

## ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН – РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВОП ВРАЧЕЙ И ДЛЯ ГИНЕКОЛОГОВ

Шерипбаев Рустам Ботирович, Кадыров Носир Умидович, Шавахабов Шавкат Шонасинович  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

## АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТАОЛМАСЛИКНИ ТАШХИСЛАШ - УАШ ВА ГИНЕКОЛОГЛАР УЧУН ТАВСИЯЛАР

Шерипбоев Рустам Ботирович, Қодиров Носир Умидович, Шавахабов Шавкат Шонасинович  
Республика ихтисослаштирилган урология илмий-амалий тиббиёт маркази,  
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

## DIAGNOSIS OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN - RECOMMENDATIONS FOR GENERAL PRACTITIONERS AND GYNECOLOGISTS

Sheripbaev Rustam Botirovich, Kadyrov Nosir Umidovich, Shavakhabov Shavkat Shonasirovich  
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Urology,  
Republic of Uzbekistan, Tashkent;

e-mail: [rustam\\_sheripbaev@mail.ru](mailto:rustam_sheripbaev@mail.ru)

---

**Резюме.** Мақолада сийдик туталоқликнинг ижтимоий аҳамиятини бўйича маълумотлар келтирилган. Умумий амалиёт шифокорлари ва гинекологлар учун амалий тавсиялар ва ташхислаш – даволаш тактикалари хақида маълумотлар берилган.

**Калит сўзлар:** Аёлларда сийдик туталоқлик, гиперактив сийдик қопи, комплекс уродинамик текшириши.

**Abstract.** The article provides information on the social importance of urinary incontinence. Practical recommendations and information on diagnosis and treatment tactics for general practitioners and gynecologists are provided.

**Key words:** Urinary incontinence in women, hyperactive urinary tract, complex urodynamic examination.

---

**Актуальность.** 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 [2].

Лечение недержания мочи у женщин – одна из актуальных проблем современной урогинекологии. В Узбекистане недержание мочи встречается у 39 % у крупнорожающих женщин [3]

.Более половины из них (57 %) отмечают регулярный характер симптомов недержания. С возрастом распространённость недержания мочи увеличивается: с 8,7 % у женщин 25–34 лет до 34 % в возрасте 55 лет, т. е. становятся в четыре раза чаще [2]. При этом у 45 % женщин в постменопаузе наблюдаются различные расстройства мочеиспускания. Однако за медицинской помощью обращаются лишь 1,5 % данных пациенток по сравнению с 30–40 % женщин в европейских странах.

Недержание мочи (НМ) в настоящее время остается одной из важных проблем урогинекологии. Актуальность проблемы определяется большой распространённостью НМ среди женщин как за рубежом, так и в России. С.Nampel и соавт., изучив данные 21 эпидемиологического исследования, проведенного в разных странах мира, сообщили, что в группе женщин в возрасте от 30 до 60 лет распространённость НМ составила 21,5%, а в группе женщин старше 60 лет – 44% [1]. Международным комитетом по недержанию мочи данное заболевание определяется как «непроизвольное выделение мочи, являющееся социальной или гигиенической проблемой при наличии объективных проявлений неконтролируемого мочеиспускания» [2]. На сегодняшний день выделяют три основные формы заболевания: стрессовое

НМ, ургентное (императивное) и смешанное. Стрессовое НМ характеризуется непроизвольными потерями мочи, связанными с превышением внутрипузырного давления над максимальным уретральным в отсутствие сокращений детрузора, т.е. при физической нагрузке: кашле, чиханье, смехе и т.д. Ургентное НМ характеризуется наличием императивных позывов к мочеиспусканию и связанных с ними непроизвольных потерь мочи. Данная форма инконтиненции является одним из симптомов гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) [2].

Неоспоримым является тот факт, что в большинстве случаев болеют рожавшие женщины. Согласно последним данным, в развитии заболевания основную роль играет не количество, а характер родов. НМ чаще возникает после родов, носивших травматичный характер, сопровождающихся разрывами мышц тазового дна, промежности, мочеполовой диафрагмы, акушерскими операциями, что приводит к расхождению мышц тазовой диафрагмы, замещению мышечной ткани соединительнотканью рубцами [1, 4]. Однако НМ встречается и у пациентов, не имевших в анамнезе причин, нарушающих функцию сфинктеров мочевого пузыря. В таких случаях заболевание может быть связано с врожденной системной недостаточностью соединительной ткани [4, 5]. Причиной развития смешанного НМ нередко являются различные гинекологические операции: экстирпация матки, гистерэктомия, а также эндоуретральные операции. Развитие нарушений мочеиспускания и НМ у женщин после радикальных операций на матке связано с парасимпатической и соматической денервацией мочевого пузыря, уретры и мышц тазового дна, нарушением анатомических взаимоотношений органов малого таза; если при операции удаляются яичники, то дополнительно возникает гипоэстрогения [1, 4]. Кроме того, возникновению НМ способствуют: курение, хронические заболевания. По мнению ряда авторов, кашель и натуживание провоцируют резкое и длительное повышение внутрибрюшного давления (например, во время приступов), способствующее нарушению механизмов передачи давления на мочевой пузырь и уретру, что приводит к перерастяжению и перенапряжению нервномышечных структур тазового дна, сопровождающимся их микроповреждением и развитием в дальнейшем денервации и дистрофических изменений в сфинктерном аппарате мочевого тракта [4]. Причинами ургентного НМ являются хронические воспалительные заболевания мочевыводящих путей и патология центральной нервной системы.

**Цель.** улучшить результаты диагностики недержания мочи, является главной целью данной статьи.

**Материалы.** Для достижения этой цели был проведен анализ баз данных PubMed, EMBASE, Web of Science и Cochrane Library до декабря 2021 года.

В клинической практике, как правило, выделяют три вида недержания мочи: стрессовую, ургентную (императивную) и смешанную формы.

Под «стрессом» подразумеваются любые ситуации, приводящие к повышению внутрибрюшного давления (кашель, чихание, смех, поднятие тяжестей, ходьба, бег и т. п.). По различным данным, частота встречаемости стрессового недержания мочи или недержания мочи при напряжении составляет 19–55 %. Наиболее широко оно распространено среди пожилых женщин, особенно старше 75 лет (диагностировано примерно у половины пациенток из этой возрастной группы) [3].

Ургентность, как правило, является результатом непроизвольных сокращений детрузора во время фазы накопления мочи. В данном случае при наличии потери мочи говорят об ургентном недержании. У женщин без неврологической патологии это расстройство мочеиспускания называется идиопатической детрузорной нестабильностью (гиперактивный мочевой пузырь), в случае подтвержденного неврологического расстройства применяется термин «детрузорная гиперрефлексия» (нейрогенный мочевой пузырь). Также к ургентному недержанию мочи могут приводить следующие состояния: инфравезикальная обструкция, например, вследствие выраженной степени тазового пролапса (снижение сократительной способности мочевого пузыря у пожилых людей), что клинически выражается в виде частых позывов и чувства неполного опорожнения мочевого пузыря; воспаление мочевого пузыря в ряде случаев приводит к «раздражению» детрузора и ургентному недержанию мочи. Распространенность ургентного недержания мочи у женщин составляет примерно 11–20 %. Согласно исследованию Luber et al. (2001) [4] императивное недержание мочи наиболее часто встречается у пожилых пациенток.

Смешанное недержание мочи диагностируется примерно в 30 % случаев и обусловлено наличием как стрессового, так и ургентного компонента недержания мочи. Диагностика недержания мочи начинается со сбора анамнеза и беседы с больной, заполнения дневника мочеиспускания.

Физикальный осмотр включает как общий осмотр, так и осмотр на кресле. Общий осмотр предполагает пальпацию через живот области мочевого пузыря и обязательное неврологическое исследование. При физикальном осмотре широко используются различные тесты и пробы. Основной является кашлевой тест и проба Вальсальвы, демонстрирующие наличие стрессовой формы

инконтиненции. Также должны проводиться лабораторные исследования, в частности общий анализ и бактериологическое исследование мочи, что позволяет исключить инфекцию, наличие микрогематурии, глюкозурии. Дополнительно необходимо определение объёма остаточной мочи (абдоминально с помощью УЗИ) и диагностики возможной патологии (камень мочевого пузыря, наличие дивертикула мочевого пузыря)

Критерии установления диагноза/состояния: на основании патогномичных данных:

Для стрессового недержания мочи

1. наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления.

2. физикального обследования – наличие положительной кашлевой пробы

3. инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ)

Для ургентного недержания мочи

1. наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащенным мочеиспусканием и ноктурией.

2. физикального обследования – наличие отрицательной кашлевой пробы

3. инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ)

Для смешанного недержания мочи

1. наличия в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащенным мочеиспусканием и ноктурией в сочетании с наличием в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления.

2. физикального обследования – наличие положительной кашлевой пробы

3. инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

Основным методом для диагностики формы и степени тяжести НМ является комплексное уродинамическое исследование, которое при помощи ряда тестов позволяет определить нарушения функции мочевого пузыря, сфинктерной системы и мочевыводящих путей.

В амбулаторной практике основным вопросом является определение, когда пациентку необходимо направить на лечение в стационар. В этой связи важно понимание основных методов лечения данного заболевания. Лечение недержания мочи может быть консервативным и оперативным.

## ДРИПТЕСТ

Ф.И.О.....

Возраст.....

Дата.....

1	У Вас есть частые мочеиспускания более 6 раз в день и 1 раз ночью?	да		нет	
2	Ощущаете ли Вы неудержимые позывы перед мочеиспусканием?	да		нет	
3	Выделяется ли у Вас моча ночью в положении на спине или при перемене положения?	да		нет	
4	Выделяется ли у Вас моча при напряжении (бег, быстрая ходьба, поднятие тяжести, кашель)?	нет		да	
5	Усиливается ли позыв при шуме или контакте с водой?	да		нет	
6	Удаётся ли Вам удержать мочу при подтекании?	нет		да	
7	Количество подтекающей мочи.	обильное		необильное	
		Баллы			

Нестабильный мочевой пузырь	7/0	6/1	5/2
Смешанное недержание	4/3	3/4	
Недержание напряжения	2/5	1/6	0/7

Конец XX столетия ознаменован зримым прогрессом в хирургическом лечении недержания мочи. Это произошло во многом благодаря появлению новых теорий, объясняющих механизм удержания мочи у женщин. Так, в 1993 г. австралийским учёным Petros и шведским ученым Ulmsten была разработана и представлена интегральная теория удержания мочи [12], а через год после этого была дополнена теорией «гаммака», разработанной DeLancey [13]. Новый взгляд на патогенез недержания мочи позволил обосновать новые методы оперативного лечения. В 1996 г. Ulmsten [14] предложил применение свободной синтетической петли, устанавливаемой позадилоном доступом в области средней части уретры – операция TVT. В 2001 г. Delorme [15] представил технику проведения синтетической петли через запирающее отверстие (ТОТ, или метод «снаружи внутрь»), которая позволила обойти позадилоное пространство и избежать характерных осложнений, присущих этому доступу. В 2003 г. De Leval описал модификацию трансобтураторного доступа, при котором в ходе операции петля проводится со стороны влагалищного разреза к внутренней поверхности бедра – «изнутри кнаружи» через запирающие отверстия и стала известной как TVT-O [16]. Наименее инвазивной на сегодняшний день является операция с использованием так называемых мини-слингов, установка которых требует лишь одного разреза передней стенки влагалища. Данный вид операций может выполняться под местной анестезией, что особенно важно для соматически осложнённых пожилых пациенток.

#### Литература:

1. Hampel C, Weinhold D, Benken N et al. Prevalence and Natural History of Female Incontinence. Eur Urol 2007; 32 (Suppl. 2): 3–12.
2. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОГИНЕКОЛОГИИ. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У

ЖЕНЩИН (лекция) Неймарк А.И., Раздорская М.В.

3. Недержание мочи у женщин в амбулаторной практике М.Ю. Гвоздев
4. / Iureneva S.V., Ermakova E.I., Glazunova A.V. Diagnostika i terapiia genitourinarnogo menopauzal'nogo sindroma u patsientok v peri- i postmenopauze (kratkie klinicheskie rekomendatsii). Akusherstvo i ginekologiya. 2016; 5. [in Russian]
5. Monz D, Pons M, Hampel C et al. Patien – repoted impact of urinary incontinence. – Results from treatment seeking women in 14 European countries. Maturitas 2005; 52 (2): 25–8. 5. Cameron AP, Heidelbaugh JJ, Jimbo M. Diagnosis and office-based treatment of urinary incontinence in adults. Part one: diagnosis and testing. Ther Adv Urol 2013; 5 (4): 181–7
6. Пушкарь Д.Ю., Щавелева О.Б. Медикаментозное лечение императивных расстройств мочеиспускания//Фарматека. – 2002. – № 10. – С. 9-16.
7. Пушкарь Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин. Автореф. дис. – М., 1996.
1. 8. Пушкарь Д. Ю., Гумин Л. М. Тазовые расстройства у женщин. М.: МЕД прессинформ, 2006.

#### **ДИАГНОСТИКА НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН – РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВОП ВРАЧЕЙ И ДЛЯ ГИНЕКОЛОГОВ**

*Шерипбаев Р.Б., Кадыров Н.У., Шавахабов Ш.Ш.*

**Резюме.** В статье представлена информация о социальной значимости недержания мочи. Даны практические рекомендации и информация по диагностике и тактике лечения для врачей общей практики и гинекологов.

**Ключевые слова:** Недержание мочи у женщин, гиперактивность мочевыводящих путей, комплексное уродинамическое исследование.