



Бурьяк Д.В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск,
Беларусь

Недержание мочи у женщин: современный подход к проблеме и рекомендации по лечению

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 01.06.2023

Принята: 05.06.2023

Контакты: dburyak@mail.ru

Резюме

Недержание мочи является распространенным заболеванием, возникающим у женщин всех возрастных групп и существенно влияющим на качество их жизни. В данной статье представлены научно обоснованные данные по этиологии, причинам возникновения недержания мочи у женщин, факторам риска, классификации, подходам к диагностике, лечению и последующему наблюдению. В разделе лечения приведена информация о немедикаментозных, фармакологических и хирургических методах лечения, включая перспективные разработки. Применение современных подходов к тактике ведения пациенток с недержанием мочи позволяет улучшить результаты терапии, повысить качество жизни пациенток и предотвратить появление нежелательных осложнений.

Ключевые слова: недержание мочи, женщины, эпидемиология, факторы риска, диагностика, лечение

Buryak D.

Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Urinary Incontinence in Women: a Modern Approach to the Problem and Treatment Recommendations

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 01.06.2023

Accepted: 05.06.2023

Contacts: dburyak@mail.ru

Abstract

Urinary incontinence is a common condition affecting women of all age groups and significantly impairing their quality of life. This article presents evidence-based data on the etiology, causes of urinary incontinence in women, risk factors, classification, approach to diagnosis, treatment and follow-up. The treatment section provides information on non-pharmaceutical, pharmacological, and surgical treatments, including the emerging ones.

The use of modern approaches to the management of patients with urinary incontinence can improve the results of therapy, the quality of life of patients and prevent the occurrence of unwanted complications.

Keywords: urinary incontinence, women, epidemiology, risk factors, diagnosis, treatment

Недержание мочи является распространенной патологией, которая часто выявляется на приеме у врача – акушера-гинеколога. Под термином «недержание мочи» понимается наличие у пациентки эпизодов непроизвольного мочеотделения, которое может быть обусловлено весьма различными причинами. Данная патология может оказывать существенное негативное влияние на физическое, эмоциональное и социальное состояние и благополучие пациенток. Однако в настоящее время достигнут определенный прогресс в понимании данной патологии и определены некоторые направления решения проблемы.

Эпидемиология и факторы риска недержания мочи у женщин

Недержание мочи является распространенным заболеванием, которое у женщин встречается чаще, чем у мужчин. Согласно современным эпидемиологическим данным, приблизительно 25–45% женщин испытывают эпизоды недержания мочи в тот или иной момент своей жизни, при этом в старших возрастных группах этот показатель еще выше [1]. Распространенность данной патологии варьируется в зависимости от изучаемой популяции, используемого определения и применяемых методов оценки. В целом это серьезная проблема в сфере женского здоровья, которая затрагивает миллионы женщин во всем мире.

Возраст является решающим фактором риска развития недержания мочи у женщин. Распространенность недержания мочи имеет тенденцию к увеличению с возрастом. Это в особенности относится к постменопаузальной возрастной группе, поскольку ассоциированные с менопаузой гормональные изменения играют существенную роль в развитии симптомов нарушения мочеиспускания. В результате этого частота встречаемости недержания мочи в возрастной группе женщин 50–79 лет достигает 64% [2].

Роды через естественные родовые пути и паритет также являются значимыми факторами риска недержания мочи. Вагинальное родоразрешение, особенно когда оно сопровождается травмой родовых путей, промежности или оперативным пособием в родах, повышает риск дисфункции тазового дна и последующего недержания мочи. Многоплодная беременность и более высокая масса тела при рождении также ассоциированы с повышенным риском недержания, в то время как разрешение путем операции кесарева сечения – с более низким риском [3].

Существенное влияние на риск возникновения недержания мочи оказывают изменения гормонального гомеостаза, особенно менопауза и заместительная гормональная терапия. Дефицит эстрогенов во время и после менопаузы может привести к изменениям в мочеполовых тканях, включая снижение содержания коллагена и атрофию влагалища, что может способствовать недержанию мочи. Менопаузальная гормональная терапия оказывает разнонаправленное влияние на риски стрессового и ургентного недержания мочи: риск первого может несколько повышаться, последнего – снижаться [2].

Хирургические вмешательства в области органов малого таза, такие как гистерэктомия или операции по поводу пролапса тазовых органов, также оказывают существенное влияние на риск развития недержания мочи. Симптоматика недержания может возникнуть в связи с хирургической травмой структур тазового дна и изменением характера анатомической поддержки мочевого пузыря и уретры [4].

К другим значимым факторам риска обсуждаемой патологии относятся:

- ожирение и высокий индекс массы тела (ИМТ) связаны с повышенным риском недержания мочи, которые приводят к нарушению механизмов удержания мочи по причине дополнительного давления на мочевой пузырь и мышцы тазового дна за счет избыточного веса;
- курение, оказывая негативное влияние на кровоток и метаболизм коллагена в тканях малого таза, потенциально способствует возникновению симптомов недержания мочи; кроме того, хронический кашель, связанный с курением, также может способствовать возникновению и персистенции этих симптомов;
- некоторые хронические заболевания, такие как сахарный диабет и неврологические расстройства, в том числе рассеянный склероз и болезнь Паркинсона, которые нарушают нормальное функционирование мочевого пузыря, вызывая патологические изменения неврологического характера, что приводит к симптомам недержания мочи;
- также следует учитывать такие факторы риска, как семейный анамнез недержания мочи, хронические запоры, прием некоторых лекарств (например диуретиков) и психологические факторы, такие как депрессия и тревога.

Виды недержания мочи

К наиболее распространенным формам недержания мочи относятся стрессовое, ургентное и смешанное недержание.

Стрессовое недержание мочи (СНМ) характеризуется непроизвольным выделением мочи во время действий, повышающих внутрибрюшное давление, таких как кашель, чихание, смех или физическая нагрузка. Обычно это происходит из-за слабости или дисфункции уретрального сфинктера или мышц тазового дна. СНМ, как правило, связано с гипермобильностью уретры или недостаточностью внутреннего сфинктера.

Ургентное недержание мочи (УНМ) – это императивное недержание мочи, также известное как гиперактивный мочевой пузырь, характеризуется внезапными, неудержимыми позывами к мочеиспусканию, за которыми следует непроизвольное подтекание мочи. УНМ часто связано с гиперактивностью детрузора, которая заставляет мочевой пузырь непроизвольно сокращаться, что приводит к императивным позывам и недержанию мочи.

Смешанное недержание мочи представляет собой сочетание симптомов как стрессового, так и ургентного недержания мочи. Женщины со смешанным недержанием испытывают как подтекание мочи при действиях, повышающих внутрибрюшное давление, так и эпизоды императивных позывов с подтеканием или без него.

К другим видам недержания мочи, встречаемым в клинической практике, относятся [5]:

- Недержание мочи при переполнении, которое характеризуется неполным опорожнением мочевого пузыря и постоянным подтеканием мочи. Это нередко наблюдается в ситуациях, когда мочевой пузырь не опорожняется должным образом из-за обструкции выходного отверстия мочевого пузыря или слабых сокращений мышц детрузора. У пациенток с недержанием мочи из-за переполнения мочевого пузыря может наблюдаться частое подтекание мочи и перерастянутый мочевой пузырь.
- Постуральное недержание мочи, возникающее при перемене положения тела.
- Функциональное недержание мочи, т. е. неспособность дойти до туалета из-за физических или когнитивных нарушений.
- Коитальное недержание мочи, определяемое как непроизвольная потеря мочи во время полового акта.
- Нейрогенное недержание мочи, возникающее из-за неврологических состояний, влияющих на контроль над мочевым пузырем.
- Транзиторное недержание мочи, представляющее собой временное недержание мочи из-за таких факторов, как прием некоторых лекарственных средств или инфекции мочевыводящих путей.

Диагностика недержания мочи

Важным инструментом для оценки недержания мочи у женщин является сбор анамнеза и ведение дневника мочеиспускания в течение нескольких дней. Регистрируется подробная информация о начале, продолжительности и частоте симптомов, а также сопутствующих факторах, таких как императивные позывы к мочеиспусканию, никтурия и инфекции мочевыводящих путей. Дневник мочеиспускания позволяет получить важную диагностическую информацию о характере мочеиспускания и его потенциальных триггерах. Кроме того, сбор подробного медицинского и хирургического анамнеза, включая акушерский анамнез, позволяет выявить патологические состояния или факторы, являющиеся причиной недержания мочи.

Целенаправленный физикальный осмотр включает в себя оценку силы мышц тазового дна, поддержки тазовых органов и любых признаков анатомических аномалий. При бимануальном влагалищном исследовании проводится оценка целостности мышц тазового дна, степени пролапса тазовых органов и мобильности уретры (Q-tip-тест). Для выявления эпизода потери мочи применяются кашлевые стресстесты или использование маневров, направленных на повышение внутрибрюшного давления.

Для детальной оценки характера и степени недержания мочи проводятся дополнительные диагностические исследования. Анализ мочи и посев мочи помогают выявить инфекции мочевыводящих путей или другие аномалии мочеиспускания, которые могут способствовать возникновению симптомов недержания мочи. Измерение остаточной мочи после мочеиспускания определяет количество мочи, оставшейся в мочевом пузыре после мочеиспускания, и дает возможность оценить степень опорожнения мочевого пузыря.

Специализированными методами оценки функции мочевого пузыря являются уродинамические исследования, которые предоставляют объективные данные о

давлении в мочевом пузыре, скорости потока мочи и активности мочевого сфинктера. Уродинамические исследования помогают дифференцировать различные типы недержания мочи и уточнить тактику ведения пациентки. Для диагностики структурных аномалий и выявления патологии мочевыводящих путей как причины недержания мочи могут использоваться методы визуализации, такие как цистоскопия или УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Немедикаментозное лечение

В качестве первого этапа коррекции недержания мочи, а также в дополнение к фармакологическим средствам используются такие методы, как модификация образа жизни, тренировка мышц тазового дна, тренировка мочевого пузыря, поведенческая терапия, применение пессариев и других изделий медицинского назначения. Немедикаментозные методы нацелены на длительное применение, неинвазивны и, как правило, не связаны с какими-либо побочными и нежелательными эффектами, но требуют высокого уровня мотивации от пациентки и характеризуются не очень высокой эффективностью.

Модификация образа жизни играет существенную роль в консервативном лечении недержания мочи. К ней, в частности, относится снижение веса у лиц с избыточной массой тела или ожирением, что позволяет снизить механическую нагрузку на мочевой пузырь и уменьшить внутрибрюшное давление, что уже само по себе может смягчить симптоматику недержания мочи. В частности, в рамках одного из рандомизированных исследований снижение массы тела даже на 8% у женщин с избыточным весом привело к достоверному снижению выраженности симптоматики недержания мочи [6]. Также пациенткам рекомендуется коррекция диеты, направленная на отказ от раздражителей мочевого пузыря, таких как кофеин и алкоголь, или продуктов, повышающих кислотность мочи, а также адекватное потребление жидкости. Мероприятия по изменению образа жизни также должны включать в себя регулярную тренировку мышц тазового дна и поведенческие вмешательства.

Тренировка мышц тазового дна, которая нередко именуется упражнениями Кегеля, включает в себя упражнения по произвольному сокращению и расслаблению мышц тазового дна. Данный подход наиболее эффективен при лечении стрессового недержания мочи, но может также быть полезен и женщинам со смешанным или ургентным недержанием. Пациенток следует должным образом проинструктировать о методике выполнения упражнений и о том, как правильно локализовать и сокращать мышцы тазового дна. Упражнения Кегеля должны быть интегрированы в повседневный образ жизни пациентки, поскольку требуют длительного применения в течение минимум 3–4 месяцев.

Тренировка мочевого пузыря нацелена на нормализацию паттерна мочеиспускания и направлена на улучшение контроля над мочевым пузырем и увеличение временных интервалов между мочеиспусканиями. Он подразумевает запланированное опорожнение мочевого пузыря через заданные промежутки времени, начиная приблизительно с двухчасовых интервалов с постепенным увеличением периода времени между мочеиспусканиями. Данный метод может быть полезен для женщин с ургентным недержанием мочи или гиперактивным мочевым пузырем и также рассчитан на длительное применение.

Поведенческие вмешательства могут дополнять другие консервативные подходы. К ним относятся такие методы, как двойное мочеиспускание (мочеиспускание, пауза, а затем повторная попытка мочеиспускания), оптимизация режима питья (корректировка моделей потребления жидкости) и выполнение упражнений для мышц тазового дна непосредственно во время эпизодов неотложных позывов. Все это также позволяет смягчить симптоматику недержания и восстановить контроль над мочевым пузырем. Поведенческие вмешательства могут применяться при любой форме недержания мочи.

Женщинам с опущением и/или выпадением стенок влагалища и матки показано применение пессариев и других устройств медицинского назначения для поддержки тазовых органов. Это позволяет скорректировать анатомические взаимоотношения между мочевым пузырем, уретрой и смежными органами. Специализированные пессарии, направленные на коррекцию недержания мочи, стабилизируют положение уретры, поднятие шейки мочевого пузыря, а также дозированную компрессию уретры между пессарием и лобковым симфизом, минимизируют гипермобильность уретры. Указанные эффекты подтверждены современными методами визуализации, в том числе магнитно-резонансной томографией [7].

Фармакотерапия недержания мочи

Фармакологические средства приобретают все большую популярность в лечении недержания мочи в связи с их высокой эффективностью и отсутствием серьезных и необратимых побочных явлений, которые могут иметь место после применения сложных методов хирургической коррекции. При выборе средств фармакотерапии следует обязательно учитывать тип недержания мочи у пациентки, поскольку подходы к лечению стрессового и ургентного недержания мочи различаются.

Фармакотерапия стрессового недержания мочи направлена на повышение давления закрытия просвета уретры за счет увеличения тонуса ее гладкой и поперечнополосатой мускулатуры. Исторически с этой целью применялись агонисты альфа-рецепторов и антагонисты бета-рецепторов, однако в настоящее время от их применения отказались ввиду недостаточной эффективности и/или непереносимого профиля нежелательных явлений. Единственным препаратом для лечения стрессового недержания мочи с уровнем рекомендаций 1А в настоящее время является дулоксетин.

Механизмом действия дулоксетина при стрессовом недержании мочи является ингибирование обратного захвата норэпинефрина и серотонина, что приводит к достоверно доказанной стимуляции функции сфинктерной мускулатуры в фазе заполнения и удержания мочи в мочевом пузыре путем воздействия на функцию моторных нейронов ядра Оафа [8, 9]. Параллельно этому эффекту наблюдается и улучшение функциональной емкости мочевого пузыря, опосредованное серотонинергическими механизмами [10].

Эффективность применения дулоксетина подтверждена в серии рандомизированных контролируемых исследований, в одном из которых участвовало 683 женщины из Северной Америки, у которых эффект от применения препарата наблюдался уже после 12 недель лечения на фоне хорошей переносимости терапии [11]. Аналогичные результаты получены в рамках многоцентрового рандомизированного клинического исследования с участием 458 пациенток из различных регионов мира [12]. В настоящее время дулоксетин является единственным фармакологическим

средством для лечения стрессового недержания мочи, которое включено в рекомендации Европейской ассоциации урологии (EAU).

Методика применения дулоксетина предусматривает назначение препарата в дозировке 20 мг 2 раза в день. Предварительная оценка эффекта от лечения может быть проведена через 2 недели. При улучшении симптоматики стрессового недержания мочи терапия продлевается до 12 недель, когда можно ожидать максимального развития эффекта от лечения. При недостаточном лечебном эффекте через 2 недели после приема дозировки 20 мг 2 раза в день возможно ее увеличение до 40 мг 2 раза в день и дальнейший прием в этой дозировке, с общей длительностью курса лечения в 12 недель. Применение дулоксетина не связано с серьезными побочными эффектами, ввиду чего пациентки обычно хорошо переносят 12-недельный курс лечения. Наиболее частым нежелательным явлением, возникающим на фоне приема дулоксетина, является тошнота, интенсивность которой, однако, снижается после нескольких недель приема.

В лекарственной терапии ургентного недержания мочи применяются препараты нескольких фармакологических групп, среди которых наиболее распространены антихолинергические средства и адrenomиметики. В настоящее время применяются высокоизбирательные препараты обеих групп, специфичные к рецепторному аппарату мочевого пузыря: M_3 -холиноблокаторы и бета-3-адrenomиметики.

Антихолинергические/антимускариновые средства, к числу которых относятся такие препараты, как оксибутирин, толтеродин, солифенацин, ингибируют сокращения мочевого пузыря и уменьшают императивные позывы к мочеиспусканию. Их обычно назначают в качестве фармакотерапии первой линии при ургентном недержании мочи. На сегодняшний день идентифицировано пять типов M -холинорецепторов, из числа которых M_3 -холинорецепторы играют наибольшую роль в иннервации мочевого пузыря. Роль M_2 -холинорецепторов окончательно не выявлена, однако их распределение в тканях примерно соответствует таковому для M_3 -холинорецепторов и, возможно, они являются синергистами.

Применение современных антагонистов M_3 -холинорецепторов обладает высокой эффективностью при ургентном недержании мочи и способствует уменьшению и исчезновению симптоматики, увеличению цитометрической емкости мочевого пузыря, объема при первом сокращении, не влияя при этом на объем остаточной мочи [13]. Соответственно, наблюдается объективно оцениваемое улучшение качества жизни пациентов и оценок по шкалам гиперактивного мочевого пузыря (OAB-q) и симптомов нижних мочевых путей (СНМП) [14]. Учитывая разнообразие применяемых на сегодняшний день M_3 -холиноблокаторов, представляет интерес информация о сравнительной эффективности их применения, изложенная в Кокрейновском обзоре 2019 г. [15]. Исходя из представленных в нем данных, благоприятным сочетанием эффективности и безопасности применения обладает солифенацин, который характеризуется высокой долей пациентов, ответивших на лечение в сочетании с хорошей переносимостью. В частности, солифенацин продемонстрировал более высокую эффективность по сравнению с толтеродином по критерию качества жизни и по уменьшению частоты эпизодов потери мочи, при этом солифенацин также обладает достоверно меньшей частотой развития побочных эффектов, нежели фезотеродин, что приводит к существенно меньшей частоте отказа пациентов от лечения [15].

Солифенацин назначается при лечении urgentных форм недержания мочи и применяется в дозировке 5 мг 1 раз в день. Эффект от лечения препаратом проявляется к началу второй недели лечения, общая продолжительность терапии составляет 12 недель. При недостаточно выраженном эффекте на второй неделе лечения возможно повышение дозировки до 10 мг 1 раз в день. Терапия солифенацином не связана с какими-либо серьезными побочными эффектами, но может сопровождаться сухостью во рту, которая встречается значительно реже, чем у аналогичных препаратов данной группы.

Также при лечении urgentных форм недержания мочи применяются препараты группы адrenomиметиков. Это связано с тем, что бета-3-адренергические рецепторы являются целевыми для воздействия катехоламинов и составляют около 97% от общего числа бета-адренорецепторов слизистой и мышечной оболочки детрузора. Агонисты бета-3-адренорецепторов, к числу которых относится мирабегрон, расслабляют мышцу детрузора, увеличивая емкость мочевого пузыря и уменьшая императивные позывы и эпизоды недержания мочи. При этом, согласно текущей версии клинических рекомендаций EAU 2020 г. по лечению недержания мочи у взрослых (раздел 4.2.5.1), эффективность мирабегрона равна эффективности антимускариновых препаратов и при неадекватном ответе на лечение солифенацином в дозе 5 мг рекомендуется добавить к лечению солифенацином мирабегрон [16].

Для женщин со смешанным недержанием мочи подходы к лечению могут включать комбинацию стратегий, направленных как на стрессовые, так и на императивные компоненты. Эта тактика может включать комбинацию антихолинергических препаратов с тренировкой мышц тазового дна или хирургическими вмешательствами. В случае преобладания urgentного компонента в структуре смешанного недержания мочи, рекомендуется применение антихолинергических препаратов или агонистов бета-3-рецепторов. Также в рекомендациях EAU 2020 г. по лечению недержания мочи у взрослых (раздел 4.2.10.3) указано, что применение дулоксетина у пациентов со смешанным недержанием приводит к уменьшению выраженности как стрессового, так и urgentного компонента (уровень доказательности рекомендации – 1b) [16]. Схема применения дулоксетина при смешанном недержании мочи не отличается от таковой при стрессовом недержании: 20 мг 2 раза в день с возможностью повышения дозировки до 40 мг 2 раза в день при общей продолжительности лечения 12 недель.

Выбор фармакологического лечения зависит от типа и тяжести недержания мочи, особенностей пациента, сопутствующих заболеваний и индивидуальных предпочтений. При назначении терапии следует учитывать потенциальные преимущества, риски и побочные эффекты каждого препарата при определении наиболее подходящего фармакологического средства. Для оптимизации терапевтических результатов часто бывают необходимы регулярное последующее наблюдение пациентов и корректировка схем лечения.

Хирургическое лечение

Хирургические вмешательства при недержании мочи обычно планируются в случаях, когда консервативные и фармакологические методы лечения не дали удовлетворительных результатов, или у женщин с тяжелыми или анатомическими формами недержания мочи. Далее приведены распространенные хирургические процедуры, используемые для лечения недержания мочи.

Мидуретральные слинги чаще всего используются при стрессовом недержании мочи. Слинги обычно изготавливаются из синтетического материала и размещаются под средней частью уретры, чтобы обеспечить поддержку и улучшить смыкание уретры. Двумя основными типами срединных уретральных слингов являются позадилобковые и трансобтураторные слинги. Эти процедуры имеют высокие показатели успеха и невысокий процент осложнений.

Уретральные наполнители представляют собой инъеклируемые вещества, которые используются для увеличения объема тканей вокруг уретры и улучшения процесса удержания мочи. Наполнитель вводят по окружности просвета уретры, чтобы облегчить механизм ее закрытия. Эта процедура чаще планируется для женщин со стрессовым недержанием мочи от легкой до умеренной степени, которые предпочитают минимально инвазивный подход, или для тех, кому не подходит применение более инвазивных хирургических методик.

Методы нейромодуляции подразумевают использование электрической стимуляции для модуляции нервов, которые контролируют функцию мочевого пузыря. Сакральная нейромодуляция (периодическая стимуляция крестцовых нервов) и стимуляция заднего большеберцового нерва (стимуляция большеберцового нерва) являются двумя широко используемыми подходами. Эти процедуры направлены на улучшение контроля над мочевым пузырем и уменьшение симптомов недержания мочи путем модулирования нервных импульсов.

В отдельных случаях для лечения недержания мочи могут быть рассмотрены и другие хирургические процедуры. К ним относятся лобково-вагинальные слинги, мини-слинги, «подвешивание» шейки мочевого пузыря (например кольпосуспензия Берча).

Также определенные перспективы могут иметь методики регенеративной медицины, которые подразумевают использование стволовых клеток, тканевой инженерии и факторов роста для регенерации и восстановления поврежденных тканей органов мочевыделительной системы. Эти инновационные методы лечения направлены на восстановление нормальной функции мочевого пузыря и облегчение симптоматики недержания мочи.

Для лечения рефрактерных форм императивного недержания мочи также могут использоваться инъекции ботулинического токсина, такого как онаботулотоксин А. Ботулинический токсин вводят в мышцу мочевого пузыря, что приводит к временному парезу и расслаблению гиперактивного мочевого пузыря. Это может обеспечить значительное улучшение симптомов мочеиспускания, но требует проведения периодического повторного лечения. Важно отметить, что, хотя некоторые из этих новых методов лечения являются многообещающими, необходимы их дальнейшие исследования и клинические испытания.

Особые популяции пациенток

Недержание мочи может быть нередким явлением во время беременности и в послеродовом периоде. Недержание мочи у беременных женщин требует определенных лечебных мероприятий, направленных на то, чтобы облегчить симптомы и улучшить качество жизни. Обычно во время беременности рекомендуются немедикаментозные методы, такие как тренировка мышц тазового дна и модификация образа жизни. В послеродовом периоде при отсутствии грудного вскармливания

возможно применение дулоксетина по описанной выше схеме. Хирургические вмешательства обычно откладывают до родов и завершения периода послеродового восстановления.

Недержанию мочи у женщин могут способствовать менопауза и гормональные изменения. Снижение уровня эстрогенов в период менопаузы может привести к изменениям в мочеполовых тканях, влияя на механизмы удержания мочи. В качестве дополнения к указанным выше методикам лечения в менопаузе возможно применение местных эстрогенов (эстриол), что не связано с рисками для системы гемостаза и молочной железы.

Пролапс тазовых органов часто сосуществует с недержанием мочи и может способствовать его развитию или обострению. Лечение недержания мочи у женщин с пролапсом мочевого пузыря может включать одновременное лечение обоих состояний. Оно может включать в себя хирургические вмешательства по поводу пролапса мочевого пузыря, которые могут косвенно улучшить симптомы недержания мочи, с последующим применением фармакологических средств лечения.

Непрерывность лечения и долгосрочное наблюдение

Недержание мочи часто является хроническим заболеванием, которое требует длительного лечения и наблюдения. Непрерывность лечения и наблюдения необходимы для мониторинга результатов терапии, оценки необходимости ее коррекции или модификации и решения возможных проблем, которые могут возникнуть по ходу лечения. Регулярные контрольные визиты позволяют медицинским работникам оценивать эффективность лечения, оказывать постоянную поддержку и обеспечивать оптимальную помощь женщинам с недержанием мочи.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Недержание мочи является распространенным патологическим состоянием у женщин и оказывает весьма существенное негативное влияние на качество их жизни. Изложенные выше общие сведения о возникновении недержания мочи, средствах его лечения (немедикаментозного, фармакологического и хирургического) направлены на содействие практическому врачу в оптимизации подхода к оказанию помощи пациенткам, улучшение результатов их лечения и качества жизни.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lee UJ, Feinstein L, Ward JB, Kirkali Z, Martinez-Miller EE, Matlaga BR, et al. Prevalence of urinary incontinence among a nationally representative sample of women, 2005–2016: findings from the urologic diseases in America Project. *J Urol*. 2021;205(6):1718–24.
2. Hendrix SL, Cochrane BB, Nygaard IE, Handa VL, Barnabei VM, Iglesia C, et al. Effects of estrogen with and without progestin on urinary incontinence. *JAMA*. 2005;293(8):935–48.
3. Blomquist JL, Muñoz A, Carroll M, Handa VL. Association of delivery mode with pelvic floor disorders after childbirth. *JAMA*. 2018;320(23):2438–47.
4. Melville JL, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary incontinence in US women: a population-based study. *Arch Intern Med*. 2005;165(5):537–42.
5. 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. *Int Urogynecol J*. 2010 Jan;21(1):5–26.
6. Subak LL et al. PRIDE Investigators. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *New Engl J Med* 2009;360(5):481–490.
7. Komesu YM, Ketani LH, Rogers RG, Eberhardt SC, Pohl J. Restoration of continence by pessaries: magnetic resonance imaging assessment of mechanism of action. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(5):563 e1–6.
8. Thor KB, Donatucci C. Central nervous system control of the lower urinary tract: new pharmacological approaches to stress urinary incontinence in women. *J Urol*, 2004;172(1):27.

9. Zinner NR, Koke SC, Viktrup L. Pharmacotherapy for stress urinary incontinence: present and future options. *Drugs*, 2004;64(14):1503.
10. Fraser MO, Chancellor MB. Neural control of the urethra and development of pharmacotherapy for stress urinary incontinence. *BJU Int*, 2003;91(8):743.
11. Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, Bump RC. Duloxetine Urinary Incontinence Study Group. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. *J Urol*, 2003;170(4 Pt 1):1259.
12. Millard RJ, Moore K, Rencken R, Yalcin I, Bump RC, Duloxetine UI Study Group. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. *BJU Int*, 2004;93(3):311.
13. Herbison P, Hay-Smith J, Moor K. Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: a systematic review. *BMJ*, 2003;326:841–4.
14. Khullar V, Chapple C, Gabriel Z. The effects of antimuscarinics on health-related quality of life in overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. *Urology*, 2006;68(2):38–48.
15. Hsu FC, Weeks CE, Selph SS. Updating the evidence on drugs to treat overactive bladder: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2019;30:1603–17.
16. EAU Guidelines on Urinary Incontinence in Adults (2020) <https://uroweb.org/eau-guidelines/discontinued-topics/urinary-incontinence>.