

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-07>

Роль урофлоуметрии в диагностике и выборе фармакотерапии недержания мочи у пациенток пожилого и старческого возраста

Н. Колпакова¹,
П. Белоусов²,
С. Горелик¹, доктор медицинских наук,
Е. Еремина¹

¹Белгородский государственный национальный исследовательский университет

²Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа

E-mail: drknatalya@yandex.ru

Проанализированы современные возможности диагностики формы недержания мочи (НМ) с использованием неинвазивного уродинамического исследования – урофлоуметрии. Детализированы основные возможности предотвращения развития острой и хронической задержки мочи по результатам урофлоуметрии и определения объема остаточной мочи. Сравнились результаты лечения НМ и возможности подбора индивидуальной комбинированной терапии с предварительным выполнением скрининговой уродинамической диагностики – урофлоуметрии и без нее.

Ключевые слова: урология, геронтология, недержание мочи, фармакотерапия, урофлоуметрия, емкость мочевого пузыря, задержка мочеиспускания.

Для цитирования: Колпакова Н., Белоусов П., Горелик С. и др. Роль урофлоуметрии в диагностике и выборе фармакотерапии недержания мочи у пациенток пожилого и старческого возраста // Врач. – 2019; 30 (6): 34–36. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-07>

Медико-социальная проблема пожилого возраста – инконтиненция – имеет особую значимость во всем мире [1]. Симптомы недержания мочи (НМ) проявляются хотя бы 1 раз в год у 5–69% женщин и 1–39% мужчин. В целом НМ у женщин встречается в 2 раза чаще, чем у мужчин [2, 3]. В большей или меньшей степени НМ страдают до 70% женщин пенсионного возраста, и это страдание у них постепенно прогрессирует.

Лечение НМ у пациентов пожилого и старческого возраста – сложная задача. Несмотря на эффективность лекарственных препаратов, при их применении могут возникать побочные реакции, что обуславливает прекращение их приема.

Немаловажная проблема – стандартная фармакотерапия НМ вследствие детрузорной гиперактив-

ности (ургентной и смешанной формы НМ). Стандартная фармакотерапия основана на применении М-холинолитиков (М-холиноблокаторов). У пациенток старшей возрастной группы она имеет особенности в связи с сопутствующей патологией и развитием побочных эффектов.

Большинство М-холинолитиков дают неизбежные побочные эффекты. Их антимускариновое действие обычно вызывает сухость во рту, запоры, трудности аккомодации, сонливость, а также усугубляет нарушения мочеиспускания – острую задержку мочи. Такие препараты не должны назначаться пожилым пациентам с обструкцией кишечника, язвенным колитом, глаукомой или миастенией [2].

Определение количественных и качественных параметров произвольного мочеиспускания с помощью уродинамического исследования позволяет изучать особенности функционального состояния мочевых путей. Первоначальные элементы уродинамического исследования – урофлоуметрия и получение сенсорной информации о степени наполнения мочевого пузыря (МП) и объема остаточной мочи с помощью УЗИ. Урофлоуметрия является еще и единственным неинвазивным уродинамическим исследованием.

Целями и задачами исследования явились улучшение результатов лечения и снижение возможности побочных эффектов у пациенток пожилого и старческого возраста, страдающих НМ, путем изучения роли урофлоуметрии в диагностике и выборе фармакотерапии НМ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включили 73 пациенток в возрасте от 61 года до 83 лет (средний возраст – $73,0 \pm 1,2$ года) с НМ вследствие детрузорной гиперактивности: НМ выявлено по результатам опроса с помощью разработанного нами опросника.

Пациентки были разделены на 2 группы. Пациенткам 1-й группы ($n=34$) выполняли урофлоуметрию с определением сенсорной емкости МП до исследования и объема остаточной мочи после микции с помощью УЗИ. Применяли портативный ультразвуковой аппарат и весовой урофлоуметр UROCAP-III Flow Analyzer V5.17. Накопительную функцию МП оценивали, определяя его объем до микции при появлении уверенного позыва на мочеиспускание (сенсорная емкость МП). Эвакуаторную функцию МП определяли путем фиксации объема остаточной мочи. С помощью урофлоуметрии исследовали время задержки (t_{wait}), время достижения максимальной скорости потока мочи (TQ_{max}), максимальную (Q_{max}) и среднюю (Q_{ave}) скорость мочеиспускания, характер кривой мочеиспускания, объем выделенной мочи, время мочеиспускания (t_{mict}).

Пациенткам 2-й группы ($n=39$) перед началом лечения урофлоуметрия не выполнялась.

Все пациентки пролечены немедикаментозными и медикаментозными методами в Школе расстройств мочеиспускания. Общая продолжительность курса комбинированной терапии – 12–16 нед. Эффективность фармакотерапии оценивали, заполняя опросник через 1 нед, 1 мес после начала лечения, в конце лечения, а также анализируя заполненный дневник мочеиспускания. Переносимость фармакотерапии определяли путем фиксации нежелательных побочных действий. Для своевременного контроля возможных осложнений терапии М-холинолитиками медикаментозно обусловленного нарушения сократительной функции детрузора или усугубления имеющегося проводился мониторинг остаточной мочи в процессе лечения – через 10 дней от его начала, через 1 и 3 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 1-й группе (n=34) по результатам урофлоуметрии и определения объема остаточной мочи в 11 случаях выявлены признаки обструктивного процесса – неполная задержка мочи (хроническая), снижение максимальной (Q_{max}) и средней (Q_{ave}) скорости мочеиспускания, признаки гипoaктивности детрузора по урофлоуметрической кривой, что свидетельствовало в пользу нейрогенной дисфункции мочеиспускания по гипотоническому типу с НМ. Эти пациентки пролечены нейромодуляторами (ингибиторы холинэстеразы, антигипоксанты и антиоксиданты) и витаминами группы В в течение 12–14 нед, так как М-холинолитики в данном случае противопоказаны. Следует отметить, что из побочных эффектов у 2 пациенток зафиксированы аллергические реакции, у 1 – тошнота и однократная рвота. Незначительный эффект фармакотерапии проявлялся в первые 2 нед ее применения и достигал максимума через 4–8 нед в зависимости от тяжести основного неврологического заболевания.

У остальных пациенток 1-й группы (n=23) значимых различий изучаемых показателей при урофлоуметрическом обследовании не выявлено, несмотря на наличие различий в патогенезе ургентного НМ (нейрогенной или ненейрогенной этиологии); 18 пациенткам с нейрогенной детрузорной гиперактивностью, НМ вследствие детрузорной гиперактивности без позыва на мочеиспускание наряду с общепринятой терапией М-холинолитиками назначены нейромодуляторы и витамины группы В на 12–14 нед. Эффект фармакотерапии проявлялся уже после 1-й недели ее применения и достигал максимума через 3–4 нед.

У 3 (13,04%) пациенток 1-й группы, принимавших М-холинолитики, отмечено побочное действие – тахикардия, у 2 (8,7%) – артериальная гипертензия, у 5 (21,74%) – сухость во рту и сухость глаз, у 1 (8,3%) – повышение внутриглазного давления и сухость глаз.

Пациентки 2-й группы, страдающие инконтиненцией вследствие детрузорной гиперактивности (n=39), получали стандартную фармакотерапию М-холинолитиками в течение 12–14 нед; 9 (23,08%) пациенток отметили сухость во рту, сухость кожи, слизистых оболочек и глаз, которые в 4 случаях через 4–5 дней фармакотерапии купировались самостоятельно, в 5 – после титрования дозы и увеличения приема жидкости; повышение внутриглазного давления и сухость глаз наблюдались у 5 (12,82%) женщин, боли в животе и сухость во рту – у 4 (10,26%), неполная задержка мочеиспускания – у 9 (23,08%), острая задержка мочеиспускания – у 3 (7,69%), аллергические реакции – у 1 (2,56%). Эффект терапии проявлялся в среднем через 1,5–2 нед применения и достигал максимума через 4 нед.

Следует отметить, что в обеих группах наряду с фармакотерапией М-холинолитиками проводилось лечение сопутствующей патологии, устранение и коррекция этиологических факторов, вызывающих инконтиненцию.

В обеих группах достигался эффект фармакотерапии, который больше зависел от формы НМ. Заметно быстрее он развивался в 1-й группе у пациенток с диагностированной гиперактивностью детрузора при комбинированной терапии М-холинолитиками и нейромодуляторами; в 1-й группе отмечена большая переносимость М-холинолитиков вследствие предотвращения побочного действия – острой и неполной задержки мочи; во 2-й группе наблюдалась большая комплаентность.

Результаты лечения в Школе расстройств мочеиспускания:

- у 12 (16,44%) пациенток отмечена положительная динамика: снижение выраженности симптомов инконтиненции даже без хирургической коррекции (уменьшение количества используемых прокладок до 1–2 штук в день, больше «сухих» дней);
- 59 (80,82%) пациенток после лечения избавились от НМ;
- 2 (2,74%) пациенткам со смешанной формой НМ рекомендовано минимально инвазивное хирургическое лечение;
- 19 рекомендовано уродинамическое дообследование.

Урофлоуметрия – скрининговый метод уродинамического исследования, используемый в диагностике обструктивных процессов у пациенток с НМ вследствие нарушения сократительной функции детрузора; метод позволяет предотвратить побочное действие М-холинолитиков – медикаментозно обусловленное нарушение сократительной активности детрузора или его усугубление (острая или хроническая задержка мочи).

Своевременная диагностика нарушения сократительной функции детрузора наиболее значима у паци-

енток старшей возрастной группы, так как помогает подобрать наиболее эффективную комбинированную медикаментозную терапию НМ и в большинстве случаев даже полностью устранить его симптомы.

Выполнение урофлоуметрии с определением сенсорной емкости МП до исследования и объема остаточной мочи после микции с помощью УЗИ показано при:

- наличии сахарного диабета (особенно при его длительном течении);
- наличии неврологических заболеваний (рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения, когнитивные нарушения, периферические нейропатии, заболевания межпозвоночных дисков и др.);
- ранее отмечавшейся задержке мочи или определении избыточного объема остаточной мочи по результатам УЗИ;
- наличии рецидивирующей инфекции мочевыделительной системы;
- применении препаратов, нарушающих опорожнение МП (например, холиноблокаторов);
- хронических запорах;
- персистирующем НМ или его усугублении, несмотря на назначение М-холинолитиков.

* * *

Конфликт интересов не заявлен.

Литература/Reference

1. Лопаткин Н.А, Толстова С.С. Императивное недержание мочи. Материалы пленума правления российского общества урологов / Ярославль, 2001; с. 5–18 [Lopatkin N.A, Tolstova S.S. Imperativnoe nederzhanie mochi. Materialy plenuma pravleniya rossiiskogo obshchestva urologov / Yaroslavl, 2001; s. 5–18 (in Russ.)].

2. Gyermek L. Pharmacology of antimuscarinic agents / Boca Raton: CRC Press 1997; 65–6.

3. Altman D., Forsman M., Falconer C. et al. Genetic influence on stress urinary incontinence and pelvic organ prolapsed // Eur. Urol. – 2008; 54 (4): 918–22. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18155350>

ROLE OF UROFLOWMETRY IN THE DIAGNOSIS OF URINARY INCONTINENCE AND IN THE CHOICE OF ITS PHARMACOTHERAPY IN ELDERLY AND SENILE FEMALE PATIENTS

N. Kolpakova¹, P. Belousov²; S. Gorelik¹, MD; E. Eremina¹

¹Belgorod State National Research University

²Saint Joasaph Belgorod Regional Clinical Hospital

The paper analyzes the current possibilities of diagnosing a form of urinary incontinence using uroflowmetry, a noninvasive urodynamic study. The main possibilities of preventing acute and chronic urinary retention according to uroflowmetric results and those of estimating the residual urine volume are detailed. The results of treatment for urinary incontinence and the possibilities of choosing individual combined therapy with the preliminary screening urodynamic diagnostic technique uroflowmetry and without the latter have been compared.

Key words: urology, urinary incontinence, pharmacotherapy, uroflowmetry, bladder capacity, urinary retention.

For citation: Kolpakova N., Belousov P., Gorelik S. et al. Role of uroflowmetry in the diagnosis of urinary incontinence and in the choice of its pharmacotherapy in elderly and senile female patients // *Vrach.* – 2019; 30 (6): 34–36. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-06-07>