

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-06>

Недержание мочи у женщин как гериатрический синдром: современные аспекты эпидемиологии, проявлений, тактика ведения

А. Нурпеисова¹, С. Горелик², доктор медицинских наук

¹Центральная городская клиническая больница, Алматы, Казахстан

²Академия постдипломного образования Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства, Москва
E-mail: sggorelik@mail.ru

Рассматриваются современные аспекты эпидемиологии, особенности диагностики и современные методы немедикаментозного, медикаментозного и хирургического лечения недержания мочи у женщин старших возрастных групп.

Ключевые слова: гериатрия, недержание мочи, гиперактивный мочевого пузырь, пожилой и старческий возраст, гериатрические синдромы.

Для цитирования: Нурпеисова А., Горелик С. Недержание мочи у женщин как гериатрический синдром: современные аспекты эпидемиологии, проявлений, тактика ведения // Врач. – 2020; 31 (1): 34–37. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-06>

Частота недержания мочи (НМ) увеличивается с возрастом. Это обусловлено прогрессированием урогенитальной атрофии в связи с необратимыми возрастными метаболическими изменениями, вызванными нарастающим дефицитом эстрогенов. У большинства женщин НМ начинается одновременно с последним менструальным периодом [9].

При продолжительности постменопаузы до 5 лет симптомы гиперактивного мочевого пузыря (МП) встречаются в 15,5% случаев, а при длительности постменопаузы >20 лет этот показатель достигает 71,4%. В исследованиях отмечен пик распространенности стрессового НМ среди женщин в возрасте до 50 лет. После 60 лет доминирует смешанное НМ [1].

По данным ряда работ подтверждена роль гипоксических нарушений состояния детрузора на фоне эстрогенного дефицита в развитии симптомов гиперактивного МП у женщин в климактерии. Эти изменения приводят к апоптозу гладкомышечных волокон, повреждению проводящих нервных волокон, изменению уровня нейромедиаторов уротелия, ультраструктурным нарушениям в детрузоре [7].

Менопауза вызывает дисбаланс в гормональной системе организма, что запускает каскадные реакции, отрицательно влияющие на качество жизни (КЖ) женщин. Атрофические и дистрофические процессы в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта, МП, уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна способствуют возникновению различных форм НМ и пролапса органов малого таза, что требует не только медикаментозной терапии, но и адекватного хирургического лечения, в котором нельзя отказывать пациентам, только исходя из их возраста [14].

The National Overactive Bladder Evaluation (NOBLE) было проведено широкомасштабное изучение частоты встречаемости в США гиперактивного МП с оценкой ее зависимости от пола, возраста и других демографических факторов. Согласно этому исследованию, распространенность гиперактивного МП составляет 16,9% у женщин и 16,0% у мужчин, и этот показатель увеличивается с возрастом. В возрасте ≥ 65 лет около 30% женщин страдают НМ. Симптомы НМ диагностируются у 50% пациентов пожилого возраста, проживающих в учреждениях долговременного ухода, и во многих случаях это состояние было причиной госпитализации.

К сожалению, высокая распространенность гиперактивного МП у пожилых людей стала причиной появления мифа, согласно которому НМ сопровождает нормальный процесс старения. Гиперактивный МП значительно снижает КЖ, приводит к социальной изоляции и депрессии, в связи с чем повышается частота случаев инвалидности из-за недостатка физической активности [20].

Существуют определенные проблемы в диагностике НМ и отношении к этому синдрому медицинского персонала. Несмотря на то, что 91% из 1013 медицинских работников согласны с тем, что НМ оказывает серьезное негативное влияние на повседневную жизнь пациентов пожилого и старческого возраста, лишь 31% врачей первичной медико-санитарной помощи сообщили, что при каждом осмотре они уделяют должное внимание диагностике этого синдрома [20].

В исследование NOBLE были включены в общей сложности 29 544 женщины, 76,3% из них имели по крайней мере 1 гериатрический синдром. Среди женщин с наличием ≤ 4 гериатрических синдромов наиболее распространенными оказались нарушения слуха и НМ. Примерно у $\frac{3}{4}$ женщин с наличием ≥ 5 гериатрических синдромов отмечались головокружение, НМ, нарушение слуха или ухудшение зрения.

Женщины с ≥ 2 гериатрическими синдромами, отмечавшимися в начале исследования, имели больший риск потери функциональности по шкале ADL в течение 3 лет, чем женщины без синдромов. Риск инвалидности повышался с увеличением числа гериатрических синдромов ($p < 0,001$). У женщин с 5 исходными гериатрическими синдромами вероятность развития инвалид-

ности к 3 годам наблюдения была в 6,64 (95% доверительный интервал – 4,15–10,62) раза выше, чем у женщин без гериатрических синдромов [15].

Среди гериатрических синдромов выделяют когнитивные нарушения (КН), депрессию, недержание кала, снижение мобильности и НМ, и все же, согласно статистическим данным, синдром НМ среди гериатрических синдромов является одним из наиболее распространенных.

Факторы риска (ФР) развития НМ – возраст, пол, число родов, предыдущая гистерэктомия, ожирение, различные медицинские проблемы (инфекция, язвы, падения, переломы, физические нарушения), а также хронические заболевания (например, инсульт, артрит). Доказана также связь синдрома НМ с проблемами психического здоровья, например с низкой самооценкой, депрессией и КН. Помимо этого, известные ФР развития гериатрических синдромов – полипрагмазия, синдром мальнутриции и хронический болевой синдром.

Предиктором синдрома НМ может быть снижение функционального статуса. Снижение физической активности может способствовать дискоординации тазового дна и НМ. Роль полипрагмазии как существенного ФР развития синдрома НМ связана с побочными эффектами лекарств или лекарственными взаимодействиями [16].

К консервативным методам лечения синдрома НМ можно отнести поведенческую терапию, упражнения для мышц тазового дна, тренировку МП, применение принципа биологической обратной связи, электростимуляцию и экстракорпоральную магнитную стимуляцию.

При использовании метода *поведенческой терапии* пациенткам с избыточной массой тела в первую очередь рекомендуют ее нормализовать или снизить с целью профилактики повышения внутрибрюшного давления и лечения хронических заболеваний бронхолегочной системы и запоров [11].

Тренировка МП заключается в постепенном удлинении интервалов между мочеиспусканиями, что вызывает увеличение функциональной емкости МП [11].

Тренировка мышц тазового дна включает в себя комплекс упражнений (упражнения Кегеля, 1949), направленных на укрепление мышц промежности [6].

В.В. Ромих и соавт. (2013) приводят интересные результаты опыта применения в НИИ урологии *метода биологической обратной связи* в режиме монотерапии. Эффективность метода составила 53%, а в сочетании с электростимуляцией мышц тазового дна достигала 82% [13].

Электростимуляция заключается в воздействии электрического импульса, что приводит к деполяризации периферического нервного окончания и сокращению иннервируемой мышцы [6].

Несмотря на недостатки консервативного лечения, многие пациентки считают его более приемлемым, чем хирургическое вмешательство [17].

Известно, что гиперактивный МП в сочетании с ургентным НМ повышает риск падений и костных переломов (соответственно на 26 и 34%), так как больные вынуждены мчаться в туалет при возникновении позыва. По данным исследования Brown, 55% больных с гиперактивным МП отмечают по меньшей мере 1 падение в течение года, а 5% падают ≥ 3 раз за год [10]. Поэтому при оказании помощи пациентам с синдромом НМ следует должное внимание придавать организации для людей пожилого возраста безопасной терапевтической среды, что предусматривает доступность и безопасность туалетных и ванных комнат, а также обязательное применение технических средств реабилитации (трости, ходунки), если выявлены соответствующие показания и существует риск падения [5, 12].

У пациентов с КН и ургентным НМ эффективно применение поведенческой терапии и когнитивных тренировок, включая тренировку привычки, планирование опорожнения МП и побуждение к опорожнению [19].

Широко используются 6 антихолинергических препаратов для приема внутрь: оксибутинин, толтеродин, фесотеродин, солифенацин, тропиум и дарифенацин. Эти препараты примерно одинаково эффективны в лечении НМ, что доказано уменьшением выраженности синдрома и улучшением КЖ. Учитывая сходство их эффективности, при выборе препарата исходят из возможности побочных эффектов. Пролонгированные формы препаратов имеют более благоприятный профиль побочных эффектов, реже вызывают сухость во рту [21].

В современных исследованиях не приводится однозначных данных об эффекте эстрогенотерапии при синдроме НМ. Однако системный обзор показал, что коммерчески подготовленные местные влагалищные формы эстрогена могут эффективно воздействовать на генитоуринарный синдром менопаузы, включая не только общие жалобы на сухость, жжение и раздражение, но и жалобы на частоту мочеиспускания и ургентное НМ.

Применение влагалищного кольца с эстрадиолом может давать двойной эффект: воздействовать на НМ как pessarii, поддерживая шейку МП, и одновременно снабжать местным эстрогеном атрофированную влагалищную ткань.

Механизм, посредством которого системная гормональная терапия вызывает НМ, неясен; однако предыдущие исследования показали, что гормональная терапия вызывает уменьшение количества периуретрального коллагена и усиление сократительной способности МП [21].

Считается, что эстрогенотерапия дает положительные результаты лечения стрессового НМ легкой степени у женщин в период менопаузы. Один из наиболее часто применяющихся методов лечения – использование эстриола. Однако неизвестны продолжительность

терапии и оптимальный способ применения препарата, что значительно затрудняет ведение пациенток с синдромом НМ [6]. Следует отметить, что у пациентов в возрасте старше 65 лет повышен риск нежелательных побочных эффектов — как антихолинергических (сухость во рту, запор), так и неантихолинергических (диспепсия, головокружение, головные боли). Для изучения эффектов эстрогенотерапии у пациентов пожилого возраста с НМ необходимы дальнейшие фармакоэпидемиологические исследования.

Любопытны и весьма перспективны данные, полученные К. Thomas-White (2016): доказано, что успешные диагностика и лечение в течение 4 нед уринарной микробиоты в дополнение к комбинированной терапии НМ способствуют уменьшению выраженности симптомов НМ [21].

Инъекционный метод лечения НМ заключается в введении через эндоскоп в детрузор (в 20–30 точек) ботулотоксина. Механизм действия ботулотоксина обусловлен блокадой высвобождения ацетилхолина в пресинаптическую щель и как следствие — развитием стойкой химической денервации. Эффективность метода довольно высока — 82–88%. К его недостаткам относят обратимость его клинического эффекта (в среднем через 6–12 мес), что требует повторных введений препарата [4].

По данным анализа широкомасштабных исследований, проведенных в 2014 г., до 20% женщин в возрасте старше 80 лет нуждаются в оперативном лечении стрессового НМ или пролапса тазовых органов [21]. В настоящее время слинговые операции с применением свободной синтетической сетки являются основным методом оперативного лечения синдрома НМ у женщин [8]. Главная цель хирургического лечения заключается в укреплении структур, поддерживающих уретру, являющихся главными функциональными элементами механизма удержания мочи [3].

При оказании помощи женщинам с НМ главная задача — борьба с убеждением, что НМ является закономерной и неотъемлемой частью процесса старения и старости.

Опыт европейских стран доказал актуальность поиска способов улучшения помощи при НМ. С. MacDonald и соавт. (2007) указывают на необходимость борьбы с предрассудками и эйджизмом при работе с женщинами с этим синдромом, целесообразность подбора комплексной и индивидуальной терапии. Следует активно поддерживать любые меры органов здравоохранения, направленные на повышение информированности населения об этой проблеме как о заболевании, а не как об обязательном условии старения [18].

В настоящее время вопросы диагностики и лечения синдрома НМ у женщин актуальны как никогда, поскольку число таких пациенток увеличивается. Важно привлечь внимание общества к проблемам улучшения

КЖ женщин с синдромом НМ. Возрастает роль в решении данной проблемы не только урологов, гинекологов, но и врачей первичной медико-санитарной помощи (поликлиники, консультативно-диагностические центры, амбулатории и др.), которые должны обладать тем же уровнем знаний, что и врачи стационара, а в некоторых случаях быть и более осведомленными в смежных областях медицины [2].

При лечении пациенток с синдромом НМ, помимо тесного взаимодействия специалистов разных профилей (уролог, гинеколог, невролог, гериатр, психолог), необходимы возможность предоставления индивидуальной и специализированной медицинской помощи, а также учет предпочтений и ожиданий больных.

* * *

Конфликт интересов не заявлен.

Литература/Reference

1. Амирова Ж.С., Балан В.Е., Ковалева Л.А. и др. Особенности терапии нарушений мочеиспусканий у женщин в климактерии (обзор литературы) // Фарматека. — 2015; 3 (296): 8–14 [Amirova Zh.S., Balan V.E., Kovaleva L.A. et al. Features of therapy of urinary disorders in climacteric women (literature review) // Farmateka. — 2015; 3 (296): 8–14 (in Russ.)].
2. Гвоздев М.Ю. Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике // Земский врач. — 2012; 4: 7–10 [Gvozdev M.Yu. Urinary incontinence in women in outpatient practice // Zemskii vrach. — 2012; 4: 7–10 (in Russ.)].
3. Гвоздев М.Ю. Оперативное лечение недержания мочи у женщин с использованием синтетических материалов. Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2015; 39 с. [Gvozdev M.Yu. Operativnoe lechenie nederzhaniya mochi u zhenshchin s ispol'zovaniem sinteticheskikh materialov. Avtoref. diss. ... d-ra med. nauk. M., 2015; 39 s. (in Russ.)].
4. Ермакова Е.И. Гиперактивный мочевого пузыря: современный взгляд на проблему // Medica mente. Лечим с умом. — 2015; 1: 34–7 [Ermakova E.I. Giperaktivnyi mochevoi puzyr': sovremennyy vzglyad na problemu // Medica mente. Lechim s umom. — 2015; 1: 34–7 (in Russ.)].
5. Ильницкий А.Н., Батанова Е.П., Сушкова В.И. и др. Терапевтическая среда в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов / Белгород, 2012; 177 [Il'nitskii A.N., Batanova E.P., Sushkova V.I. et al. Terapevticheskaya sreda v domakh-internatakh dlya pozhiykh grazhdan i invalidov / Belgorod, 2012; 177 (in Russ.)].
6. Касян Г.П., Гвоздев М.Ю., Конопляников А.Г. и др. Недержание мочи у женщин. Методические рекомендации №4 / М., 2017 [Kasyan G.R., Gvozdev M.Yu., Konoplyannikov A.G. i dr. Nederzhanie mochi u zhenshchin. Metodicheskie rekomendatsii №4 / M., 2017 (in Russ.)].
7. Ковалева Л.А. Нарушения мочеиспускания у женщин различных возрастных групп: взгляд гинеколога // Мед. алфавит. — 2016; 3 (27): 10–3 [Kovalyova L.A. Urination disorders in different age groups of women from gynecologist point of view // Med. alfavit. — 2016; 3 (27): 10–3 (in Russ.)].
8. Куприянов Ю.А., Гвоздев М.Ю., Касян Г.П. и др. Современные методы лечения недержания мочи: петлевые операции и мини-слинги (часть 1) // Вестн. урол. — 2014; 1: 26–40 [Kupriyanov Y.A., Gvozdev M.Y., Kasyan G.R. et al. Modern methods for treating urinary incontinence: loop operations and mini-slings (part one) // Vestn. urol. — 2014; 1: 26–40 (in Russ.)].
9. Мудраковская Э.В., Горелик С.Г., Колпакова Н.А. и др. Актуальная проблема женщин в постменопаузе — урогенитальные расстройства // Научн. вед. БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. — 2012; 10–1 (129): 111–6 [Mudrakovskaya E.V., Gorelik S.G., Kolpakova N.A. et al. Aktual'naya problema zhenshchin v postmenopauze — urogenital'nye rasstroistva // Nauchn. ved. BelGU. Seriya: Meditsina. Farmatsiya. — 2012; 10–1 (129): 111–6 (in Russ.)].
10. Мудраковская Э.В., Горелик С.Г., Колпакова Н.А. и др. Гиперактивный мочевого пузыря у лиц пожилого и старческого возраста // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. — 2012; 10–1 (129): 106–10 [Mudrakovskaya E.V., Gorelik S.G., Kolpakova N.A. i dr. Giperaktivnyi mochevoi puzyr' u lits pozhilogo i starcheskogo vozrasta // Nauchnye vedomosti BelGU. Seriya: Meditsina. Farmatsiya. — 2012; 10–1 (129): 106–10 (in Russ.)].

11. Парфенов В.А. Неврологические аспекты недержания мочи у пожилых людей // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013; 5 (1): 34–8 [Parfenov V.A. Neurological aspects of urinary incontinence in the elderly // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. – 2013; 5 (1): 34–8 (in Russ.)]. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2013-2395>.

12. Прошчаев К.И., Ильницкий А.Н. Терапевтическая среда в гериатрии / LAP LAMBERT AcademicPublishing, 2013 [Proshchaev K.I., Il'nitskii A.N. Terapevticheskaya sreda v geriatrii / LAP LAMBERT AcademicPublishing, 2013 (in Russ.)].

13. Ромих В.В., Борисенко Л.Ю., Архиреев А.С. Метод биологической обратной связи при стрессовом недержании мочи и дисфункциональном мочеиспускании у женщин // Эксперим. и клин. урол. – 2013; 1: 81–3 [Romikh V.V., Borisenko L.Y., Arkhireev A.S. Biofeedback in treatment of stress urinary incontinence and dysfunctional voiding in women // Eksperim. i klin. urol. – 2013; 1: 81–3 (in Russ.)].

14. Сухих С.О., Гвоздев М.Ю., Пушкарь Д.Ю. Урогенитальный синдром у пациенток постменопаузального возраста // Урол. ведомости. – 2017; 7 (S): 107–8 [Sukhikh S.O., Gvozdev M.Yu., Pushkar D.Yu. Urogenital'nyi sindrom u patsientok postmenopauzal'nogo vozrasta // Urol. vedomosti. – 2017; 7 (S): 107–8 (in Russ.)].

15. Rosso A., Eaton Ch., Wallace R. et al. Geriatric Syndromes and Incident Disability in Older Women: Results from the Women's Health Initiative Observational Study // J. Am. Geriatr. Soc. – 2013; 61 (3): 371–9.

16. Kim K., Shin J., Choi J. et al. Association of Geriatric Syndromes with Urinary Incontinence according to Sex and Urinary-Incontinence-Related Quality of Life in Older Inpatients: A Cross-Sectional Study of an Acute Care Hospital // Korean J. Fam. Med. – 2018; Article (November 2018). DOI: 10.4082/kjfm.18.0011.

17. Lim R., Liong M., Yuen K. Leaking in silence: women with stress urinary incontinence who do not have access to or refuse surgery // Int. Urogynecol. J. – 2018; 29 (4): 457–8.

18. MacDonald C., Butler L. Silent no more: elderly women's stories of living with urinary incontinence in long-term care // J Gerontol. Nurs. – 2007; 33 (1): 14–20.

19. Hersh L., Salzman B. Clinical management of urinary incontinence in women // Am. Fam. Physician. – 2013; 87 (9): 634–40.

20. MacDiarmid S. Maximizing the Treatment of Overactive Bladder in the Elderly // Rev. Urol. – 2008; 10 (1): 6–13.

21. Shih E., Hirsch H., Thacker H. Medical management of urinary incontinence in women // Cleve Clin. J. Med. – 2017; 84 (2): 151–8.

22. Thomas-White K. Incontinence medication response relates to the female urinary microbiota // Int. Urogynecol. J. – 2016; 27 (5): 723–33.

FEMALE URINARY INCONTINENCE AS A GERIATRIC SYNDROME: CURRENT ASPECTS OF EPIDEMIOLOGY, MANIFESTATIONS, AND MANAGEMENT TACTICS

A. Nurpeisova¹; S. Gorelik², MD

¹Central City Clinical Hospital, Almaty, Kazakhstan

²Academy of Postgraduate Education, Federal Research and Clinical Center for Specialized Types of Medical Care and Medical Technologies, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow

The paper considers the current aspects of epidemiology, the specific features of diagnosis and current non-drug, drug, and surgical treatments for urinary incontinence in women of older age groups.

Key words: geriatrics, urinary incontinence, overactive bladder, elderly and senile ages, geriatric syndromes.

For citation: Nurpeisova A., Gorelik S. Female urinary incontinence as a geriatric syndrome: current aspects of epidemiology, manifestations, and management tactics // *Vrach.* – 2020; 31 (1): 34–37. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-01-06>