



В.К. Кондратюк

Нетримання сечі в жінок: сучасні методи розв'язання незручної проблеми

Восени 2013 року в м. Львові відбувся українсько-польський спеціалізований науково-практичний семінар, присвячений актуальним питанням діагностики та лікування захворювань сечостатевої системи. Значну увагу було приділено проблемі порушень сечовипускання. Про основні принципи обстеження та лікування жінок з нетриманням сечі учасникам семінару розповіла головний науковий співробітник ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», доктор медичних наук Валентина Костянтинівна Кондратюк.

— Нетримання сечі у жінок є актуальною медичною, соціально-економічною та психологічною проблемою. На жаль, у жіночій популяції розповсюдженість цього патологічного стану є значною. Згідно з результатами останніх епідеміологічних досліджень частота нетримання сечі серед жінок 25-34 років становить близько 9%, збільшуючись до 36% у віковій групі понад 55 років. Розлади сечовиділення у жінок можуть бути причиною значного дискомфорту та навіть глибокої психологічної травми, сексуального конфлікту, розвитку неврозу та неврастенії, втрати працездатності, тому потребують більшої уваги з боку лікарів й своєчасної корекції.

Сучасна класифікація нетримання сечі базується переважно на клінічних проявах і розрізняє стресове, імперативне, комбіноване та парадоксальне нетримання. Стресовим нетриманням сечі називають мимовільне підтікання сечі, пов'язане з підвищенням тиску в сечовому міхурі при фізичному напруженні, чханні, кашлі. Його причиною може бути порушення функції структур тазового дна, що спричиняє підвищену рухливість та опущення сечового міхура й уретри, а також недостатність внутрішнього сфінктера, зумовлену неповним змиканням стінок уретри (трапляється в незначній частці жінок).

Імперативне (ургентне) нетримання сечі — нездатність утримувати сечу після виникнення раптового різкого позиву у відповідь на підвищення внутрішньочеревного тиску або подразнення шийки сечового міхура (рефлексогенної зони). Імперативне нетримання сечі є одним із симптомів гіперактивного сечового міхура (ГАСМ). Для комбінованого нетримання сечі характерні симптоми як стресового, так й імперативного типів.

Парадоксальне нетримання сечі проявляється крапельним виділенням сечі з переповненого сечового міхура, неповним сечовипусканням і відчуттям неповного випорожнення сечового міхура. Воно виникає внаслідок анатомічної чи функціональної хронічної затримки сечі або неспроможності детрузора до ефективного скорочення, наприклад при уrogenітальних пухлинах, стриктурі уретри.

Гіперактивний сечовий міхур (ГАСМ) — хронічний симптомокомплекс, клінічними проявами якого є:

- денна полакіурія (більше 8 разів у денний час);
- нічна полакіурія (більше 1-2 разів за ніч), ургентні (імперативні) позиви до сечовиділення;
- ургентне (імперативне) нетримання сечі.

ГАСМ зустрічається приблизно у 20% пацієнток з різними видами порушення сечовиділення. Майже 2/3 пацієнток не відчувають мимовільного підтікання сечі внаслідок імперативного позиву (сухий ГАСМ), натомість у решти хворих патологія супроводжується імперативним нетриманням сечі (мокрый ГАСМ).

Загалом тільки 16% жінок з ГАСМ звертаються за медичною допомогою, а серед тих, хто звернувся до лікаря, лише 27% приймають медикаментозну терапію. Низька частота звернень за медичною допомогою значною мірою обумовлена низкою причин. Більшість пацієнток намагаються самотійно владнати проблему ГАСМ через незручність звернутись з такою проблемою до лікаря. Деякі жінки вважають, що це порушення фізіологічно притаманне старінню, а отже, не потребує втручання лікаря. Частина пацієнток просто не знають, що існує ефективне лікування цього розладу. Нарешті, свій внесок робить й психоемоційний стан пацієнток з розладами сечовиділення, у яких часто мають місце знижена самооцінка, депресія тощо.

Разом із тим і звернення до лікаря не завжди допомагає жінці в розв'язанні проблеми нетримання сечі. Багато сімейних лікарів, терапевтів і навіть деякі вузькі спеціалісти не можуть надати адекватної допомоги таким хворим, оскільки

не мають необхідних знань щодо принципів діагностики та сучасних методів лікування ГАСМ.

За рекомендаціями АНСРР (1996), збір анамнезу при зверненні пацієнтки з нетриманням сечі має включати з'ясування таких моментів:

- тривалість і характеристика нетримання сечі;
- частота, час і кількість епізодів сечовипускання з проявами тримання/нетримання сечі;
- провокуючі фактори та пов'язані з ними прояви нетримання сечі;
- характер прийому рідини (оптимальний режим 1,5-2 л на день);
- зміни у звичках випорожнення та виконанні статевої функції;
- попереднє лікування та його вплив на нетримання сечі;
- використання прокладок чи інших гігієнічних засобів.

Необхідно зібрати максимальну інформацію про потенційні фактори ризику, які розділяють на:

- сприяючі — обтяжена спадковість, расова приналежність, соціально-культурні особливості, неврологічний статус, анатомічні особливості, стан сполучної тканини (колагеновий статус);
- ініціюючі — пологи (кількість, ускладнення, вага дітей при народженні, акушерські заходи та операції), хірургічні втручання, ушкодження тазових нервів і м'язів, опромінення;
- фактори-чинники — дисфункція кишечника, рівень фізичної активності, надлишкова маса тіла, обструктивні захворювання легень;
- фактори декомпенсації — літній і старечий вік, менопауза, психічний статус.

Клінічне обстеження пацієнток з ГАСМ має включати:

- оцінку зворотних причин нетримання сечі;
- оцінку ускладнюючих факторів;
- визначення кількості симптомів на основі перегляду щоденника сечовипускання;
- оцінку якості життя та бажання лікуватися;
- проведення фізикального обстеження, оцінку неврологічного статусу, стану черевної стінки, промежини, крижової ділянки й естрогенного статусу (при атрофічних ознаках провести лікування з повторним обстеженням);
- виконання провокативного тесту на кашель при підозрі на стресове нетримання сечі;
- визначення залишкового вмісту сечі;
- загальний аналіз сечі ± посів сечі (при ознаках запального процесу);
- біохімічний аналіз крові (сечовина, креатинін, глюкоза, кальцій) при наявності поліурії або підозрі на ниркову недостатність.

Потенційно зворотними причинами нетримання сечі є делірії (порушення функції нервових центрів, які пригнічують сечовипускання), інфекція сечовивідних шляхів, обмеження рухливості, закрепи.

Консервативні методи лікування стресового нетримання сечі включають корекцію способу життя (боротьбу з ожирінням, курінням, захворюваннями легень, закрепами; зниження фізичних навантажень у разі їх надмірності та ін.), лікувальну фізкультуру (тренування м'язів тазового дна, вправи Кегеля), поведінкову терапію (тренування пригнічення позивів сечовиділення, біологічний зворотний зв'язок, самоконтроль і ведення щоденника, розслаблення м'язів тазу), фізіотерапевтичні методи (стимуляція p. pudendus), механічні засоби (песарії). Зазначені методи ефективні лише в лікуванні стресового нетримання сечі легкого ступеня та потребують від пацієнток високого рівня мотивації та тривалого застосування.

Для лікування стресового нетримання сечі, спричиненого підвищеною рухливістю уретри та недостатністю внутрішнього сфінктера, використовують також хірургічне лікування: слінгові (підвищуючі) операції, пластику піхви, установку штучного сфінктера, периуретральні ін'єкції

об'ємують речовин. Слід зазначити, що на сьогодні не існує ідеальної методики хірургічної корекції стресового нетримання сечі. Для всіх операцій характерні ятрогенні ускладнення, післяопераційна затримка сечі, інфекції сечовивідних шляхів, рецидив детрузорної нестабільності. Саме у зв'язку з відсутністю абсолютно надійної методики хірургічного лікування як першу лінію терапії при I та II ступені нетримання сечі рекомендують консервативні методики.

Одним з найбільш поширених та ефективних методів лікування ГАСМ є фармакотерапія. Її мета — усунення провідних симптомів захворювання, що безпосередньо пов'язано з покращенням уродинамічних показників: зниженням активності детрузора, збільшенням функціональної ємкості сечового міхура. Фармакологічні засоби, що використовуються для корекції ГАСМ, повинні чинити селективну дію на сечовий міхур, ефективно впливати на основні симптоми, мати добру переносимість та можливість тривалого застосування.

Перерахованим вимогам відповідають антимускаринові препарати, що продовжують залишатися засобами першої лінії медикаментозної терапії ГАСМ. Першим і найбільш вивченим препаратом з групи антимускаринових засобів, розробленим цілеспрямовано для лікування ГАСМ з урахуванням комплексного підходу в досягненні селективності по відношенню до сечового міхура, є Уротол (толтеродин). Препарат є високоефективним у лікуванні ГАСМ, оскільки діє на М-холінорецептори детрузора, пригнічує

скорочення сечового міхура, що приводить до зниження частоти сечовиділення та епізодів нетримання сечі, дизуричних проявів, збільшення об'єму сечовиділення. Рекомендована доза препарату Уротол — по 2 мг 2 р/день, тривалість курсу лікування — не менш ніж 6 міс.

Як стресове нетримання сечі, так і симптоми ГАСМ є нерідким явищем у жінок в період менопаузи. Близько третини жінок 55-66 років відзначають симптоми урогенітальної дистрофії; досягнувши 75 років, 2/3 жінок скаржаться на урогенітальний дискомфорт. Нетримання сечі в жінок у клімактерії зумовлене процесами, що лежать в основі уретральної дисфункції та клітинної дистрофії: зниженням адренергічної іннервації (зменшенням щільності адренорецепторів), ішемією та гіпоксією, зниженням тону сечовивідного каналу, атрофією слизової оболонки або зниженням її податливості. До групи ризику виникнення стресового нетримання сечі та ГАСМ також відносять пацієнтки з хірургічною менопаузою. Основою лікування нетримання сечі в жінок у період клімактерії є замісна гормональна терапія (системна чи локальна) в комбінації з М-холінолітиком.

Застосування М-холінолітиків також є доцільним для зменшення дизуричних явищ у пацієнток з опущенням внутрішніх статевих органів у випадках відмови жінки від оперативного лікування або за наявності протипоказань до нього.

Підготував В'ячеслав Килимчук



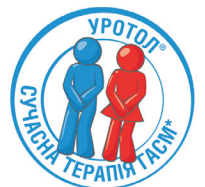
СУЧАСНА ТЕРАПІЯ СИМПТОМІВ ГІПЕРАКТИВНОГО СЕЧОВОГО МІХУРА*



УРОТОЛ®

толтеродин

КОЛИ НЕМАЄ СИЛ ТЕРПІТИ...



* Schroder A., Abrams P., Andersson K.E. Guidelines on Urinary Incontinence / European Association of Urology 2010 / www.uroweb.org

Інформація для професійної медичної та фармацевтичної практик, призначена для розповсюдження на науково-практичній конференції. Інформація годиться скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитись в інструкції для медичного застосування препарату. РП. МОЗ України № UA/6706/01/01, № UA/6706/01/02. Невказ №568 від 26.07.2012.

ТОВ «Санофі-Авентіс Україна».

Київ, 01033, вул. Жилинська, 48-50а, тел.: +38 (044) 354 20 00, факс: +38 (044) 354 20 01

ZENTIVA
У СКЛАДІ САНОФІ

Склад. 1 таблетка містить толтеродину гідрогену тартрату 1 мг або 2 мг. Показання. Гіперактивність сечового міхура, що супроводжується частими імперативними позивами до сечовипускання та/або нетриманням сечі. Спосіб застосування та дози. Рекомендована доза для дорослих та пацієнтів літнього віку становить 4 мг/добу (по 2 мг 2 рази на добу), за винятком пацієнтів із порушеннями функцій печінки або нирок (швидкість клубочкової фільтрації GFR < 30 мл/хв), яким рекомендується доза 2 мг/добу (по 1 мг 2 рази на добу). У випадку появи побічних явищ дозу також слід знизити до 2 мг/добу (1 мг 2 рази на добу). Курс лікування — 6 місяців. Через 6 місяців слід оцінити необхідність подальшого лікування. Побічні реакції. Фармакологічний ефект толтеродину може призвести до легких або помірно виражених ефектів, таких як сухість у роті, диспепсія та сухість очей. Інфекції та паразитарні захворювання: бронхіт. Порушення з боку нервової системи: гіперутомленість. Психічні порушення: невротичність. Порушення з боку нервової системи: головний біль, запаморочення, сонливість, парестезії, порушення пам'яті. Порушення з боку органів зору: сухість очей, порушення зору, включаючи порушення акомодатції. Порушення з боку органів слуху: вертіль, порушення з боку серця: відчуття серцебиття, тахікардія, серцева недостатність, аритмія. Порушення з боку травного тракту: сухість у роті, диспепсія, запор, біль у животі, метеоризм, блювання, діарея, гастрофосагальний рефлюкс. Порушення з боку шкіри та підшкірної клітковини: сухість шкіри. Порушення з боку нирок та сечовивідних шляхів: дисурія, затримка сечі. Загальні порушення: підвищена втомлюваність, біль у грудній клітці, периферичні набряки. Дослідження: збільшення маси тіла. Уважка. По 14 таблеток у блистері, по 2 або 4 блистери в картонній коробці.

UA.TOL.13.03.01