

## НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН: ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Д.М. Ниткин<sup>1</sup>, П.В. Милошевский<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Белорусская медицинская академия последипломного образования;

<sup>2</sup>Минская ордена Трудового Красного Знамени областная клиническая больница

Потеря контроля над мочеиспусканием снижает качество жизни и является серьезной медицинской, гигиенической и социальной проблемой. Согласно данным Irwin D.E. et al., распространенность симптомов недержания мочи среди женщин моложе 50 лет в США достигает 37%, в Европе — 26%, Англии — 29%, странах восточного региона (Сингапур, Пакистан, Тунис) — 20%, в России — 38%. Стрессовое недержание мочи встречается у 70% женщин старше 50 лет [1]. Широкое распространение этой патологии делает данную проблему актуальной.

Международным комитетом по недержанию мочи данное заболевание определяется как «непроизвольное выделение мочи, являющееся социальной или гигиенической проблемой, при наличии объективных проявлений неконтролируемого мочеиспускания» [2].

Hampel С. и соавт., изучив данные 21 эпидемиологического исследования, проведенного в разных странах мира, сообщили, что в группе женщин от 30 до 60 лет распространенность недержания мочи составила 21,5%, а среди женщин старше 60 лет — 44% [3]. По данным Гаджиевой З.К., при обследовании 105 пациенток с различными расстройствами мочеиспускания в климактерии жалобы на стрессовое недержание мочи предъявили 24,75% женщин, на urgentное недержание мочи — 22,86%, на смешанное недержание мочи — 9,25% [4]. Согласно данным Myers D.L., смешанное недержание мочи встречается у 20–36% женщин [5].

Частота обращения за медицинской помощью по поводу недержания мочи достаточно низкая. Женщины, страдающие нарушением контроля мочеиспускания, тем не менее, достаточно неохотно обращаются с данными жалобами. По исследованиям Hampel С. et al., 25% из 515 женщин в возрасте 45 лет предъявили жалобы на недержание мочи при напряжении и только 3% из них выразили желание провести лечение этой патологии [3], что подтверждает данные G. Bachmann о весьма распространенном среди женщин старшего возраста мнении, что урогенитальные расстройства — неотъемлемый признак старения, которые не нуждаются в медикаментозной коррекции [6].

**Материал и методы.** В 2009–2013 гг. в Минскую областную консультативную поликлинику обратилось 901 женщина с жалобами на недержание мочи, что составило 19,8% от всех обращений к урологу пациентов женского пола. Из них 530 женщин (58,8%) — со стрессовым недержанием мочи, 205 (22,8%) — с гиперрактивным мочевым пузырем и 166 — (18,4%) со смешанным недержанием мочи (рисунок 1).

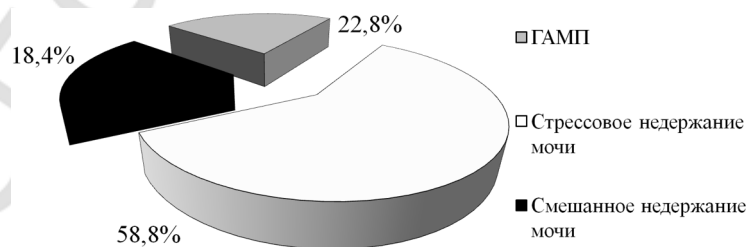


Рисунок 1 — Структура недержания мочи по видам

Чаще всего недержание мочи у женщин, обратившихся в поликлинику МОКБ, проявляется в возрасте от 40 и старше (90,5%), максимально в возрастной группе от 50 до 70 лет (58,7%), реже всего в молодом возрасте (9,5%) (рисунок 2).

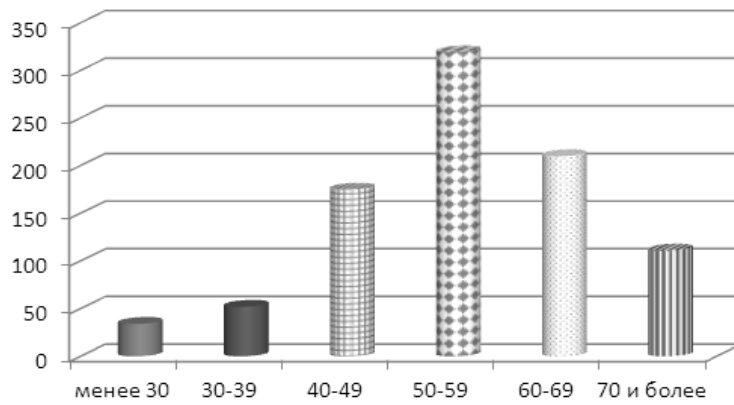


Рисунок 2 — Структура недержания мочи по возрасту

Гиперактивный мочевой пузырь был диагностирован у 205 пациенток в возрасте от 21 до 82 лет (средний возраст —  $53,9 \pm 11,9$  года). Чаще симптомы гиперактивного мочевого пузыря выявлялись у женщин после 40 лет (83,9%), хотя процент женщин, страдающих ГАМП, в молодом возрасте велик (16,1%) (рисунок 3).

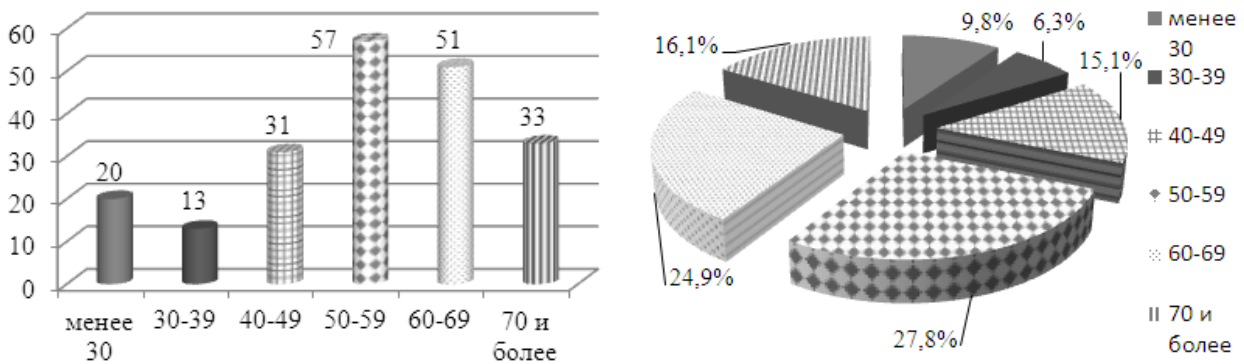


Рисунок 3 — Структура гиперактивного мочевого пузыря по возрасту

Стрессовое недержание мочи было диагностировано у 530 женщин в возрасте от 24 до 91 года (средний возраст —  $54,5 \pm 8,5$  года), чаще встречалось в возрасте от 40 до 70 лет (82,3%), максимально — от 50 до 60 лет (36,6%) (рисунок 4).

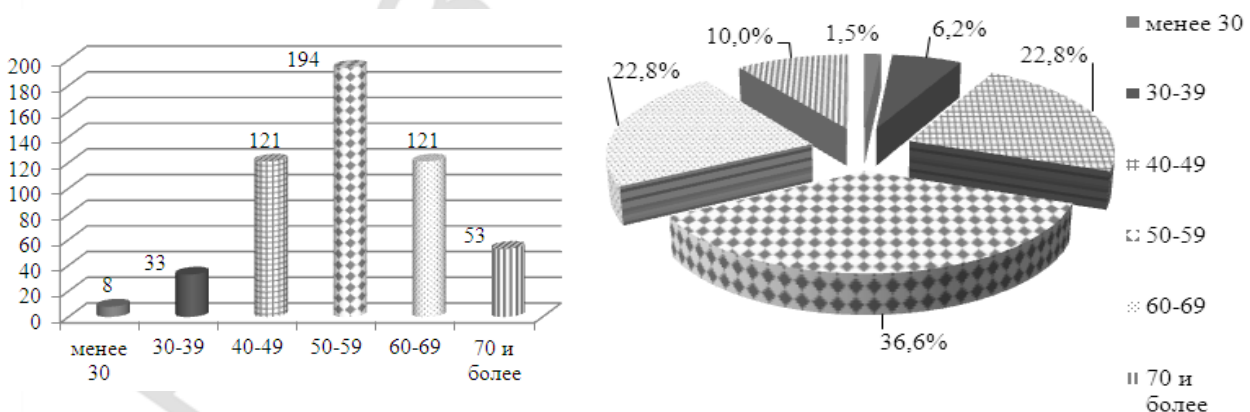


Рисунок 4 — Структура стрессового недержания мочи по возрасту

Смешанная форма недержания мочи была отмечена у 166 женщин в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст —  $56,6 \pm 9,6$  года). Чаще симптомы характерные для смешанного (стрессовое недержание мочи + гиперактивный мочевой пузырь) встречались в возрасте от 50 до 70 лет (63,9%) (рисунок 5).

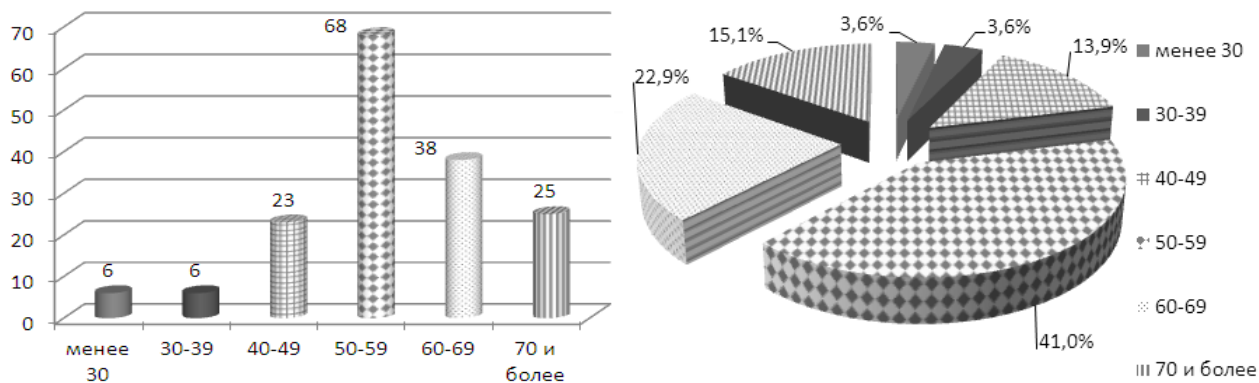


Рисунок 5 — Структура смешанного недержания мочи по возрасту

Во всех возрастных группах значительно преобладает заболеваемость стрессовым недержанием мочи. С возрастом заболеваемость возрастает, пик заболеваемости приходится на возраст 50–60 лет (35,4%), при этом заболеваемость гиперактивным мочевым пузырем в каждой возрастной группе приблизительно одинакова с заболеваемостью смешанным недержанием мочи.

Лечение стрессового недержания мочи 2–3 степени оперативное. В нашей клинике используются sling-овые операции и операция Берча. Активно применяются эффективные малоинвазивные sling-овые операции, которые зарекомендовали себя во всем мире: TVT-Obturator, TVT, TVT-Secur, MIVT.

За период 2005–2013 гг. в клинике урологии и нефрологии БелМАПО пролечена 201 женщина со стрессовым недержанием мочи. Средний возраст пациенток составил  $56,2 \pm 9,4$  года. По McGuire E. и Blaivas J., при оценке степени недержания мочи I тип недержания диагностирован у 18 (9,0%) пациенток, Па тип — у 68 (33,8%), Пб тип — у 94 (46,8%) и III тип — у 21 (10,4%). У всех пациенток наблюдалось непроизвольное выделение мочи при напряжении; 34 (16,9%) женщины имели смешанное недержание мочи с элементами гиперактивности детрузора, что потребовало приема антихолинергических средств; 14 (8,2%) пациенток имели сочетание недержания мочи с пролапсом гениталий.

Хирургическое лечение стрессового недержания мочи выполнено всем пациенткам, при этом в 88 (44,8%) случаях выполнена операция Берча, в 10 (5,0%) — установка субуретральной петли по методике TVT, в 69 (34,3%) — установка субуретральной петли по методике TVT-O, в 3 (1,5%) — установка субуретральной петли по методике TVT-SECUR, в 17 (8,5%) — установка субуретральной петли по методике MIVT, в 4 (2,0%) — игольчатая кольпосуспензия и в 8 (4,7%) случаях у женщин с пролапсом гениталий выполнена реконструкция тазового дна сетчатым эндопротезом по методике PROLIFT (при этом у 3 женщин с одновременной установкой петли по методике TVT-O) (рисунок 6). У 2 женщин был установлен передний PROLIFT, у 1 — задний и у 5 — тотальный.

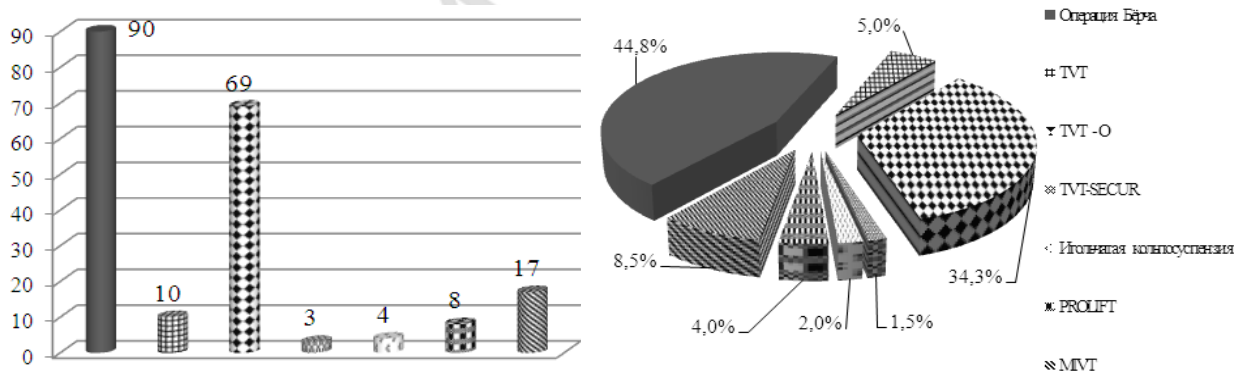


Рисунок 6 — Структура оперативного лечения недержания мочи

В целом малоинвазивные методики хирургического лечения стрессового недержания мочи выполнены у 111 (55,2%) женщин с тенденцией увеличения их количества с каждым годом. За последние 3 года лидирующим методом оказания помощи женщинам с данной патологией является установка субуретральной сетчатой петли по методике TVT-O или MIVT. Так, за последние 3 года в клинике БелМАПО выполнено 52 операции по методике TVT-O, 17 — по методике MIVT, 8 других малоинвазивных операций (TVT, TVT-SECUR, PROLIFT, интрауретральные подслизистые инъекции) и только 6 открытых кольпосуспензий по методике Берча, при этом в 2013 г. выполнено 28 малоинвазивных операций и 2 открытые кольпосуспензии по методике Берча.

Пациенткам, у которых при смешанном недержании мочи превалирует гиперактивность детрузора, применяются М-холиноблокаторы: солифенацин внутрь 5–10 мг 1 раз/сут, оксibuтинин 5 мг 2 раза/сут в течение 1–3 мес. При отсутствии результата проводится введение ботулотоксина в стенку мочевого пузыря.

#### **Выводы:**

1. Среди типов недержания мочи преобладает стрессовое во всех возрастных группах.
2. Пик заболеваемости недержанием мочи приходится на возрастную группу 50–59 лет.
3. Обращаемость пациенток растет с каждым годом, что говорит о большей информированности, доступности урологической помощи и появлении эффективных методов диагностики и лечения недержания мочи.
3. Лечение стрессового недержания мочи 2–3 степени преимущественно оперативное.
4. Последнее время лидирующим методом оказания помощи женщинам со стрессовым недержанием мочи является установка субуретральной сетчатой петли по методике TVT-O или MIVT.
5. С каждым годом увеличивается количество малоинвазивных операций по поводу стрессового недержания мочи в соотношении с открытымикольпосупензиями.

### **URINARY INCONTINENCE IN WOMEN: THE EXPERIENCE OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT**

*D.M. Nitkin, P.V. Miloshevskiy*

Loss of control over urination reduces the quality of life and is a serious medical, sanitary and social problem. According to DEIrwin [etal.] The prevalence of symptoms of urinary incontinence among women younger than 50 years in the United States is 37%, Europe — 26%, England — 29%, the Eastern region (Singapore, Pakistan, Tunisia) — 20%, in Russia — 38%. Stress incontinence occurs in 70% of women older than 50 years. Wide dissemination of this disease makes the issue relevant.

#### **Литература**

1. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study / D.E. Irwin [et al.] // BJU Int. — 2001. — Vol 87, № 9. — P. 760–766.
2. Cardozo, L. Textbook of female urology and urogynecology / L. Cardozo, D. Staskin. — 3<sup>rd</sup> ed. — Florida, 2005. — P. 183–227.
3. Prevalence and natural history of female incontinence / C. Hampel [et al.] // Eur. Urol. — 1997. — Vol. 32, suppl. 2. — P. 3–12.
4. Нарушение мочеиспускания: руководство / З.К. Гаджиева; под ред. Ю.Г. Аляева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 176 с.
5. Myers, D.L. Female mixed urinary incontinence: a clinical review / D.L. Myers // J. Am. Med. Assoc. — 2014. — Vol. 311, № 19. — P. 2007–2014.
6. Bachman, G. Urogenital ageing: an old problem newly recognized / G. Bachman // Maturitas. — 1995. — Vol. 22. — S1–S5.