

Особливості консервативного лікування нетримання сечі у жінок

Г. Є. Важова

Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика,
м. Київ

Мета дослідження: оцінювання ефективності консервативного лікування нетримання сечі у жінок.

Матеріали та методи. 40 пацієнток (середній вік $43,0 \pm 4,1$ року) з імперативним нетриманням сечі отримували комплексну консервативну терапію. Пацієнтки залежно від методів лікування були розподілені на дві групи: до 1-ї групи увійшли 20 жінок, які отримували базисну терапію (антимускаринові препарати; препарати, що поліпшують метаболізм детрузора; фізіотерапія; лікувальна фізкультура для зміцнення м'язів тазового дна і вправи Кегеля); до 2-ї групи увійшли 20 пацієнток, яким базисна терапія була доповнена вживанням α_1 -адреноблокаторів. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи.

Результати. Базисна терапія з використанням α_1 -адреноблокаторів у пацієнток з імперативним нетриманням сечі сприяє відновленню біоелектричної активності на рівні детрузора і сфінктера уретри, що приводить до нормалізації резервуарної та евакуаторної функції сечового міхура і замикальної функції сфінктера уретри. За даними результатів УЗД м'язів-леваторів з доплером у пацієнток з імперативним нетриманням сечі до лікування наголошувалося статистично значуще зменшення показників ширини м'язів-леваторів на всіх трьох рівнях, підвищення показників Vps і RI, що свідчить про ізотонічне скорочення м'язів-леваторів. Після лікування у 1-й групі хворих статистично значущих змін у відновленні досліджуваних параметрів не спостерігалось. У 2-й групі пацієнток після лікування реєстрували статистично значуще збільшення показників ширини м'язів-леваторів на всіх трьох рівнях на 54,7%; 51,8% і 59,9% відповідно (у всіх випадках $p < 0,05$). Показник Vps знизився на 35,1%, а показник RI – на 32,3% (в обох випадках $p < 0,05$).

Висновки. На тлі проведеного комплексного консервативного лікування пацієнток з імперативним нетриманням сечі відзначено усунення ізотонічного скорочення м'язів-леваторів, що сприяло підвищенню ефективного перерізу сечовипускального каналу і зниженню максимального уретрального і детрузорного тиску. У цьому випадку позитивна дія консервативного лікування більшою мірою пов'язана з α_1 -адреноблокаторами.

Ключові слова: нетримання сечі, діагностика, різні форми.

Однією із значущих і дотепер не вирішених проблем, що зачіпають суміжні дисципліни – урологію і гінекологію, є нетримання сечі (НС) у жінок [1, 2]. Підвищений інтерес до цього вельми складного і недостатньо вивченого питання викликаний високою частотою поширення різних форм НС і те, що більшість хворих не бажають миритись із цим захворюванням [3, 4].

НС не несе смертельної загрози, проте негативно впливає на якість життя пацієнток [5, 6]. Розлади сечовипускання виникають незалежно від умов життя, характеру праці і в будь-якому віці, але більшою мірою до них схильні жінки віком понад 50 років [7, 8]. За даними авторів, НС виявляють у 30% жінок, а в старшій віковій групі – у 50% і більше [9, 10]. Водночас у перші 10 років менопаузи переважає стресове НС, з часом розвивається імперативна симптоматика і на перше місце виходить змішана форма НС [11, 12].

Провідними урологами і гінекологами світу обговорюється об'єм необхідних діагностичних маніпуляцій у пацієнток з НС, немає єдиних алгоритмів обстеження і лікування [13, 14]. Найбільші труднощі в діагностиці і визначенні тактики ведення хворих пов'язані зі складними і змішаними формами НС [15–17]. З огляду на це особливої актуальності набуває оцінка ролі функціонального й анатомічного компонентів у розвитку порушень сечовипускання у жінок [18–20].

Мета дослідження: аналіз діагностичних аспектів різних форм НС у жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 40 пацієнток з імперативним НС, які отримували комплексну консервативну терапію. Середній вік обстежуваних становив $43,0 \pm 4,1$ року. Залежно від методів лікування пацієнтки були розподілені на дві групи.

До 1-ї групи увійшли 20 жінок, які отримували базисну терапію:

- антимускаринові препарати,
- препарати, що поліпшують метаболізм детрузора,
- фізіотерапія,
- ЛФК для зміцнення м'язів тазового дна,
- вправи Кегеля.

До 2-ї групи включено 20 пацієнток, яким додатково до базисної терапії призначали α_1 -адреноблокатори.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, інструментальні, лабораторні та статистичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу частоти зустрічання скарг у пацієнток з імперативним НС було виявлено, що найчастішими симптомами є:

- полакіурія – у 100%,
- невідкладний позив до сечовипускання – у 100%,
- імперативне НС – у 100% випадків.

Після проведеної терапії у 1-й групі хворих полакіурія зберігалася у 40% жінок, при цьому кількість сечовипускань вдень не перевищувала 10 разів, імперативні позиви до сечовипускання були купейні у 58% хворих, імперативне НС – у 78% пацієнток.

Після проведеної терапії у 2-й групі пацієнток імперативні позиви до сечовипускання зберігалися лише у 6% жінок, імперативне НС було купейне у 91% пацієнтки, а полакіурія – у 90% хворих.

Порівняльний аналіз отриманих результатів продемонстрував, що проведені комплекси лікування імперативного НС надали різну клінічну ефективність. Так, частота купірування імперативних позивів до сечовипускання, імперативного НС і поліактірії у пацієнток 2-ї групи у 3,2; 2,6 і 4 рази відповідно була вище на відміну від 1-ї групи хворих.

Аналіз анкет-опитувальників засвідчив, що до лікування у пацієнток з імперативним НС середній сумарний бал симптоматики в 2,7 раза перевищував контрольний рівень ($p < 0,05$) і становив $21,5 \pm 1,35$ бала. Таке підвищення відбувалося за рахунок імперативної симптоматики. Так, середній бал імперативних позивів до сечовипускання в 2,4 раза перевищував контрольний рівень, а імперативного НС – у 7 разів (в обох випадках $p < 0,05$).

Після лікування наголошувалося зменшення вираженості імперативної симптоматики в обох групах хворих, але статистично значуще зниження і нормалізацію досліджуваних параметрів реєстрували у 2-й групі. Так, середній бал імперативних позивів до сечовипускання та імперативного НС статистично значуще знизився – в 2,1 і 3,2 раза відповідно (в обох випадках $p < 0,05$), а сумарний бал симптоматики імперативного НС зменшився в 2,5 раза ($p < 0,05$) і досяг контрольного рівня.

Отже, після лікування клінічні прояви захворювання зменшилися у всіх випадках з найбільш вираженою динамікою у пацієнток 2-ї групи, а саме: загальна клінічна ефективність становила 87%, що на 29% вище ніж у 1-й групі хворих.

При проведенні якісної оцінки урофлоуграм у пацієнток з імперативним НС до лікування переривчастий тип сечовипускання спостерігався у 40% хворих, перериваний – у 20%, обструктивний – у 30% пацієнток, стрімкий тип – у 10% жінок. Порівняльна якісна оцінка урофлоуграм продемонструвала, що після базисної терапії (1-а група) повне відновлення сечовипускання спостерігали у 80% хворих, при комплексному лікуванні з використанням α_1 -адреноблокаторів (2-а група) переривчастий або нормальний тип сечовипускання реєстрували вже у 97% жінок.

За даними урофлоуметрії у пацієнток з імперативним НС до лікування було відзначено збільшення показника TQ в 4,4 раза, показник Qmax був на 68,6% нижче за контрольну величину, а показник Vcomr був знижений на 36% (у всіх випадках $p < 0,05$). Після лікування у пацієнток 2-ї групи наголошувалося більш виражене порівняно з 1-ю групою збільшення показника Qmax (до $26,9 \pm 0,37$ мл/с), зниження і нормалізація показника TQ (до $10,3 \pm 0,13$ с) і збільшення показника Vcomr (до $186,9 \pm 12,52$ мл).

Отже, на підставі результатів, отриманих при урофлоуметрії у пацієнток з імперативним НС, можна дійти висновку, що базисна терапія, доповнена вживанням α_1 -адреноблокаторів, сприяє відновленню показників урофлоуметрії і усуває обструктивний тип сечовипускання у 100% жінок.

За даними цистометрії початково у жінок з імперативним НС спостерігалася збільшення об'єму залишкової сечі в 2 рази, максимальна цистометрична ємність сечового міхура була знижена в 5 разів, а об'єм сечового міхура при першому позиві і при неспинному позиві був зменшений у 3 і 2,5 раза відповідно (у всіх випадках $p < 0,05$). На цистометрограмах спостерігалися мимовільні скорочення детрузора у фазі наповнення, коливання внутрішньоміхурового тиску становили $19,6$ см H₂O.

На тлі лікування у 1-й і 2-й групах хворих реєстрували позитивну динаміку у відновленні цистометричних показників, що визначено в статистично значимому збільшенні і нормалізації показників максимальної цистометричної ємності в 5,5 і 4,9 раза відповідно, об'єму сечового міхура при першому позиві і при неспинному

позиві в 2,9 і 2,5 раза відповідно (у всіх випадках $p < 0,05$) і тим самим збільшився об'єм рідини, що викликає перший позив до сечовипускання.

Водночас наголошувалося зниження внутрішньоміхурового тиску при першому позиві і при неспинному позиві на 41,3% і 38,6% відповідно (1-а група), на 39,2% і 41,2% відповідно (2-а група) (в всіх випадках $p < 0,05$). Більш виражене зменшення об'єму залишкової сечі спостерігалось у 2-й групі пацієнток, де показник знизився в 2,9 раза і досяг контрольного рівня. Водночас на цистометрограмах в обох групах пацієнток реєстрували зниження максимальної амплітуди скорочення детрузора до 10 см H_2O , що відповідає нормальним показникам.

Отже, за результатами цистометрії у пацієнток з імперативним НС виявлено, що базисна терапія сприяє нормалізації цистометричних показників і дозволяє досягти стану «стабільності» сечового міхура, а з використанням α_1 -адреноблокаторів приводить до нормалізації кількості залишкової сечі.

Під час оцінювання мікроциркуляції сечового міхура у пацієнток з імперативним НМ до лікування порівняно з контрольними показниками спостерігалось зниження показників, а саме: показник мікроциркуляції (ПМ) на 26,6%, середньо-квадратичне відхилення коливань перфузії (СКВ) на 24,8% і індекс ефективності мікроциркуляції (ІЕМ) на 77,9% (в усіх випадках $p < 0,05$). Після лікування максимальне зростання показників базального кровотоку виявлено у 2-й групі, про що свідчить статистично значуще збільшення і нормалізація показників ПМ і ІЕМ.

За даними електроміографії (ЕМГ) сечового міхура у пацієнток з імперативним НС до лікування реєстрували статистично значуще збільшення показників максимальної амплітуди інтерференційної кривої на рівні детрузора в 2,6 раза і сфінктера уретри в 1,5 раза (в обох випадках $p < 0,05$). Після лікування краще відновлення досліджуваних параметрів спостерігалось у пацієнток 2-ї групи. Так, показники максимальної амплітуди інтерференційної кривої знизилися на рівні детрузора і сфінктера уретри на 11,6% і 59,1% (в обох випадках $p < 0,05$).

Отже, базисна терапія з використанням α_1 -адреноблокаторів у пацієнток з імперативним НС сприяє відновленню біоелектричної активності на рівні детрузора і сфінктера уретри, що призводить до нормалізації резервуарної та евакуаторної функції сечового міхура і замикальної функції сфінктера уретри.

За даними результатів УЗД м'язів-леваторів з доплером у пацієнток з імперативним НСМ до лікування наголошувалося статистично значиме зменшення показників ширини м'язів-леваторів на всіх трьох рівнях, підвищення показників V_{ps} і RI , що свідчить про ізотонічне скорочення м'язів-леваторів.

Після лікування в 1-й групі хворих статистично значущих змін у відновленні досліджуваних параметрів не спостерігалось. У 2-й групі пацієнток після лікування реєстрували статистично значуще збільшення показників ширини м'язів-леваторів на всіх трьох рівнях на 54,7%; 51,8% і 59,9% відповідно (у всіх випадках $p < 0,05$). Показник V_{ps} знизився на 35,1%, а показник RI – на 32,3% (в обох випадках $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

Отже, на тлі проведеного комплексного консервативного лікування пацієнток з імперативним НС зафіксовано усунення ізотонічного скорочення м'язів-леваторів, що сприяло підвищенню ефективного перерізу сечовипускального каналу і зниженню максимального уретрального і детрузорного тиску. У цьому випадку позитивна дія консервативного лікування більшою мірою пов'язана із застосуванням α_1 -адреноблокаторів.

Women have features of conservative treatment of urinary incontinence.

H. E. Vazhova

The objective: to estimate efficiency of conservative treatment of urinary incontinence for women.

Materials and methods. 40 patients (middle age – $43,0 \pm 4,1$ years) with imperative urinary incontinence got complex conservative therapy. Patients depending on the methods of treatment parted on 2 groups: 20 women which got base therapy entered in a 1st group (to the antimuscarine preparations, preparations which improve metabolism of detrusor, physiotherapeutic treatment, physical therapy for muscle strengthening of pelvic floor and exercise of Kegelya); did 20 patients which base therapy was complemented by a reception enter in a 2th group alpha1-blockers. To the complex of the conducted researches clinical instrumental, laboratory and statistical methods were included.

Results. Is there base therapy with the use alpha1-blockers for patients with imperative urinary incontinence instrumental in proceeding in bioelectric activity at level detrusor and sphincter of urethra which results in normalization a reservoir and evacuation function of urinary bladder and locking function of sphincter of urethra.

From data of results of ultrasound examination of levator muscles with Doppler for patients with imperative urinary incontinence to treatment the meaningful diminishing of indexes of width of levator muscles was marked statistically on all three levels, increase of indexes of Vps and RI which testifies to isotonic shortening of levator muscles.

After treatment in the 1 sub-group of patients statistically meaningful changes in recovery in the investigated parameters were not observed. In the 2 group of patients after treatment the meaningful increase of indexes of width of levator muscles was registered statistically on all three levels on 54,7%; 51,8% and 59,9% respectively (in all cases of $p < 0,05$). The index of Vps decreased on 35,1%, and an index of RI is on 32,3% (in both cases of $p < 0,05$).

Conclusions. On a background the conducted complex conservative treatment of patients with imperative urinary incontinence, the removal of isotonic shortening of levator muscles is marked, that was instrumental in an increase effective to the cut of urethra and decline maximal urethral and to detrusor pressure. In this case is the positive action of conservative treatment in a greater degree constrained from alpha1-blockers (2-я sub-group).

Keywords: urinary incontinence, diagnostics, different forms.

Відомості про автора

Важова Ганна Євгенівна – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ
ORCID: 0009-0003-2430-1166; e-mail: a.e.vazhova@gmail.com

Information about the author

Vazhova Hanna E. – Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv
ORCID: 0009-0003-2430-1166; e-mail: a.e.vazhova@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Barber MD, Maher C. Apical prolapse. Int Urogynecol. 2021;34:1815–33.
2. Baud D, Meyer S, Vial Y, Hohlfeld P, Ahtari C. Pelvic floor dysfunction 6 years post-anal sphincter tear at the time of vaginal delivery. Int Urogynecol. 2021;32(9):1127–34.
3. Bo K, Fleten C, Nystad W. Effect of antenatal pelvic floor muscle training on labor and birth. Obstet Gynecol. 2019;126(6):1279–84.
4. Boroumandfar K, Rahmati MG, Farajzadegan Z, Hoseini H. Reviewing sexual function after delivery and its association with some of the reproductive factors. Iran J Nurs Mid Res. 2020;25(4):220–3.
5. Borstad E, Abdelnoor M, Staff AC, Kulseng-Hanssen S. Surgical strategies for women with pelvic organ prolapse and urinary stress incontinence. Int Urogynecol. 2019;31:179–86.

6. Bortolini MA, Drutz HP, Lovatsis D, Alarab M. Vaginal delivery and pelvic floor dysfunction: current evidence and implications for future research. *Int Urogynecol*. 2020;31(8):1025–30.
7. Bucknor A, Egeler SA, Chen AD, Chattha A, Kamali P, Brownstein G, et al. National Mortality Rates After Outpatient Cosmetic Surgery and Low Rates of Perioperative Deep Vein Thrombosis Screening and Prophylaxis. *Plast Reconstruct Surg*. 2018;142(1):90–8.
8. Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Stewart F, Dembinsky M, Sobiesuo P, Kearney R. Pessaries (mechanical devices) for managing pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020 18 November. [Internet]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004010.pub4>
9. Campagna G, Panico G, Vacca L, Caramazza D, Gallucci V, Rumolo V, et al. Laparoscopic sacral colpopexy for pelvic organ prolapse recurrence after transvaginal mesh surgery. *Eur Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;248:222–6.
10. Chaliha C. Postpartum pelvic floor trauma. *Cur Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):474–9.
11. Chantereau P, Brieu M, Kammal M. Mechanical properties of pelvic soft tissue of young women and impact of aging. *Int Urogynecol*. 2019;30:1–7.
12. Chen B, Wen Y, Wang H, Polan ML. Differences in estrogen modulation of tissue inhibitor of matrix metalloproteinase-1 and matrix metalloproteinase-1 expression in cultured fibroblasts from continent and incontinent women. *Am Obstet Gynecol*. 2013;199(1):59–65.
13. Chow D, Rodriguez LV. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol*. 2013;23(4):293–8.
14. Connell KA, Guess MK, Chen H. HOXA11 is critical for development and maintenance of uterosacral ligaments and deficient in pelvic prolapse. *Clin Invest*. 2018;128(3):1050–5.
15. Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. Rationale for the study methods and design of the epidemiology of lower urinary tract symptoms (EpiLUTS) study. *BJU Int*. 2019;114(3):348–51.
16. Crepin G, Cosson M, Lucot JP. Genital prolapse in young women: a topical issue. *Acad Natl Med*. 2017;197(4-5):827–36.
17. Davidson ERW, Thomas TN, Lampert EJ. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes. *Int Urogynecol*. 2019;30(4):649–55.
18. Demirci F, Ozdemir I, Somunkiran A. Perioperative complications in abdominal sacrocolpopexy and vaginal sacrospinous ligament fixation procedures. *Int Urogynecol*. 2020;11:29–33.
19. Demirci F., Ozdemir I., Somunkiran A. Abdominal sacrohysteropexy in young women with uterovaginal prolapse: results of 20 cases. *Reprod Med*. 2016;61(7):539–43.
20. Denman M.F., Gregory T., Boyles S.H., et al. Reoperation 10 years after surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2018;125(1):555–6.