

ГИПЕРАКТИВНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ В МЕНОПАУЗЕ

Эпидемиологические исследования показали, что синдром гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) входит в десятку самых распространенных заболеваний, опережая сахарный диабет, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Кроме того, с каждым годом отмечается неуклонный рост числа больных ГМП. Распространенность синдрома ГМП колеблется от 12 до 22%, несмотря на значительное снижение качества жизни, лишь 4–6,2% пациентов обращаются за помощью к специалистам.

Ключевые слова: пролапс гениталий, недержание мочи, менопауза, постменопауза, ГМП, пессарий, солифенацина сукцинат.

A.G. IMELBAYEVA, A.G. YASCHUK, MD, Prof., I.I. MUSIN

Bashkir State Medical University, Russia's Ministry of Health

OVERACTIVE BLADDER IN WOMEN WITH GENITAL PROLAPSE DURING MENOPAUSE

Epidemiological studies showed that overactive bladder (OAB) syndrome is among the ten most common diseases, ahead of diabetes, gastric ulcer and duodenal ulcer. In addition, the number of patients with OAB is steadily growing every year. Prevalence of OAB ranges from 12 to 22%, and despite a significant decline in the quality of life, only 4–6,2% of patients seek the help of professionals.

Keywords: genital prolapse, urinary incontinence, menopause, postmenopause, OAC, pessary, solifenacin succinate.

Согласно определению Международного общества по проблеме недержания мочи (НМ) (International Continence Society), под синдромом гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) понимают urgentное (повелительное, императивное) мочеиспускание (в сочетании с urgentным НМ или без него), обычно учащенное (более 8 р/сут) и сопровождающееся ноктурией (мочеиспускание в период от засыпания до пробуждения) [1]. Частота ГМП достаточно велика и среди всех взрослых достигает 30% [1, 2]. При этом значимость ГМП объясняется не только его высокой распространенностью, но и существенным ухудшением качества жизни таких больных вследствие влияния практически на все стороны жизни человека – социальную, семейную, профессиональную и сексуальную [3, 4].

Основные факторы риска ГМП у женщин – это дефицит половых стероидов и наступление климактерия [5]. Роль эстрогенного дефицита в развитии императивных нарушений мочеиспускания связывают со структурными изменениями в мочевом пузыре ишемией, атрофическими изменениями в уретерии. НМ многими женщинами воспринимается как неизбежное в период менопаузы (постменопаузы) [6]. Частота распространенности НМ у женщин старших возрастных групп увеличивается, но изменяется соотношение возникновения разных видов недержания. Это серьезная проблема, влияющая на качество жизни более чем у 22 млн человек [1]. Число случаев стрессового недержания по мере увеличения длительности постменопаузы в популяции уменьшалось благодаря хирургическому лечению, в то время как частота неотложного НМ увеличивалась при длительности постменопаузы [4].

Цель исследования: улучшение результатов консервативного лечения у женщин с гиперактивностью мочевого пузыря в сочетании с пролапсом гениталий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При проведении профилактического медицинского осмотра и исследований на клинических базах ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России была сформирована выборка численностью 141 женщина в менопаузе с пролапсом гениталий III–IV ст. по классификации POP-Q, которым было предложено анкетирование с целью выявления признаков urgentного НМ.

Больные были разделены на группы:

- I группа была представлена 57 пациентками в менопаузе с пролапсом гениталий менее 5 лет и ГМП. Возраст пациенток составил $61,9 \pm 7,5$ года.
- II группу составили 84 пациентки в менопаузе с пролапсом гениталий более 5 лет и ГМП. Возраст – $64,9 \pm 8,3$ года.

Основные факторы риска ГМП у женщин – это дефицит половых стероидов и наступление климактерия [5]. Роль эстрогенного дефицита в развитии императивных нарушений мочеиспускания связывают со структурными изменениями в мочевом пузыре, ЗПТ ишемией, атрофическими изменениями в уретерии

Критерием включения в исследование являлись женщины с ГМП и смешанной формой НМ, возникшими во время менопаузы и продолжающимися в течение 2 лет. Критерии исключения из исследования: наличие в анамнезе острых воспалительных заболеваний органов малого таза, психические заболевания, болезнь Паркинсона, сахарный диабет, нарушения мозгового кровообращения, ожирение II–III степени.

Таблица 1. Выраженность симптомов ГМП по данным дневников мочеиспускания (n = 141)

Показатель (суммарно за 3-и сут.)	Среднее значение, М ± m
Количество мочеиспусканий	35,9 ± 2,5
Количество ночных мочеиспусканий	7,0 ± 1,2
Количество императивных позывов в дневное время	2,1 ± 0,1
Количество императивных позывов в ночное время	2,1 ± 0,1
Количество эпизодов ургентного НМ в дневное время	3,1 ± 0,3
Количество эпизодов ургентного НМ в ночное время	0,5 ± 0,1

Таблица 2. Распределение больных с ГМП по степени тяжести симптомов (n = 141)

Степень тяжести симптомов ГМП	Количество больных	Средняя сумма баллов, М ± m
1-я (легкая)	30 (22,0%)	58,84 ± 3,66
2-я (умеренная)	39 (28,0%)	72,65 ± 6,97
3-я (тяжелая)	72 (50,0%)	105,38 ± 9,70

Для объективной оценки мочеиспускания пациентки заполняли дневник мочеиспускания (табл. 1). Было применено ультразвуковое сканирование мочевого пузыря. С целью фиксации данных тяжелых и скрытых форм ГМП применено комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Состояние промежности оценивалось по стандартизированной классификации пролапса гениталий POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).

В дальнейшем был проведен анализ зависимости описанной пациентками клинической картины от степени тяжести ГМП. Результаты исследований выявили отчетли-

вую корреляцию анатомических нарушений и тяжести течения заболевания.

Результаты: Все пациенты в зависимости от степени тяжести симптоматики ГМП были разделены на 3 группы: с легкой, умеренной и тяжелой степенью выраженности симптомов в соответствии с системой оценки тяжести симптомов ГМП (табл. 2) [7]. Определение степени тяжести симптоматики ГМП проводилось в баллах по формуле:

$$S = 2 \times A + B + 1^*,$$

где S – оценка тяжести симптоматики ГМП в баллах; A – частота мочеиспускания за 3-и сут.; B – частота императивных позывов за 3-и сут.

При оценке интенсивности урогенитальных расстройств 26,7% женщин I группы отмечали крайне выраженные нарушения, влияющие на повседневную жизнь, при этом 29,5% женщин II группы жаловались на умеренные нарушения мочеиспускания.

При сравнении отдельных форм пролапса тазовых органов достоверных различий между группами не выявлено. Но мы считаем необходимым отметить, что частота несостоятельности мышц тазового дна в I группе в 2 раза выше (p = 0,06) по сравнению со II группой.

Сравнение форм пролапса в I и II группах с поражением одного отдела представлено в таблице 3.

Осложненные формы пролапса органов малого таза с нарушением функции мочевого пузыря недостоверно выше отмечались в I группе (p = 0,03) у 38 (49,3%) больных; во II группе – у 29 (34,5%).

Как видно из таблицы 4, достоверных различий между группами по длительности заболевания не выявлено. Во всех группах почти половина пациенток обратилась за хирургической помощью при длительности заболевания от 1 года до 10 лет.

Интересен факт, что у 30 (52,6%) женщин из I группы НМ возникало не одновременно с пролапсом гениталий,

* Прибавляется 1 балл, если у пациента имеется ургентное НМ.

Таблица 3. Формы пролапса тазовых органов

Группа	Цистоцеле		Ректоцеле		Энтероцеле		Опущение или выпадение матки	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I n = 57	41	53,3	19	24,7	2	2,6	40	52,0
II n = 84	44	52,3	25	29,8	4	4,8	22	26,2

Примечание. Различия достоверны (p < 0,05).

Таблица 4. Давность пролапса гениталий и недержания мочи

Группа	1–3 года		3–5 лет		5–10 лет		Более 10 лет	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I n = 57	29	37,650	23	29,940	7	9,112	-	-
II n = 84	6	7,1	26	31	36	42,843	16	19,1

Примечание. Различия достоверны (p < 0,05).

а сначала развивалось НМ с последующим развитием пролапса тазовых органов.

При эхографическом исследовании определялись следующие параметры, согласно данным В.И. Краснополяского (2003): длина мочеиспускательного канала, ширина уретры на уровне шейки мочевого пузыря, величина уретровезикального угла [8]. Для удержания мочи длина мочеиспускательного канала должна соответствовать 2,7 см. Ширина проксимального отдела уретры не должна превышать 0,98 см. Уретровезикальный угол в покое находится в диапазоне 54–110°, в среднем 95°. Таким образом, ультрасонографическое исследование позволяет проводить диагностику стрессового НМ [9]. Данные представлены в *таблице 5*.

Таблица 5. Результаты ультразвукового исследования

Группа	Длина уретры (проба Вальсальвы)	Ширина уретры	Угол в покое	Угол при напряжении
I n = 57	1,2 ± 0,6	0,3 ± 0,3	167 ± 1,5	178 ± 6,2
II n = 84	0,8 ± 5,4	0,6 ± 0,2	169 ± 0,2	172 ± 1,9

Смещение уретровезикального сегмента является одной из причин развития пролапса тазовых органов и может быть легко выявлено при ультразвуковом исследовании.

КУДИ проводилось до лечения. Из *таблицы 6* видно, что наиболее частой причиной НМ при пролапсе тазовых органов являлось нарушение в виде гиперактивности детрузора или нестабильности уретры – у 8 (34,8%) пациенток из I группы и 2 (10,0%) пациенток из II группы. Клинически во II группе у этих женщин отмечались жалобы на императивные позывы и частое мочеиспускание.

Из наиболее характерных уродинамических симптомов у пациенток с НМ следует выделить уменьшение функциональной длины уретры, снижение максимального давления закрытия уретры, выявленные у 56 и 58% соответственно. А увеличение цистометрического объема

мочевого пузыря и количества остаточной мочи наблюдалось у 22,4 и 32,8% пациенток II группы с пролапсом тазовых органов.

Необходимо отметить особенности результатов уродинамического исследования при пролапсе тазовых органов в сочетании с НМ. Это отсутствие корреляции между степенью уродинамического нарушения и клиническими проявлениями заболевания, возможность получения ложноположительных результатов в 26,1% случаев, а также ложноотрицательных данных в 13,1% случаев.

Пациенткам I группы была предложена консервативная терапия с применением пессария и солифенацина сукцината в дозе 5 мг в течение 6 месяцев.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, мочеиспускание становится более устойчивым, без признаков обструктивного мочеиспускания.

У 30 (52,6%) женщин через 3 месяца отмечен положительный эффект. В 5 (8,7%) случаях проведено оперативное лечение, нами это трактовалось как прогрессирование патологического процесса. У 2 (3,5%) женщин было отмечено ухудшение состояния в виде нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, которым в последующем было рекомендовано отказаться от приема солифенацина сукцината. У 20 (35%) пациенток отмечена положительная динамика, но данная группа продолжила прием солифенацина сукцината до 6 месяцев.

Можно предположить, что произвольные сокращения детрузора и утяжеление симптоматики гиперактивности мочевого пузыря зависят от длительности менопаузы и длительности течения пролапса тазовых органов

Можно предположить, что произвольные сокращения детрузора и утяжеление симптоматики гиперактивности мочевого пузыря зависят от длительности менопаузы и длительности течения пролапса тазовых органов.

Таблица 6. Показатели комплексного уродинамического исследования

Группа		Параметры КУДИ					
		Нормофлексия детрузора	Нестабильность уретры	Уменьшение функциональной длины уретры	Снижение максимального давления закрытия уретры	Увеличение цистометрического объема мочевого пузыря	Увеличение количества остаточной мочи (более 100 мл)
I n = 57	Абс.	18	2	18.	17	3	6
	%	78,331,6	8,73,5	78,331,6	73,930	13,1	26,110,5
II n = 84	Абс.	19	19	4	4	8	10
	%	95,022,6	95,022,6	20,04,8	20,04,8	40,0	50,011,9

Примечание. Различия достоверны (p < 0,05).

Пациенткам II группы было проведено оперативное лечение с последующей медикаментозной коррекцией ГМП с применением солифенацина сукцината в дозе 5 мг. От приема солифенацина сукцината отказалось 16 (19%) женщин, аргументируя это тем, что после оперативного лечения пропали признаки ургентного НМ.

ВЫВОДЫ

Можно утверждать, что в результате сопоставления анатомических и клинических нарушений возможна дифференциальная диагностика типов стрессовой инконтиненции. НМ при напряжении разделено на заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата, неизмененного мочеиспускательного канала и уретро-везикального сегмента, что относится к анатомическому НМ, а также связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерной системе, приводящими к нарушению функции замыкательного аппарата. Полученные данные способствовали выбору тактики ведения пациенток с пролапсом и ГМП продолжительностью более 10 лет. Мы считаем, что применение урогинекологического pessaria является возможным консервативным методом лечения при абсолютных противопоказаниях к оперативному лечению, т. к. проведенное исследование показало высокую эффективность совместного назначения медикаментозной коррекции проявлений синдрома ГМП с применением солифенацина сукцината в дозе 5 мг у женщин с пролапсом длительностью

менее 5 лет для лечения ГМП. Проведенная терапия привела к существенному снижению выраженности симптоматики ГМП.



ЛИТЕРАТУРА

1. Hullfish K, Fenner D, Sorser SA, Visger J, Clayton A, Steers WD. Postpartum depression, urge urinary incontinence, and overactive bladder syndrome: Is there an association? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2007, 18: 1121-1126.
2. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn*, 2010, 29(1): 4-20.
3. Tikkinen KA, Auvinen A, Tiitinen A, Valpas A, Johnson TM, Tammela TL. Reproductive factors associated with nocturia and urinary urgency in women: A population-based study in Finland. *Am J Obstet Gynecol*, 2008, 199(153): e1-12.
4. Sand PK, Goldberg RP, Dmochowski RR, McIlwain M, Dahl NV. The impact of the overactive bladder syndrome on sexual function: a preliminary report from the multicenter assessment of transdermal therapy in overactive bladder with oxybutynin trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2006, 195: 1730-1735.
5. Кулаков В.И., Аполихина И.А., Деев А.Д. Акушерско-гинекологические факторы риска недержания мочи у женщин. *Акушерство и гинекология*, 2005, 3: 32-36.
6. Hashim H, Abrams P. Is the bladder an unreliable witness for predicting detrusor overactivity? *J Urol*, 2006, 175: 191-194.
7. Waetjen LE, Feng WY, Ye J, Johnson WO, Greendale GA, Sampsel CM, Sternfield B, Harlow SD, Gold EB. Factors associated with worsening and improving urinary incontinence across the menopausal transition. *Obstetrics and Gynecology*, 2008, 111: 667-677.
8. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Петрова В.Д. Диагностика типов недержания мочи у женщин при пролапсе гениталий. *Вестник*, 1999, 3: 53-56.
9. Oelke V, Khullar H. Review on ultrasound measurement of bladder or detrusor wall thickness in women: techniques, diagnostic utility, and use in clinical trials. *World J Urol*, 2013, 31: 1093-1094.

МИНЭКОНОМРАЗВИТИЯ ПРЕДЛОЖИЛО НОВЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ЛЕКАРСТВ

Минэкономразвития предложило расширить сферу применения информационно-аналитической системы (ИАС) мониторинга лекарственных препаратов: контролировать не только их средние цены, но и остатки препаратов в больницах, а также обоснованность назначения и доступность для пациентов.

Разработка ИАС ведется по поручению президента РФ. Ожидалось, что она должна быть запущена в тестовом режиме к началу марта, а в рабочем – с января 2018 г. Однако ее разработка затягивается: по словам источника издания в Белом доме, пока неясно, как себя поведет система – есть опасения, что ее запуск усложнит работу более общей единой информсистемы закупок (ЕИС).

Основная проблема с ИАС в том, что Минздравом не разработаны ключевые акты: правила определения начальной цены контрактов и описание лекарственных препаратов как объектов закупок. Проекты документов были представлены в декабре, но их финальные версии не утверждены. В Минздраве подтвердили, что сейчас готовятся нормативные правовые акты, необходимые для того, чтобы пользователи ЕИС могли вносить в нее сведения по заключенным контрактам.

СОВЕТ ФЕДЕРАЦИИ ОБЕСПОКОЕН РОСТОМ РАСХОДОВ РЕГИОНОВ НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Комитет Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам предложил обсудить возможность передачи полномочий по оплате страховых взносов на ОМС неработающих граждан, состоящих на учете в службе занятости, на федеральный уровень и оценить целесообразность предоставления субсидий регионам из федерального бюджета на софинансирование расходов по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения.

Рекомендации СФ связаны с ежегодным ростом расходов бюджетов субъектов РФ на обязательное медицинское страхование неработающего населения. «Высокая нагрузка на бюджеты субъектов Российской Федерации по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения приводит к дефициту средств региональных бюджетов на финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оплаты медицинской помощи, не включенной в обязательное медицинское страхование», – уточняется в материалах Совета Федерации.

