыря и скорость потока мочи уменьшаются с возрастом. У молодых людей большая часть принятой жидкости выделяется с мочой до перехода ко сну, но это меняется с возрастом в противоположную сторону. Один или два эпизода мочеиспускания за ночь может считаться нормой у пожилой женщины, тогда как у молодых пациенток такое состояние называют никтурией. Однако мочевая дисфункция в виде учащения, срочности позыва, стрессового и императивного НМ не являются нормальным результатом старения. Дефицит эстрогенов может приводить к урогенитальной атрофии с соответствующими изменениями в урогенитальном эпителии, включая истощение подслизистого сосудистого сплетения и уменьшение функциональной длины уретры.

Нейромышечное повреждение в тазовом дне вследствие хронического напряжения при запорах и поднятии тяжестей или заболевание позвоночных дисков также может стать причиной СНМ. Различные длительные заболевания, приводящие к повышению внутрибрюшного давления, такие как ожирение или хронические обструктивные легочные заболевания сопровождающиеся кашлем, тоже могут стать причинами развития СНМ. Наличие неоднократных хирургических вмешательств в малом тазу, изменяющих анатомию и нормальное функционирование органов, тоже является причиной СНМ. СНМ встречается и у нерожавших, и даже не живших половой жизнью женщин. От общего числа больных они составляют 1,5%, что связывают с неполноценностью соединительной ткани.

В настоящее время существует две теории развития ГАМП: нейрогенная и миогенная [11]. Согласно нейро-

генной теории симптомы ГАМП являются следствием повышенной афферентной активности или снижения контроля за накопительной функцией мочевого пузыря со стороны центральной или периферической нервных систем. Подтверждением этой теории служат данные, указывающие на то, что вследствие функциональной (детрузорно-сфинктерная диссинергия) инфравезикальной обструкции, а также при некоторых неврологических заболеваниях происходит активация так называемых С-рецепторов мочевого пузыря, что приводит к непроизвольным сокращениям детрузора. Миогенная концепция развития ГАМП предполагает, что причиной гиперактивности детрузора являются изменения в его миоцитах с нарушением межклеточных соединений, выступающих в качестве проводящих путей [14]. Спонтанные или вызванные сокращения отдельных миоцитов могут обусловить синхронное сокращение значительного количества мышечных клеток, что приводит к непроизвольным сокращениям детрузора в фазу наполнения. Существует много причин, приводящих к развитию ГАМП [6]. Некоторые больные имеют идиопатическую детрузорную гиперактивность, у других ГАМП развивается вследствие заболеваний центральной и периферической нервных систем. Развитие нейрогенной детрузорной гиперактивности вызывают следующие заболевания нервной системы: болезнь Альцгеймера, инсульт, опухоль мозга, рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания, болезнь Паркинсона, повреждение спинного мозга, стеноз позвоночного канала и другие вертеброгенные патологии. Как следствие появляется императивное или ургентное НМ.

Известно, что смешанная форма НМ может являться результатом функциональных нарушений детрузора, уретры, мышечного аппарата малого таза, нарушений иннервации либо результатом денервации этих структур. У некоторых женщин со смешанной формой НМ отмечается возникновение симптома «туннелизации» шейки мочевого пузыря и падение давления в мочеиспускательном канале непосредственно перед возникновением непроизвольного сокращения детрузора. Известно, что симптомы стрессового НМ могут привести к появлению императивных жалоб пациентки. Больная стремится опорожнять мочевой пузырь как можно чаще, чтобы избежать непроизвольной потери мочи, таким образом меняя нормальный ритм мочеиспусканий.

Обследование при НМ

Первый шаг в оценке пациентки с НМ – тщательный сбор анамнеза. Помимо общего медицинского, хирургического, гинекологического, акушерского анамнезов, врач должен уяснить продолжительность, частоту и тяжесть симптомов. Следует определить клинический тип и степень тяжести НМ, уточнить количество используемых прокладок, салфеток, подгузников. Должны быть оценены количество жидкости, которое пациентка выпивает за день, а также ее образ жизни и окружаю-

щая ее среда. Следует составить список всех принимаемых медицинских препаратов, а также выяснить наличие проводившегося ранее лечения. Особое внимание уделяют приему гормонозаместительных препаратов, лечению инфекций мочевого тракта, хирургическому вмешательству на мочеполовых органах.

Пациентка должна вести своеобразный дневник, т.е. записывать объем и частоту приема жидкости и мочеиспускания, а также симптомы и частоту позывов и случаи НМ за период 1-3 дня. Существует множество анкет и опросников в помощь врачу и пациентке для конкретизации жалоб и постановки правильного диагноза.

Физическое обследование

Полное объективное обследование должно быть выполнено при первом визите. Так как НМ может быть связано с нервным заболеванием, следует выполнить скрининговое неврологическое исследование с оценкой умственного статуса, чувствительной и моторной функций нижних конечностей.

Умственный статус помогает в диагностике функционального недержания. Исследование тазовых органов является важной частью обследования, в частности внимание следует уделить анатомии уретры, общему состоянию поддерживающего аппарата, стенок влагалища, эстрогенному статусу, присутствию рубцовой ткани. С целью оценки силы тазовой диафрагмы пациентку просят сжать мышцы так, как она это делает при попытке предупреждения отхождения газов. Оценка производится при бимануальном исследовании с помещением одного или двух пальцев во влагалище. Ректальное исследование также помогает в выяснении состояния, а также в выявлении присутствия недержания каловых масс. Пальпаторное обследование передней стенки влагалища на наличие флюктуации, образований или выделений, позволяет определить признаки уретрального дивертикула, рака или инфекции. Влагалищные складки имеют тенденцию к сглаживанию при отделении поддерживающей внутритазовой фасции. Оценивают наличие цистоцеле, ректоцеле или энтероцеле, степень опущения матки в покое и при напряжении.

Мочевой тест с напряжением

Пациентку просят выполнить прием Вальсальвы (натуживание) или сильно покашлять несколько раз для воспроизведения потери мочи. Если моча действительно при этом отделяется, то нет необходимости в более сложных обследованиях при помощи уродинамических тестов. Если не выявляется потери мочи, то пациентку просят встать с разведенными ногами на уровне плеч и покашлять. Потеря мочи при этом подтверждает диагноз НМ.

Неврологическое исследование

Управление позывом на мочеиспускание сложное и многоярусное, как автономное, так и произвольное.

Помимо сбора анамнеза и скрининга на неврологические симптомы необходимо тщательное объективное обследование, т.к. многие нервные болезни могут сопровождаться нарушением контроля позывов на мочеиспускание при отсутствии других явных неврологических нарушений. В данном случае требуется консультация невролога.

Анализ мочи

У всех пациенток следует исключить инфекцию мочевых путей путем выполнения общего анализа, посева или микроскопии мочи. Особенно это важно у пожилых пациенток, т.к. инфекция мочевого тракта может быть причиной или способствовать проявлению симптомов недержания.

Цистоуретроскопия

Цистоуретроскопия используется для оценки анатомии нижнего отдела мочевого тракта и состояния слизистой мочевого пузыря и уретры. Показана при гематурии, жалобах на дизурию, обструктивных состояниях, подозрении на дивертикул или свищ и обследовании накануне реконструктивной тазовой операции.

УЗИ мочевого пузыря

В последние годы широкое распространение получил ультразвуковой метод исследования, с помощью которого возможно оценить те же анатомические изменения, что и с помощью цистографии: конфигурацию шейки мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, положение шейки пузыря по отношению к симфизу. Результаты можно зафиксировать в обычном состоянии и при натуживании.

Использование ультразвуковых параметров для определения анатомо-функционального состояния уретрального сфинктера стало возможным благодаря развитию современных технологий трехмерной реконструкции изображения. В настоящее время разработаны критерии оценки состояния уретрального сфинктера, которые позволяют оценить объем, толщину стенок в различных отделах мочевого пузыря, состояние внутренней поверхности слизистой оболочки, диаметр и площадь сечения мочеиспускательного канала на поперечных срезах в верхней, средней и нижней трети уретры, состояния шейки мочевого пузыря и внутреннего сфинктера уретры. Достоинством метода является неинвазивность и возможность повторных исследований для оценки состояния пациентки в динамике. В некоторых случаях при подозрении на неврологическую патологию выполняют ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи.

Уродинамика

Уродинамическое исследование необходимо для определения и количественного измерения параметров накопительной и эвакуаторной функций мочевого пузыря, а также качественной оценки результатов. Урофлоуметрия – метод прямой графической регистра-

ции динамики объемной скорости потока мочи во время акта мочеиспускания. Урофлоуметрия является наиболее простым, физиологичным и неинвазивным методом исследования, позволяет оценить процесс опорожнения мочевого пузыря, который зависит от сократительной способности детрузора, влияния внутрибрюшного давления, степени открытия шейки и замыкательного аппарата мочевого пузыря, а также наличия препятствий к оттоку мочи в области шейки и в уретре. Исследование выполняется при наличии не менее 150,0 мл и не более 300,0 мл мочи в мочевом пузыре. По завершении исследования происходит автоматизированный анализ кривой с распечаткой на бумаге графических и цифровых данных. Полученные результаты оцениваются качественно и количественно. Обращается внимание на форму кривой, ее восходящую и нисходящую части – отрезки. При количественной оценке определяются 3 показателя урофлоуграм: TQ – время мочеиспускания, Qmax – максимальная объемная скорость потока мочи, Vcomp – объем выделенной мочи. Цистометрия – это исследование фазы наполнения мочевого пузыря, которое позволяет выявить физиологический и максимальный объем мочеиспускания, некоординированные, незаторможенные колебания детрузорного давления, тонус детрузора. Особую ценность представляют результаты цистометрической емкости и «стабильности» мочевого пузыря – колебаний детрузорного давления. В норме детрузорное давление в фазе наполнения мочевого пузыря повышается не более чем на 5 см вод. ст. (сокращения детрузора в фазе наполнения отсутствуют, сокращения при провокации кашлем или льющейся жидкостью не возникают). Цистометрическая емкость зависит от функции детрузора (нормальная, гиперактивность), эластичности стенки мочевого пузыря, сенсорной составляющей проводящих нервных путей относящихся к нижним мочевым путям. Гиперактивность детрузора характеризуется наличием непроизвольных детрузорных сокращений в фазу наполнения мочевого пузыря (спонтанных либо спровоцированных), которые не могут быть полностью прекращены волевым усилием пациента, что и является уродинамическими признаками ГАМП.

На основе данных литературы нами разработаны алгоритмы диагностики НМ у женщин (рис. 1, рис. 2).

Лечение СНМ

Нехирургические методы

Количество препаратов для СНМ ограничено. Их действие направлено на увеличение тонуса уретрального сфинктера. Медикаментозная стимуляция сфинктерного аппарата мочевого пузыря и мочеиспускательного канала нацелена на увеличение уретрального и снижение пузырного давления (Прозерин). Оправданным при медикаментозном лечении СНМ является назначение Пикамилаона (никотинол-гамма-аминомасляная кислота). Это сосудистое средство, снижающее гипоксию детрузора (которая имеет место

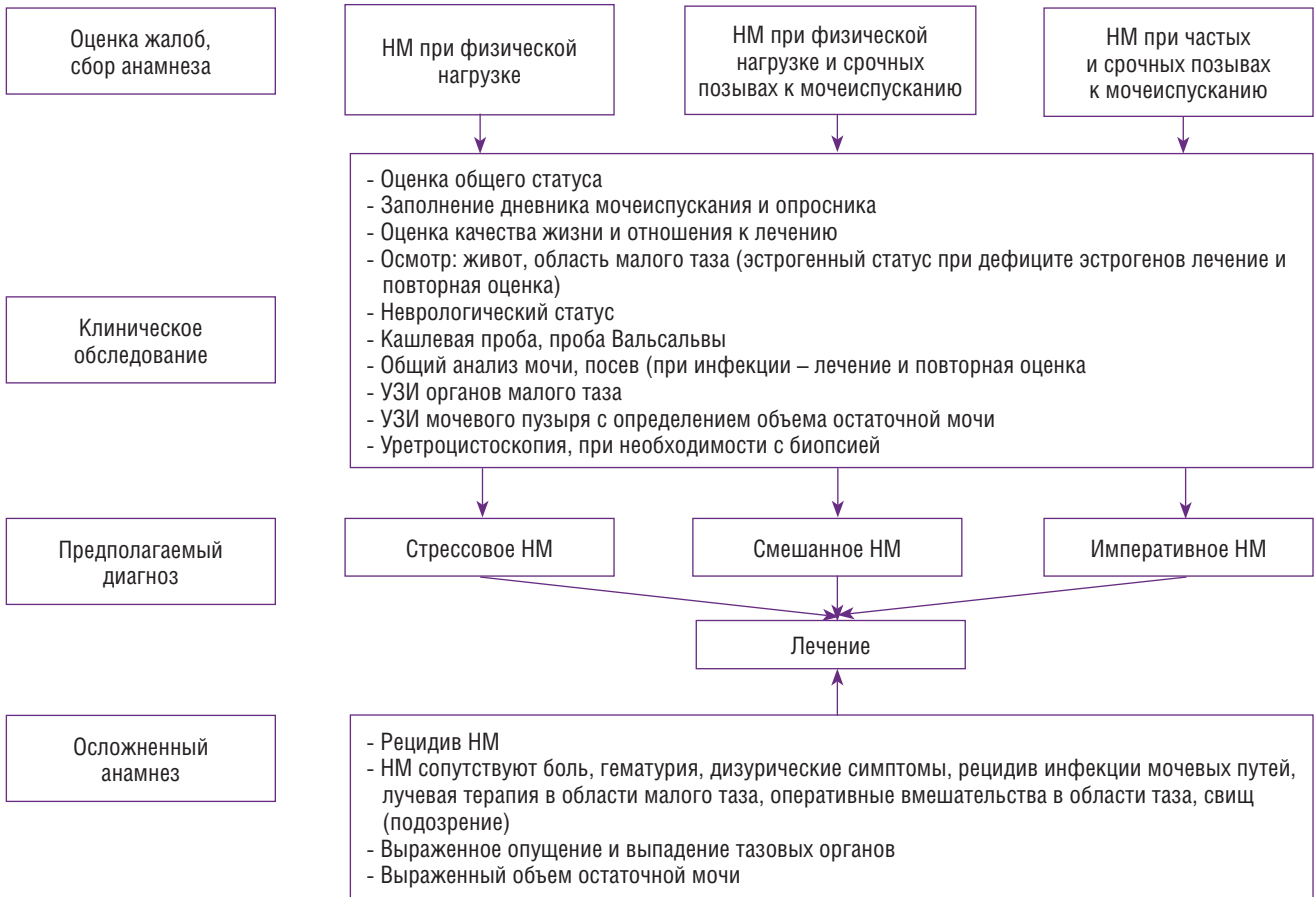


Рисунок 1. Начальная тактика ведения женщин с недержанием мочи.

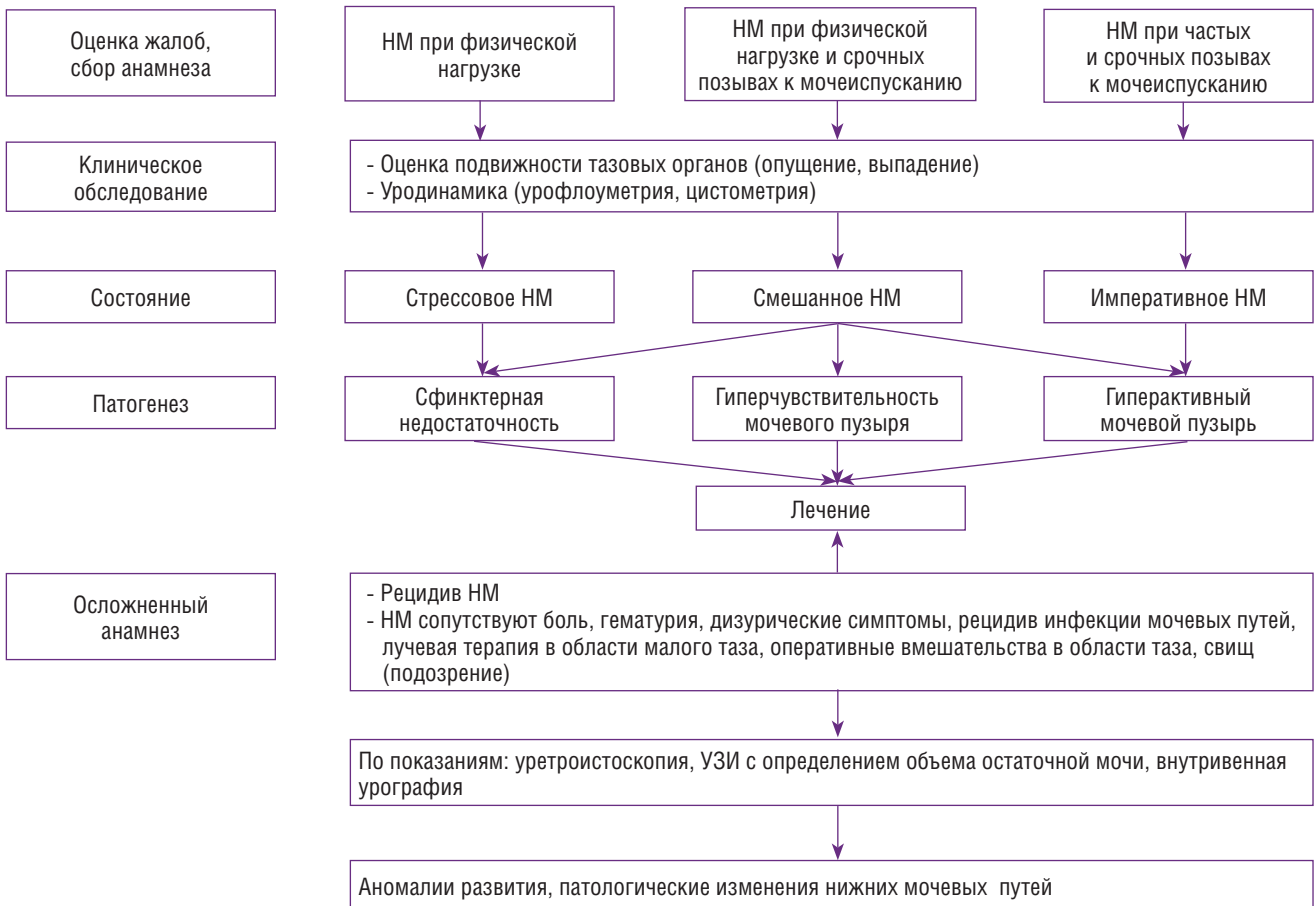


Рисунок 2. Специальная тактика ведения женщин с недержанием мочи.

практически у всех пожилых пациенток) и повышающее чувствительность детрузора к атропину. Также он укрепляет основную пластинку мочевого пузыря, что способствует удержанию мочи. Витамины и общеукрепляющие средства (витамины группы В, которые способствуют регенерации нервов и моторных бляшек, стимулируют интенсивность метаболических и физиологических процессов, адаптогены). Препараты женских половых гормонов используются у женщин в менопаузе, преимущественно назначается местная эстрогенотерапия. Эффективным является назначение негормональных эстрогеноподобных препаратов. К лечебным мероприятиям можно отнести: 1) соблюдение общего режима, связанного с ограничением физических нагрузок, диеты (малая калорийность, ограничение углеводов, многократность питания); 2) лечебную физкультуру для улучшения кровоснабжения органов малого таза, укрепления мышечно-связочного аппарата тазового дна и восстановления нарушенных топографо-анатомических взаимоотношений органов малого таза по методике Д.Н. Атабекова и К.Н. Прибылова, в модификации Ф.А. Юнусова (1983-1984 гг). Упражнения Кегеля для мышц тазового дна очень полезны для пациенток с легкой и умеренной формой НМ: необходимо проводить сфокусированные повторные произвольные сокращения леваторных мышц прямой кишки (*pubosoccygeus*, *soccygeus*, *iliosoccygeus*) путем сжатия мышц пациенткой таким образом, как она делает это для предотвращения отхождения газов. Сокращения создают запирающую силу и для уретры, а также усиливают мышечную поддержку для тазовых органов. Пациентку следует снабдить письменными и устными инструкциями в отношении выполнения упражнений. Повторения с каждым сокращением удерживаемым в течение 3-5 секунд чередуются с расслаблением, требуется выполнить 100 повторений в день. При хорошей мотивации и инструктаже, улучшение состояния наблюдается до 75% случаев; 3) в качестве альтернативы активным сокращениям леваторных мышц самой пациенткой может быть использована также электрическая стимуляция мышц с помощью как интравагинальных, так и трансректальных электродов с портативными стимуляторами. При длительном применении этого метода ослабленные мышцы получают силу, при этом восстанавливается иннервация. Данные об эффективности переменны, но обычно имеется положительное влияние на НМ и они хорошо переносятся.

Особое место в улучшении качества жизни больных с СНМ занимают пессарии. Пессарии обычно используются для лечения выпадения половых органов, но они также играют положительную роль в поддержании шейки мочевого пузыря и уретры для предотвращения СНМ. При использовании пессариев с целью избежания осложнений в виде обструкции мочевого пузыря, влагалищных эрозий, важно правильное их применение. Имеются также и другие устройства, такие как уретральные заглушки которые располагаются поверх наружного выхода уретры или трансурет-

ральные устройства с внутренним баллоном, но их использование должно быть ограничено.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение больных с СНМ проводится уже в течение 130 лет [4]. К настоящему времени предложено более 200 различных видов операций, но ни один из них не является универсальным и не дает 100% выздоровления.

Основными задачами оперативного лечения заболелания являются: коррекция заднего пузырно-уретрального угла, сужение проксимального отдела уретры, удлинение ее и ликвидация цистоуретроцеле, укрепление сфинктерного аппарата мочевого пузыря. Коррекция несостоятельности мышц промежности, в частности *m. levator ani*, проводится по показаниям. Все виды оперативных вмешательств осуществляются из чрезвлагалищного, надлобкового или комбинированного доступов.

По Д.В. Кану (1978) различают четыре группы операций:

- операции, восстанавливающие нормальную пузырно-уретральную анатомию чрезвлагалищным доступом;
- различные варианты позадилобковой уретропексии;
- операции, корригирующие пузырно-уретральную анатомию и фиксирующие мышечно-связочный аппарат комбинированным доступом;
- различные модификации слинговых (петлевых) операций.

Общим для большинства хирургических способов лечения является восстановление поддержки шейки мочевого пузыря путем поднятия уретровезикального соединения. Хирургическое лечение предлагается при умеренном и тяжелом недержании мочи, т.е. при средней и тяжелой степени. СНМ не является угрожающим жизни состоянием и решение об операции должно основываться на симптомах у пациентки и их влиянии на ее образ жизни. Многие пациентки способны перенести незначительную потерю мочи и это приводит к отказу от оперативного лечения. Если возможно применение медикаментозного лечения и оно оказывается эффективным, то такое лечение предпочтительнее. Если нет, то обсуждается оперативное лечение. К сожалению, большинство методов лечения не дают постоянного поднятия уретровезикального соединения, НМ возобновляется с годами.

1. *Восстановление передней стенки влагалища.* Передняя кольпорафия с формированием складки Келли является одним из старейших методов коррекции, введенным еще в 1914 году. Операция использовалась для устранения дефекта передней стенки влагалища (цистоцеле). По этой методике производят слизистой влагалища под пузырем и шейкой мочевого пузыря, идентифицируется перивезикулярная фасция и пубоцервикальная фасция, производится формирование складки ткани с каждой стороны по средней линии. Образование складки формирует поддержку

для мочевого пузыря. Многочисленные исследования этой методики показали отсутствие эффективного излечения НМ. Неудача достигает более 60% через 5 лет после операции.

2. *Игольная уретропексия.* Со времени первого введения этой процедуры в 1957 году Armand Pereuga и ее модификаций, игольная уретропексия стала неотъемлемой частью арсенала хирургов по лечению НМ. Многочисленные авторы описали различные варианты метода (например, Raz, Stamey, Gittes, и Musznai). Все они основаны на выполнении разреза во влагалище, рассечении и мобилизации периуретральных тканей, вхождении в пространство Retzius (позадилобковое пространство) и проведении игольного носителя лигатуры из небольшого разреза на животе к влагалищному разрезу. Периуретральные ткани и фасция скрепляются неабсорбирующимся швом, поднимаются в позадилобковую область и подшиваются над фасцией прямой мышцы живота. Таким способом шейка мочевого пузыря приподнимается и НМ устраняется. Гетерогенность методики и техники выполнения делают суждение об ее эффективности сложным, но существует публикации результата долгосрочных исследований отдельных методик. Первоначально эти методики дают 80-85% излечиваемости при различном времени послеоперационного наблюдения. При оценке некоторых исследований процент эффективности лечения падает до 65%.

3. *Абдоминальная позадилобковая кольпопексия.* Два классических метода позадилобковых операций при недержании мочи – Marshall-Marchetti-Krantz (ММК) и Burch кольпосуспензии. Обе операции имеют одинаковый принцип: во-первых, в обеих используется суспензия периуретральных и паравагинальных тканей на уровне уретровезикального соединения, во-вторых, в обеих используется твердую точку прикрепления для фиксации прикрепляющих швов. В случае ММК, швы фиксируются к мышцам передней брюшной стенки, по методу Burch – к подвздошно-ребешковой связке (связке Купера). Кольпосуспензия Burch стала операцией первого выбора для лечения пациенток с гипермобильностью шейки мочевого пузыря и СНМ и какое-то время являлась «золотым стандартом» оперативного лечения НМ. Разработан и лапароскопический подход к операции кольпосуспензии по Burch, который предлагает преимущества минимально инвазивной операции при одинаковом уровне эффективности. При лапароскопическом подходе время нахождения в больнице и послеоперационное восстановление – минимальны. Успех при переменном времени наблюдения равен 87-97%.

4. *Субуретральные слинги.* Субуретральный слинг – была одной из оригинальных хирургических методик, разработанных для коррекции СНМ, которую впервые описал Шульц в 1888 году. Концепция восстановления функции путем окружения уретры поддерживающей тканью от пациента или инородного материала, сложилась в начале XX века. В современных методиках

используется собственная фасция пациентки, взятая с бедра или фасции прямой мышцы, или донорская фасция в виде трупной широкой фасции. Успех такой операции варьирует между 70 и 95%. Сообщаемые результаты различаются из-за гетерогенности пациентов, причем у многих из них имелись неудачи при предыдущих хирургических вмешательствах. Кроме этого использование различных слинговых материалов и методик делает возможность оценки их эффективности затруднительной. Более того, во многих исследованиях различно само определение успешности операции, понятия «улучшение» и «излечение» могут быть смешаны. Наконец, слинговые методы подверглись многочисленным модификациям.

5. *Влагалищная лента без натяжения (TVT, IVS).* Последняя модификация слинговой процедуры – это использование влагалищной ленты без натяжения. Методика, внедренная в России в 1998 году, была разработана как минимально инвазивная операция для хирургической коррекции СНМ. Метод является вариацией субуретрального слинга и был впервые описан в Швеции в 1995 году. Исследования показали высокий уровень успеха при наблюдении. Для достижения эффекта после операции должен осуществляться тщательный отбор пациенток – отсутствие анатомических изменений, т.е. цистоцеле при наличии СНМ.

При оценке успешности любых операций по поводу СНМ следует учитывать выбор пациенток, опыт хирурга, точность в постановке предоперационного диагноза, длительность послеоперационного наблюдения, критерии излеченности.

Лечение императивного недержания мочи

Подбор лечения для больных с ГАМП – сложнейшая проблема современной урологии. Основной целью медикаментозного лечения этого заболевания является снижение сократительной активности и увеличение функциональной емкости мочевого пузыря. Клиническими эффектами назначаемой терапии являются: 1) увеличение интервалов между мочеиспусканиями; 2) снижение интенсивности (исчезновение) императивных позывов; 3) исчезновение недержания мочи. Из фармакологических препаратов наиболее распространенными для лечения ГАМП и императивного НМ являются антихолинэргические препараты, которые подавляют тормозящее влияние эфферентной парасимпатической иннервации на детрузор. Широко используются трициклические антидепрессанты, дающие как центральный, так и периферический антихолинэргический эффект. В последнее время особое место занимают α-адреноблокаторы. Как следствие терапии этими препаратами устраняется повышенный тонус мускулатуры шейки мочевого пузыря и проксимального отдела уретры, нормализуется эвакуаторная функция. Улучшается энергетический метаболизм и адаптационные свойства детрузора, путем активации органного кровообращения, улучшается накопительная способность мочевого пузыря.

Лечение смешанного недержания мочи

При СНМ лечение должно быть направлено на устранение наиболее тяжелых проявлений. Часто пациентки сами могут указывать на них. В соответствии с влиянием симптомов на образ жизни пациентки нужно составить план с реальными ожиданиями. Большой вред при этом может быть нанесен выполнением операции восстановления поддержки шейки мочевого пузыря для снятия симптомов при напряжении, когда основной жалобой является ежедневное недержание после позыва. В первую очередь следует применить консервативные меры, бывают исключения, когда произвольные сокращения детрузора уменьшаются при восстановлении поддержки мочевого пузыря и влагалищной анатомии.

Выводы

За последние 80 лет продолжительность жизни существенно выросла. Это привело к тому, что значительная часть женщин в течение почти трети своей жизни

находится в постменопаузе. В связи со старением населения более актуальными становятся и проблемы пожилого возраста. Несмотря на широкую распространенность НМ, многие женщины не обращаются к врачу за помощью из-за чувства стыдливости и незнания о существующих возможностях лечения. НМ влияет не только на качество жизни женщины, но и на психосоциальное состояние как самой пациентки, так и ее семьи.

Залогом успешного лечения пациенток с НМ является квалифицированное и полноценное обследование, основанное на тесном контакте с больной, приверженность современным алгоритмам диагностики, корректное и профессиональное выполнение методов инструментального обследования. Если эффекта от консервативных мероприятий нет или он недостаточен, то необходимо оперативное вмешательство. Данный вид лечения СНМ должен основываться на индивидуальном подборе методов хирургической коррекции с учетом обширности поражения тазовой диафрагмы, степени НМ, возраста больных.

Литература:

1. Аполихина И.А. Клиническая эпидемиология, дифференциальная диагностика и консервативное лечение недержания мочи у женщин: Автореф. дис. М., 2006.
2. Буянова С.Н., Краснополяский В.И., Иоселиани М.Н., Петрова В.Д. Диагностика и выбор метода хирургической коррекции недержания мочи при пролапсе гениталий у женщин//Акушерство и гинекология. – 2000. – 1. – С. 26-29.
3. Вольных И.Ю. Обоснование дифференциальной тактики хирургического и консервативного лечения недержания мочи у женщин: Автореф. дис. Владивосток., 2005.
4. Краснополяский В.И. Актуальные вопросы урогинекологии//Акушерство и гинекология. – 2000. – № 1. – С. 17-18.
5. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Лечение урогенитальных нарушений у женщин в постменопаузе//Акушерство и гинекология. – 1997. – № 2. – С. 11-14.
6. Кузьмин И.В. Патогенез, клиническое течение и лечение гиперактивности мочевого пузыря: Автореф. дис. – СПб., 2007.
7. Лоран О.Б. Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи. В кн: Материалы пленума правления Рос. общества урологов. – М.: Медицина 2001. С. 21-41.
8. Петров С.Б., Лоран О.Б., Куренков А.А. Оценка и лечение недержания мочи. Адаптированные рекомендации Европейской ассоциации урологов. – М.: Медицина, 2004.
9. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. Медикаментозное лечение императивных расстройств мочеиспускания//Фарматека. – 2002. – № 10. – С. 9-16.
10. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин. Автореф. дис. – М., 1996.
11. Пушкарь Д. Ю., Гумин Л. М. Тазовые расстройства у женщин. М.: МЕД пресс-информ, 2006.
12. Ромих В.В., Сивков А.В. Современные аспекты применения уродинамических исследований в урогинекологии. Consilium medicum 2004; 6: 7: 513-516.
13. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. М.: ЭЛБИ – СПб., 2000.
14. Сивков А.В., Ромих В.В. Фармакотерапия гиперактивного мочевого пузыря. Consilium medicum, 2002. – № 4 (7). – С. 348-355.
15. Abrams P., Cardoso L., Fall M. The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standartization sub-committee of the ICS. Urology 2003; 61: 37-49.
16. European Association of Urology, Pocket Guidelines. London 2007; 133.

TOPICAL PROBLEMS IN UROGYNAECOLOGY. URINARY INCONTINENCE IN WOMEN (LECTURE)

Neimark A.I., Rzdorskaya M.V.

Chair of Urology and Nephrology (Head, Prof. A. I. Neimark), Altai State Medical University, Barnaul

Abstract: the diagnosis and treatment of urinary incontinence in women remain an important urogynaecological problem that has still not been properly investigated. Complete urinary incontinence is observed in patients with genitourinary fistulae. Partial urinary incontinence means a urinary incontinence upon exertion or stress urinary incontinence, imperative and combined urinary incontinence. Numerous factors exist that play a role in the development of urinary incontinence. The anatomical-topographic specifics of the small pelvis structure, the common blood supply and innervation, and the close functional ties allow to view the small pelvis as an integral, multi-component, complicated system in which virtually any seemingly local alterations are transformed into dysfunctions and anatomical abnormalities of adjacent organs. Successful treatment of female patients with urinary incontinence can be warranted by qualified and comprehensive medical evaluation based on a close contact with the patient, adherence to state-of-the-art diagnostic algorithms, and correct, professional implementation of instrumental methods of clinical work-up.

Key words: urinary incontinence, diagnosis, treatment