

УДК 616.8

Крапива Александр Анатольевич

Главный врач.

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «специализированная
психиатрическая больница № 4» министерства
здравоохранения Краснодарского края
spb4@ mail.ru

Шадских Валентина Александровна

Врач-невролог.

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «специализированная
психиатрическая больница № 4» министерства
здравоохранения Краснодарского края
spb4@ mail.ru

Valentina A. Shadskikh

Neurologist.

State budgetary healthcare institution
"Specialized Psychiatric Hospital № 4"
of the Ministry of Health of Krasnodar Krai
spb4@ mail.ru

Alexandr A. Krapiva

chief physician.

State budgetary healthcare institution
"Specialized Psychiatric Hospital № 4"
of the Ministry of Health of Krasnodar Krai
spb4@ mail.ru

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

URINARY INCONTINENCE IN THE ELDERLY

***Аннотация.** В данной статье говорится о недержании мочи в пожилом возрасте, рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, различных видов лечения.*

***Ключевые слова:** мочевого пузыря, энурез, императивное недержание мочи, стрессовое недержание мочи, тренировка мочевого пузыря, упражнения Кегеля.*

***Abstract.** In this article urinary incontinence in the elderly, the issues of etiology, pathogenesis, and different types of treatment are considered.*

***Keywords:** bladder, enuresis, imperative urinary incontinence, stress incontinence, bladder training, Kegel exercises.*

Проблема недержания мочи (НМ) не является чисто медицинской, а содержит существенную часть этических, психологических, медико-социальных аспектов. Невозможность контролировать мочеиспускание заставляет больных бросать работу, ограничивать себя домашним режимом, потерей контактов, одиночеством, люди предпочитают уход от активной жизни. Имеются определенные проблемы при госпитализации таких больных, при нахождении их в стационарах и отделениях медико-социального ухода. Около 20-30% пожилых людей страдают НМ, а в психиатрических стационарах их число возрастает до 50-60% .

Недержание мочи - непроизвольное выделение мочи вне зависимости от желания пациента. Развитие НМ в пожилом возрасте не является обязательным, но возрастные изменения мочевого тракта могут к этому предрасполагать. Можно выделить группу пациентов пожилого и старческого возраста с повышенным риском развития НМ. Чаще это женщины в менопаузе или постменопаузальном периоде (что обусловлено эстрогенным дефицитом), мужчины и женщины с избыточным весом, страдающие сахарным диабетом, перенесшие гистерэктомию женщины, мужчины и женщины после операций на органах малого таза и позвоночнике, ранее занимавшиеся тяжелой физической работой, связанной с подъемом и переносом тяжестей, длительными статическими нагрузками. Наличие сопутствующей патологии усугубляет ситуацию: хроническая мочеполая инфекция, психические и неврологические заболевания.

Удержание мочи в мочевом пузыре обеспечивается периферическим механизмом – пузырным (детрузорным) и уретральным (сфинктерным) и центральным регулированием. Расстройства мочеиспускания центрального характера возникают при поражении надсегментарных структур: корковых центров мочевого пузыря, представленных в прецентральной извилине лобной доли, парацентральной извилине теменной доли, поражении мозолистого тела в области ствола, двустороннем поражении кортикоспинального тракта. Особое значение имеет расстройство праксиса мочеиспускания, центр которого расположен в лобной коре. Заболевания, приводящие к поражениям корковых и подкорковых структур головного мозга, нередко сопровождаются НМ: болезнь Паркинсона, деменции, рассеянный склероз, нормотензивная гидроцефалия, перенесенный инсульт и другие.

Ряд авторов придерживаются мнения, что наследственность играет значительную роль в развитии НМ. Энурез в детском возрасте ассоциируется с последующим развитием ургентного НМ.

До конца не изучена связь гипосидероза (один из признаков железодефицитной анемии) у пожилых людей с НМ; классическим признаком гипосидероза является НМ при смехе и кашле.

О НМ говорят такие признаки, как запах мочи, исходящий от больного и мокрое белье; потеря нескольких капель мочи в сутки является вариантом нормы. Клинически наиболее часто встречаются два типа НМ: императивное (ургентное) и стрессовое (при напряжении).

Императивное НМ характеризуется непроизвольным подтеканием мочи, связанным с непреодолимым сильным позывом на мочеиспускание. Больные не успевают добежать до туалета при возникновении позыва. Ургентное НМ может провоцироваться какими-либо внешними факторами. Чаще всего в их качестве выступают звук падающей струи воды, мытье рук, посуды, прием алкогольных напитков, нервное возбуждение, прием некоторых препаратов, холодное время года.

Стрессовое НМ – это выделение мочи во время физических упражнений, кашля, чихания, смеха, поднятия тяжелых предметов или других движений тела, которые приводят к давлению на мочевой пузырь. Недержание побуждения - неспособность удерживать мочу достаточно долго. Это очень часто встречается у людей, страдающих диабетом, слабоумием, паркинсонизмом, рассеянным склерозом, особенно при снижении физической активности или инвалидности. Оно может наблюдаться и у здоровых пожилых людей, страдающих хроническими запорами. Характерной особенностью стрессового НМ является отсутствие позыва на мочеиспускание.

Наличие у одного и того же больного нескольких типов НМ обозначают как смешанное НМ. Чаще всего встречается стрессовое и ургентное НМ у женщин старшего возраста, которые жалуются на подтекание мочи, которому предшествует неудержимый позыв, либо недержание происходит в отсутствие позыва на фоне физической нагрузки.

У пациентов пожилого и старческого возраста возможно функциональное НМ: при нормальном контроле мочевыделения больным трудно дойти до туалета из-за артрита или других заболеваний (цистит, уретрит, алкогольное опьянение).

Диагностика НМ представляет некоторые затруднения в связи с тем, что значительная часть больных склонна скрывать свое состояние из-за стеснения, считая, что НМ – это проявление старости. Поэтому пациентам необходимо активно расспрашивать о возможных симптомах НМ. Существует большое количество тестов - опросников, которые больной может заполнить сам или с помощью врача. Тщательно собранный анамнез позволяет уточнить симптоматику, выявить провоцирующие факторы и предварительно определить вид недержания, связь его с заболеваниями, операциями, травмами, перенесенными больным. Проводят оценку частоты мочеиспусканий и суточного диуреза, для чего рекомендуют больному заполнять дневник. Обязательно проводится исследование осадка мочи, при необходимости УЗИ почек, органов малого таза и другие инструментальные исследования.

Целями лечения являются уменьшение выраженности симптомов НМ или полное их устранение, восстановление социальной активности и уверенности в себе, сведение к минимуму побочных эффектов лечения.

Прежде всего необходимо воздействовать на общие факторы риска, лежащие в основе этого заболевания: избавиться от избыточного веса,

устранить расстройства кишечника, хронические запоры, раздражающую диету. Важно минимизировать прием медикаментов, максимально повысить уровень активности пожилого больного. Большое значение для успеха лечения имеет доверие пациента к врачу и желание победить недуг; врач должен убедить больного в успешности лечения.

Важным этапом в лечении НМ является терпеливое и настойчивое обучение больных тренировке мочевого пузыря, что способствует снижению выраженности НМ. У пациентов в течение многих лет формируется своеобразный стереотип мочеиспускания, заключающийся в стремлении опорожнить мочевой пузырь при возникновении даже незначительного позыва. Это стремление обусловлено страхом перед возможным НМ. Лечение по программе тренировки мочевого пузыря обычно продолжается несколько месяцев. В основе тренировки лежит принцип увеличения интервалов между мочеиспусканиями. Сначала следует опорожнять мочевой пузырь примерно каждый час, независимо от наличия позыва. Больным необходимо объяснить, что при появлении позыва следует по возможности задерживать мочеиспускание. Для этого пациенты должны сдерживать позывы посредством сильного сокращения анального сфинктера. Рекомендуется повышать интервал между мочеиспусканиями на полчаса каждые 2-3 недели до достижения периода времени в 3-3,5 часа. Тренировка мочевого пузыря приводит к улучшению симптоматики в 50-90% случаев, и больной должен быть обязательно информирован об этом. Для больных с тяжелой деменцией и НМ рекомендуется использовать специально адаптированную методику «мочеиспускания по подсказке». Она состоит из трех основных этапов. На первом этапе необходимо научить больного отмечать наличие и отсутствие эпизодов мочеиспускания в постель. При успешном выполнении целей первого этапа можно приступить ко второму этапу лечения. Важнейшей задачей при этом является научить больного воспринимать позыв и давать знать об этом окружающим. Целью третьего этапа тренировки является достижение больным полного контроля над мочеиспусканием. Отмечено, что весьма эффективно при проведении лечения такой категории больных поощрять их каким-либо образом на каждом этапе лечения.

Частоту НМ, связанного с повышением внутрибрюшного давления, особенно у женщин, можно уменьшить с помощью упражнений Кегеля для мускулатуры тазового дна, способствующих укреплению мышц - леваторов. Это серия кратковременных и длительных сокращений мышц тазового дна, которые следует выполнять 2-3 раза в течение дня. У 80% женщин регулярное и правильное выполнение этих упражнений через 12 недель ведет к значительному улучшению симптоматики.

В настоящее время существует несколько групп препаратов, используемых для снижения напряжения детрузора и увеличения функциональной емкости мочевого пузыря:

-холинолитики: препараты красавки, оксибутинин натрия, тольтеродин, эмепроний бромид, флавоксат, тропиум-хлорид;

-трициклические антидепрессанты: amitриптилин, мелипрамин;

-ингибиторы простагландинсинтетазы и антагонисты кальция: диклофенак натрия, пироксикам, верапамил.

До недавнего времени наилучший результат лечения императивных форм НМ достигался при применении оксибутинина. Его эффект обусловлен прямым расслабляющим действием на мышцу мочевого пузыря, кроме того, он прерывает раздражающие нерегулярные импульсы со стороны ЦНС. Под действием препарата мочевой пузырь расслабляется, увеличивается его объем, он начинает накапливать мочу, благодаря чему исчезают императивные позывы. Однако, несмотря на высокую эффективность препарата, он обладает рядом отрицательных эффектов: отсутствие селективности в отношении мочевого пузыря, низкая переносимость, необходимость титрования дозы, а также наличие побочных эффектов со стороны центральной нервной системы и расстройство когнитивной функции. Препарат толтеродин, антагонист мускариновых рецепторов, специально разработан для лечения гиперактивности мочевого пузыря, обладает более выраженным селективным действием, хорошо переносится, оказывает минимум побочных эффектов. Назначение холинолитических препаратов пациентам пожилого возраста должно проводиться с осторожностью.

Медикаментозная коррекция стрессового недержания - более сложная задача. В некоторых клинических исследованиях показано, что у женщин выраженность симптомов НМ уменьшается при эстрогенотерапии в постменопаузе; комбинированное применение эстрогенов с альфа-агонистами эффективно снижает частоту дневных и ночных эпизодов недержания. Однако следует помнить, что при длительном лечении эстрогенами повышается риск развития рака молочной железы, тромбозов и тромбоэмболий. Альфа-агонисты не рекомендуется использовать при наличии артериальной гипертензии, гипертиреозе, коронаросклерозе, на фоне терапии ингибиторами МАО.

Применение хирургических методов лечения НМ у пациентов пожилого и старческого возраста ограничено сопутствующей патологией (стенокардия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, тромбозы, опухоли, перенесенные инфаркты и инсульты), которые значительно повышают степень операционного риска. Поэтому, рассматривая вопрос об оперативном лечении, следует заботиться не столько о полном избавлении от НМ, сколько о социальной адаптации пожилого больного.

Причинами НМ являются известные отклонения в структуре и функции некоторых систем организма, которые могут устраняться различными методами лечения. НМ у пожилых не должно рассматриваться как естественное проявление старения организма. Независимо от возраста больного всегда можно найти приемлемое решение в каждом конкретном случае. Необходимо учитывать, что эффективность лечения во многом зависит от своевременности обращения за медицинской помощью. Использование таких средств, как

сменные прокладки и подгузники для взрослых, позволяет больному чувствовать себя защищенным, но в тоже время может вести к формированию представления о неизлечимости данного состояния. Из-за этого многие отказываются от обращения к врачу, хотя достаточно часто медицинская помощь приводит к улучшению состояния или даже к излечению больного.

Литература:

1. Недержание мочи в пожилом возрасте. Н.Некрасова, П.Воробьев, Медицинская газета. 2007. №21-23.

2. Болезни нервной системы: руководство для врачей. Под ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульман. М. С.167-170, 447-449.

3. Фармакология в неврологии. В.Н. Шток М.ООО «Медицинское информационное агенство», 2003г. С.96-98.

References.

1. Nekrasova N., Vorob'ev P. Urinary incontinence in the elderly // Medical newspaper. №21/23. 2007.

2. Diseases of the nervous system : a guide for physicians / Edited by N. Yakhno, D.R.Shtul'man. Medicine, 2001 P. 167-170,447-449.

3. Shtok V.N. Pharmacology in neurology. Medical Informational Agency, 2003.P. 96-98.