

УДК 618.3-616.62

**АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

А.К. Жоробекова, О.Б. Лоран, Дж.Н. Нурманбетов

Проведен анализ литературных данных по изучению проблемы нарушений мочеиспускания у женщин, которая является одной из наиболее трудных задач в плане диагностики и лечения.

Ключевые слова: дисфункции мочевого пузыря; дизурия; женская мочевиная система.

**THE URGENCY OF THE PROBLEM OF URINARY DISORDERS IN WOMEN
(REVIEW OF LITERATURE)**

A.K. Zhorobekova, O.B. Loran, Dzh.N. Nurmanbetov

It is devoted to the analysis of literary data on the study of urinary disorders in women which is one of the most difficult problems in the diagnosis and treatment.

Keywords: bladder dysfunction; dysuria; female urinary system.

Расстройства мочеиспускания у женщин уделено много внимания, но эта проблема все же остается одной из распространенных и важных в урогинекологии вследствие того, что диапазон клинических проявлений нарушений мочеиспускания у женщин очень широк и представлен многочисленными и различными по выраженности и характеру симптомами от недержания мочи вплоть до ее задержки [1]. Эти заболевания хотя и не представляют угрозу для жизни, но характерны тем, что существенно снижают ее качество [2]. Кроме того, проблема нарушений мочеиспускания является одной из наиболее трудных задач в плане диагностики и лечения. Длительное упорное течение и частые рецидивы дизурии иногда создают у больных впечатление бесполезности лечения. Исследования последних лет показали, что дисфункции мочевого пузыря встречаются среди 15–24 % женщин репродуктивного и пременопаузального возраста, однако причины и способы коррекции нарушений мочеиспускания у них изучены недостаточно [3]. Специфичность женского организма обусловлена онтогенетической общностью мочевой и репродуктивной систем и их анатомо-функциональной взаимосвязью. Это создает предпосылки к обоюдному вовлечению органов урогенитального тракта в патологический процесс.

По некоторым данным в литературе, врачи не уделяют указанной проблеме должного внимания, которая зачастую требует совместных усилий вра-

чей различных специальностей – уролога, гинеколога, невропатолога, терапевта [4]. В ряде случаев для успешного лечения необходимо разработать комплекс мероприятий, который может включать хирургическое лечение. При этом актуальными остаются диагностика нарушений мочеиспускания и индивидуальный подбор методов лечения с целью не только избавить пациентов от симптомов, но и добиться улучшения качества жизни больных, повысить их социальную активность [5].

В последнее время стали появляться публикации, свидетельствующие о значительном росте количества женщин, имеющих расстройства акта мочеиспускания при отсутствии патологии в анализах мочи [6]. Вследствие этого считается, что причиной появления дизурии являются нейроэндокринный дисбаланс в организме женщин, нарушения кровообращения в органах малого таза и различные изменения психики больных [7]. С другой стороны, расстройства мочеиспускания могут быть проявлением как воспалительных процессов нижних мочевых путей, также и их функциональных нарушений [8]. Женщины, страдающие нарушением контроля мочеиспускания, что затрагивает не только их личную, но и социальную жизнь, тем не менее, неохотно обращаются с данными жалобами к специалисту [9]. Если, в частности, рассматривать такое нарушение, как недержание мочи (НМ), то частота обращения за медицинской помощью по поводу этого расстройства достаточно низкая. И это бывает связано не

только с интимным характером данной проблемы и отсюда нежеланием обсуждения ее в семье или в кабинете врача, но и с некомпетентностью урологов и гинекологов в данном вопросе, кроме того существует ложное суждение о том, что НМ является естественным проявлением старения [10].

По мнению большинства зарубежных авторов, у каждой второй женщины после 40 лет отмечается недержание мочи [11]. Европейская и американская статистика сообщает, что около 45 % женского населения в возрасте 40–60 лет страдает недержанием мочи [12]. По данным А.И. Неймарк с соавт. (2012), распространенность стрессовой инконтиненции мочи в России и во многих странах мира составляет от 23 до 30 %, а в старших возрастных группах достигает 50 %. При этом консультируются врачом лишь от 3 до 28 % больных, страдающих легкой степенью НМ, а страдающие средней и, главным образом, тяжелой степенью, обращаются в 54 % случаев [13].

Согласно данным проспективного исследования (Prospective Urinary Incontinence Research – PURE, 2005), которое было проведено в 14 странах и включало 9487 женщин, установлено, что среди обследованных в возрасте от 30 до 60 лет распространенность НМ составила 21,5 %, старше 60 лет – 44 %. При этом стрессовое НМ наблюдалось у 50 %, ургентный и смешанный виды составляли 14 и 32 %, соответственно [14]. В связи с тем, что данный вид патологии неуклонно возрастал, в 1975 г. было организовано Международное общество по удержанию мочи (International Continence Society – ICS), а в 1998 г. недержание мочи у женщин, внесено в Международный рубрификатор болезней [15].

В современной классификации недержания мочи (ICS, 2010) наибольший удельный вес составляют три типа этого заболевания:

1. Стрессовое недержание мочи (СНМ) или недержание мочи при напряжении (НМПН).
2. Ургентная форма или императивное недержание мочи.
3. Смешанное недержание мочи [3].

Стрессовое недержание мочи является самым распространенным видом НМ [16]. Оно характеризуется непроизвольной потерей мочи при физической нагрузке, связанной с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным в отсутствие сокращений детрузора. Термин «стрессовое недержание мочи» является общепризнанным, а под стрессом подразумеваются все факторы, приводящие к внезапному повышению внутрибрюшного давления: кашель, смех, чиханье, подъем тяжестей, бег, переход из горизонтального положения в вертикальное и т. п. [17]. По определению ICS, стрессовым недержанием мочи является непроизвольная потеря мочи, объективно доказуемая и вызывающая социальные или гигиенические

проблемы [18]. Несмотря на распространенность данного вида патологии, этиология и патогенез его изучены недостаточно [19]. Принято подразделять основные факторы риска развития стрессового НМ на медицинские и социальные. К социальным факторам риска относятся низкий социально-экономический статус и тяжелый физический труд [20].

Медицинские факторы риска включают в себя беременность и роды через естественные родовые пути, гормональные нарушения, наступление менопаузы, гистерэктомия, дисплазия соединительной ткани (ДСТ), ожирение, хронические обструктивные заболевания легких. По поводу влияния родов на развитие стрессового НМ мнения исследователей разнятся: одни считают, возникновение симптомов стрессового НМ связано с числом родов в анамнезе, массой новорожденного (более 4 кг), возрастом первородящей женщины, другие же придерживаются мнения, что основное значение имеет все-таки качество родов, в том числе наличие разрывов мышц тазового дна, применение в родах акушерских щипцов и других родоразрешающих операций, которые приводят к замещению мышечной ткани соединительно-ткаными рубцами [19]. В целом все перечисленные факторы приводят к ослаблению анатомической поддержки нижних мочевых путей и нарушению физиологического процесса удержания мочи в покое и при напряжении [21]. Гипермобильность уретры вследствие недостаточности поддерживающих тканей является одной из ведущих причин развития стрессового НМ у женщин. Другой значимой причиной является недостаточность внутреннего сфинктера мочевого пузыря, которая определяется как снижение замыкательной функции шейки мочевого пузыря и проксимального отдела уретры [22].

Кроме того, R.C. Vump (1997) предложил свою классификацию предрасполагающих факторов риска недержания мочи у женщин, к которым он отнес: генетический фактор; расовый фактор; культурологические особенности; неврологический; анатомический; состояние соединительной ткани.

По мнению Д.М. Абдеевой с соавт. (2012), на сегодняшний день не создана единая гипотеза, объясняющая принципиальные механизмы развития данной патологии, что обуславливает необходимость изучения молекулярно-генетических основ заболевания.

Недержанием мочи при напряжении страдают женщины различного возраста, но преимущественно от 40 до 50 лет. До 20 % таких больных встречаются на урологическом и до 30 % – на гинекологическом приемах [23].

В свою очередь, НМ сопровождается развитием инфекционных заболеваний мочевыводящих путей, приводит к снижению трудоспособности, социальной и психической дезадаптации. По наблюдениям

ряда авторов, наличие недержания мочи при напряжении (НМПН) у пациенток с пролапсом тазовых органов (ПТО) возможно в 40–63 % случаев [24], при этом до 80 % пациенток с выраженным ПТО имеют скрытую форму НМПН, проявляющуюся во время нехирургической репозиции ПТО [14].

По мнению некоторых авторов, в основе развития инконтиненции при опущении половых органов в большинстве случаев лежит дислокация пузырно-уретрального сегмента и, следовательно, нарушение функции сфинктерного аппарата [25]. Как правило, женщины отмечают непроизвольное выделение мочи, но СНМ при данной патологии не всегда однозначно. В некоторых случаях сообщается об urgentном мочеиспускании с коротким периодом времени между появлением позывов к мочеиспусканию. Некоторые авторы отмечают, что случаи, когда при пролапсе тазовых органов имеет место только стрессовая инконтиненция, встречаются достаточно редко, и у 85–90 % больных диагностируется смешанный тип инконтиненции [23].

По мнению разных авторов, опущение и выпадение внутренних половых органов в структуре гинекологических заболеваний составляет от 1 до 45 %, около 15 % всех так называемых «больших» гинекологических операций производится по поводу именно этой патологии [26]. По мнению многих авторов, довольно сложно разграничить этиологию и патогенез пролапса гениталий. В литературе масса информации, где идентичные факторы одни специалисты ставят в группу причин, другие относят к разряду патогенетических, третьи рассматривают их в совокупности. В связи с чем существует мнение о полиэтиологичности заболевания [18].

Непосредственной причиной генитального пролапса следует считать повышение внутрибрюшного давления, о чем свидетельствует ряд работ, указывающих на связь между развитием заболевания и тяжелым физическим трудом, чрезмерными физическими нагрузками, длительным статическим положением, хроническим кашлем, бронхиальной астмой, хроническими запорами, наличием опухолей брюшной полости и т. д., так называемый пролапс от «усилия» [27]. Но в то же время описано не меньшее количество случаев генитального пролапса у женщин, не испытывавших в жизни чрезмерных физических нагрузок [28]. Развитие у них ПТО ученые объясняют системной слабостью соединительной ткани, травмами связочного аппарата половых органов и фасциальных структур тазового дна, микроциркуляторными и трофическими нарушениями (особенно у пожилых и ослабленных лиц), дефицитом эстрогенов и т. д. – так называемый пролапс от «слабости» [27].

В последнее время проявляется все больший интерес к проблемам здоровья женщин старшей возрастной группы. Этот, казалось бы, естествен-

ный физиологический процесс в ряде случаев сопровождается резким ухудшением состояния здоровья женщины. С периодом менопаузы и дефицитом эстрогенов связана манифестация целого ряда патологических синдромов [29]. Для женщин пременопаузального периода характерна смешанная форма недержания мочи – непроизвольная потеря мочи после императивного позыва, а также после физической нагрузки, кашля или смеха, т. е. при повышении внутрибрюшного давления. Это состояние возникает или усугубляется преимущественно через 2–5 лет после наступления менопаузы в связи с прогрессирующим эстрогенным дефицитом. По мнению многих авторов, недержание мочи при напряжении и недержание мочи является вторичным проявлением первичных эстроген-зависимых атрофических процессов [4].

Наибольший вес расстройств мочеиспускания у женщин составляет гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) [23]. ГАМП – хронический симптомокомплекс нарушения мочеиспускания. По определению Европейской Ассоциации урологов по гиперактивному мочевому пузырю и императивному недержанию мочи, он характеризуется учащенным мочеиспусканием в сочетании с urgentным недержанием мочи или без него [30]. Последнее встречается у трети пациенток. ГАМП выявляется у 20 % пациенток с различными нарушениями мочеиспускания [2]. Чаще всего страдают женщины от 20 до 50 лет, т. е. в трудоспособном возрасте [28]. При ГАМП страдает функция накопления [31]. Существует много причин, приводящих к развитию ГАМП. Уродинамическим критерием ГАМП является гиперактивность детрузора. Известно, что такое состояние может являться результатом функциональных нарушений детрузора, уретры, мышечного аппарата малого таза, нарушений иннервации либо результатом денервации этих структур [28]. В 1986 г. D.M. Holmes и соавт. в своих работах показали, что императивная симптоматика у пациенток развивается вследствие нарушений электрической проводимости в области шейки мочевого пузыря, что было подтверждено в 2003 R.C. Vump и соавт. Таким образом была доказана связь между функциональными нарушениями шейки мочевого пузыря и активностью детрузора.

Говоря о нарушениях мочеиспускания у женщин в Кыргызстане, следует отметить, что в широком масштабе данная проблема в Кыргызской Республике не исследовалась. Известно лишь, что в период с 2003 по 2010 г. на базе Республиканского научного центра урологии проведено оперативное лечение 154 пациенткам со стрессовым недержанием мочи в возрасте от 25 до 83 лет (средний возраст $53,4 \pm 1,8$ года) [30]. Таким образом, проблема дизурии у женщин в Кыргызской Республике также остается актуальной и весьма важной.

В последнее время встречается достаточное количество научного материала, посвященного изучению распространенности и факторам риска развития дизурических явлений у женщин, однако многие аспекты этой проблемы по-прежнему остаются предметом обсуждения, что и определяет необходимость дальнейшего продолжения изучения в данном направлении.

Литература

1. *Переверзев А.С.* Клиническая урогинекология / А.С. Переверзев. Харьков: Факт, 2000. С. 212.
2. *Лоран О.Б.* Эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика недержания мочи / О.Б. Лоран // Материалы пленума правления Рос. общ-ва урологов. Ярославль, 2001. С. 21–41.
3. *Абдеева Д.М.* Полиморфизм генов соединительной ткани при стрессовом недержании мочи у женщин / Д.М. Абдеева, В.Е. Балан // Акушерство и гинекология. 2010. № 4. С. 28–33.
4. *Аляев Ю.Г.* Виды недержания мочи у женщин в климактерии / Ю.Г. Аляев, В.Е. Балан, З.К. Гаджиева // Пленум правления Российского общества урологов: сб. материалов. Ярославль, 2001. С. 77–78.
5. *Буянова С.Н.* Недержание мочи у женщин / С.Н. Буянова, В.Д. Петрова // Российский медицинский журнал. 2005. № 2. С. 23–27.
6. *Семенюк А.А.* Лечение больных с урогенитальным пролапсом и недержанием мочи / А.А. Семенюк, Н.Н. Битюков, И.В. Поспелов // Урология. 2006. № 1. С. 61–64.
7. *Гаджиева З.К.* Нарушения мочеиспускания / З.К. Гаджиева; под ред. Ю.Г. Аляева. М., 2010. С. 5–7.
8. *Пушкарь Д.Ю.* Тазовые расстройства у женщин / Д.Ю. Пушкарь, Л.М. Гумин. М.: Мед-ПрессИнформ, 2006. 254 с.
9. *Абдеева Д.М.* Идентификация и анализ ключевых генов патогенеза стрессового недержания мочи как частного проявления дисплазии соединительной ткани / Д.М. Абдеева, В.Е. Балан, А.Е. Донников и др. // Акушерство и гинекология. 2012. № 5. С. 63–70.
10. *Смольнова Т.Ю.* Особенности микроциркуляции при опущении и выпадении внутренних половых органов у женщин репродуктивного возраста / Т.Ю. Смольнова, Л.В. Адамян, В.В. Сидоров // Акушерство и гинекология. 2007. № 1. С. 39–44.
11. *Abrams P., Cardozo L., Fall M.* The standardization of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization subcommittee of the International Continence Society // *Neurological urology*. 1999. № 21. P. 167–178.
12. *Куликовский В.Ф.* Тазовый пролапс у женщин / В.Ф. Куликовский, И.В. Олейник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 256 с.
13. *Александров В.П.* Стрессовое недержание мочи у женщин / В.П. Александров, А.В. Куренков, Е.В. Николаева. СПб.: СПбМАПО, 2006. 92 с.
14. *Sykes D., Castro R., Pons M.E. et al.* Characteristics of female outpatients with urinary incontinence participating in a 6-month observational study in 14 European countries // *Maturitas*. 2005. Vol. 30. P. 52.
15. *Аляев Ю.Г.* Расстройства мочеиспускания у женщин – междисциплинарная проблема / Ю.Г. Аляев, А.И. Ищенко, З.К. Гаджиева, Ю.В. Чушков // Клиническая нефрология. 2012. № 5. С. 57–63.
16. *Аполихина И.А.* Стандартизация диагностических подходов в ведении женщин с различными типами недержания мочи / И.А. Аполихина, И.С. Ибинаева, А.И. Железнякова, А.С. Саидова // Акушерство и гинекология. 2009. № 9. С. 67–70.
17. *Балан В.Е.* Альтернативный метод лечения императивных нарушений мочеиспускания у женщин / В.Е. Балан, В.П. Сметник // *Consilium medicum*. 2006. Т. 8. № 6. С. 75–77.
18. *Безменко А.А.* Этиология и патогенез генитального пролапса / А.А. Безменко, И.В. Берлев // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т. LX. Вып. 1. С. 129–138.
19. *Tennstedt S.L., Fitzgerald M.P., Nager C.W. et al.* Quality of life in women with stress urinary incontinence // *International Urogynecological Journal of Pelvic Floor dysfunction*. 2007. Vol. 18. P. 543–549.
20. *Данилов В.В.* Роль $\alpha 1$ -адреноблокатора альфузозина в лечебно-диагностическом алгоритме ведения женщин с гиперактивным мочевым пузырем и отборе больных для лечения м-холинолитиками / В.В. Данилов // Урология. 2005. № 1. С. 44–47.
21. *Данилов В.В.* Диагностика и лечение комбинированных форм недержания мочи у женщин : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.В. Данилов. СПб., 2006. 28 с.
22. *Серов В.Н.* Электростимуляция мышц тазового дна в лечении недержания мочи у женщин / В.Н. Серов, И.А. Аполихина, Ю.В. Кубицкая и др. // Акушерство и гинекология. 2011. № 7. С. 51–56.
23. *Ермакова Е.И.* Новый подход к лечению стрессового недержания мочи у женщин в менопаузе (Обзор литературы) / Е.И. Ермакова // *Consilium med*. 2007. № 6. С. 57–59.
24. *Железная А.А.* Современное представление об эпидемиологии недержания мочи у женщин / А.А. Железная // *Збірник наукових праць*

- Асоціації акушерів-гінекологів України. Київ: Інтермед, 2010. С. 551–555.
25. *Закрытная О.С.* Прогнозирование недержания мочи у женщин во время беременности и после родов с обоснованием профилактики: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.С. Закрытная. Казань, 2008
 26. *Касян Г.Р.* Анатомо-функциональные характеристики тазового дна у пациенток, страдающих пролапсом тазовых органов и недержания мочи при напряжении / Г.Р. Касян, Н.В. Тупикина, М.Н. Барина и др. // III науч.-практ. конф. «Фундаментальная и практическая урология». М., 2014. С. 130–132.
 27. *Колонтарев К.Б.* Функция уретры у женщин, страдающих недержанием мочи при напряжении: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.40. / К.Б. Колонтарев. М., 2009. 96 с.
 28. *Комяков Б.К.* Урология / Б.К. Комяков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 464 с.
 29. *Кориунов М.Ю.* Стрессовое недержание мочи у женщин: пособие для врачей / М.Ю. Коршунов, И.В. Кузьмин, Е.И. Сазыкина. СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2003. 36 с.
 30. *Краснопольский В.И.* Ультразвуковой диагностический алгоритм при стрессовой инконтиненции / В.И. Краснопольский, Л.И. Титченко, М.А. Чечнева и др. // Российский Вестник акушера-гинеколога. 2003. Т. 3. № 3. С. 62–66.
 31. *Кривобородов Г.Г.* Гиперактивный мочевого пузыря / Г.Г. Кривобородов, Е.Б. Мазо. М.: Вече, 2003. 192 с.