

Women's Health in Primary Care

Edited by

Anne Connolly

GPSI Gynae, Bradford

Amanda Britton

GP Principal, Basingstoke

Женское здоровье

Руководство для врачей первичного звена

Под редакцией

А.Коннолли, А.Бриттон

Перевод с английского
под общей редакцией
проф. ***В.Н.Прилепской***

УДК 618.17
ББК 57(12+15)
Ж54

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Перевод с английского: В.Ю.Халатов.

Женское здоровье. Руководство для врачей первичного звена /
Ж54 под ред. А.Коннолли, А.Бриттон ; пер. с англ. под общ. ред. проф.
В.Н.Прилепской. – М. : МЕДпресс-информ, 2018. – 504 с. : ил.
ISBN 978-5-00030-614-7

Авторы настоящего руководства – ведущие специалисты в области амбулаторно-профилактической гинекологии. В книге рассматриваются все аспекты женского здоровья, с которыми врач часто имеет дело в повседневной работе, а также приводятся практические советы и рекомендации по коррекции связанных с ними проблем. В руководстве освещены вопросы репродуктивного здоровья, контрацепции, гинекологических и урологических заболеваний и состояний, психосексуальных расстройств, описана профилактика остеопороза и переломов костей. Особое внимание уделено психологической поддержке пациенток.

Руководство призвано заполнить пробел, образовавшийся между врачами первичного звена, оказывающими помощь женщинам с различными проблемами со здоровьем, и узкими специалистами. Оно послужит читателю ценным источником для оказания помощи женщинам всех возрастных групп, а также для повышения его врачебной квалификации.

Книга адресована участковым терапевтам, семейным врачам, также она может быть полезна среднему персоналу фельдшерско-акушерских пунктов и студентам медицинских вузов и факультетов.

УДК 618.17
ББК 57(12+15)

This translation of «Women's health in primary care» is published by arrangement with
Cambridge University Press

ISBN 978-1-316-50992-0
ISBN 978-5-00030-614-7

© Cambridge University Press, 2017
© Издание на русском языке, перевод
на русский язык, оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2018

Глава 11. Самопроизвольный аборт	182
<i>Sally Kidsley, Najia Aziz</i>	
Глава 12. Проблемы, связанные с беременностью	195
<i>Jenny Blackman</i>	
Глава 13. Послеродовой период	208
<i>Judy Shakespeare</i>	
Глава 14. Синдром поликистозных яичников	227
<i>Anne Connolly, Virginia A. Beckett</i>	
Глава 15. Преждевременная овариальная недостаточность	241
<i>Henny Lukman, Amanda Hillard, Timothy Hillard</i>	
Глава 16. Предменструальный синдром	249
<i>Carolyn Sadler</i>	
Глава 17. Неменструальные маточные кровотечения	265
<i>Clare Spencer, Jackie Tay</i>	
Глава 18. Эндометриоз	280
<i>Keith A. Loudon</i>	
Глава 19. Обильные менструальные кровотечения	291
<i>Helen Barnes</i>	
Глава 20. Недержание мочи	305
<i>Victoria Corkhill</i>	
Глава 21. Цистит	325
<i>Tim Sayer</i>	
Глава 22. Кисты яичника	334
<i>Sally Loudon</i>	
Глава 23. Климактерический синдром	348
<i>Sarah Gray</i>	
Глава 24. Вульварные дерматозы	367
<i>Susan Towers, Kate London</i>	
Глава 25. Проплап тазовых органов	379
<i>Christian Phillips, Charlotte Hutchings</i>	
Глава 26. Рак яичника	391
<i>Ken S. Metcalf</i>	

Глава 27. Гиперплазия и рак эндометрия	401
<i>Dileep Wijeratne, Sian Jones</i>	
Глава 28. Миомы матки	418
<i>Elizabeth Burt, Ertan Saridogan</i>	
Глава 29. Профилактика остеопороза и переломов костей	435
<i>Pam Brown</i>	
Глава 30. Доброкачественные и злокачественные опухоли молочной железы	456
<i>Jo Marsden, Robert A. Reichert</i>	
Алфавитный указатель	472

ПРЕДИСЛОВИЕ

Знания нужны повсеместно. Но иногда быстрый доступ к ним для врача-клинициста бывает невозможен. Перед вами книга, посвященная рассмотрению всех аспектов женского здоровья, с которыми врач часто имеет дело в повседневной работе, и даны практические советы и рекомендации по коррекции связанных с ними проблем.

Мы больше говорим об уходе в конце жизни* и редко – о помощи в ее начале, когда вклад здоровья в течение и исход будущей беременности столь многогранен и важен не только для матери, но и для ребенка. Мы забываем про это «окно возможностей» для максимального влияния на здоровье.

Если исход беременности благоприятен для ребенка и матери, удастся проследить положительные отдаленные последствия заблаговременного ухода и медицинской помощи, и пожизненный подход к охране здоровья, который часто обсуждается в последнее время, становится реальностью. Основное внимание Национальной службы здравоохранения Великобритании (National Health Service – NHS) должно быть направлено на образование и обучение профилактической медицинской помощи, нацеленной не на реагирование на уже возникшую проблему, а на ее предупреждение.

Такая профилактика может проводиться в подростковом возрасте и включать в себя консультации о нормальных физиологических изменениях в организме женщины и о том, чем они отличаются от патологических. Профилактика актуальна и в вопросах контрацепции и планировании семьи, а также при нормальной или патологической беременности и в послеродовом периоде, который часто оказывается незаслуженно обделенным вниманием. Она в равной степени необходима и в период окончательного формирования семьи, и в пострепродуктивном периоде, и в последующем, когда имеется возможность позаботиться о состоянии здоровья. Иногда бывает достаточно простых советов и психологической поддержки.

Эту замечательную книгу редактировали два признанных авторитета в амбулаторной гинекологии, которые привлекли к участию в ее написании ведущих специалистов страны, щедро поделившихся своими знаниями и богатым опытом. Она представляет большую ценность для практикующих врачей, а также дипломированных медсестер, работающих в поликли-

* End-of-life care – государственная программа Великобритании, посвященная медицинской помощи престарелым и неизлечимо больным; здесь автор предисловия образно противопоставляет ее профилактической помощи будущим матерям. – *Здесь и далее прим. ред.*

никах и амбулаториях в условиях, часто выходящих за традиционные рамки оказания поликлинической помощи.

Я расцениваю эту книгу как руководство, заполняющее пробел, образовавшийся между врачами первичного звена, оказывающими помощь женщинам с различными проблемами со здоровьем (начиная с колыбельного и до преклонного возраста), и узкими специалистами за последние 10 лет. Книга заслуживает самого серьезного внимания, и я настоятельно рекомендую ее для чтения.

David Richmond,

президент Королевской коллегии акушеров и гинекологов (RCOG)

ОТ АВТОРОВ

Эта книга адресована врачам первичного звена* и призвана помочь им идти в ногу с современными достижениями в области здравоохранения женщины, к компетенции которого относятся вопросы репродуктивного здоровья, гинекологических и урологических заболеваний и состояний, а также заболеваний молочных желез.

В последние годы в Великобритании произошло смещение акцентов в подходах к здоровью женщин. Традиционная (реактивная) система, основывающаяся главным образом на специализированной консультативной и лечебной помощи, трансформировалась в холистическую, упреждающую (проактивную) систему, которая больше опирается на поликлиническое звено и включает инструктирование женщины на протяжении всей ее жизни и помощь ей в оздоровлении образа жизни и выборе оптимальных условий для существования.

Редакторы настоящего руководства – признанные деятели в области амбулаторно-профилактической гинекологии – привлекли к созданию данной книги ведущих специалистов в стране, которые щедро поделились своим энтузиазмом и не пожалели времени для написания глав, охватывающих широкий диапазон проблем женского здоровья от подростковой гинекологии до лечения рака яичника (РЯ).

* В реалиях здравоохранения РФ к этой категории сотрудников можно отнести участковых терапевтов, семейных врачей, отчасти средний персонал фельдшерско-акушерских пунктов. При возникновении большинства описанных в книге проблем пациентки обычно обращаются в женские консультации, компетенция врачей которых несоизмеримо шире «врачей первичного звена» Великобритании.

Независимо от того, будет ли читатель знакомиться с содержанием книги сразу от начала до конца или углубится в отдельные ее главы, она послужит ему ценным источником для оказания помощи женщинам всех возрастных групп, а также для повышения его врачебной квалификации.

Женщины хотят, чтобы медицинская помощь, в которой они нуждаются, была не только доступной и научно обоснованной, но и непрерывной и охватывающей все этапы жизни. Это должен быть уход, который помогает избежать госпитализации в стационар и перспективы подвергнуться операции, уход, осуществляемый амбулаторно специалистами, которые знают и понимают проблемы и нужды пациенток и располагают ресурсами, описываемыми в данной книге.

ОТ РЕДАКТОРА РУССКОГО ИЗДАНИЯ

Уважаемые коллеги!

Предлагаем вашему вниманию коллективный труд ученых и врачей из Великобритании: акушеров-гинекологов, репродуктологов и врачей других специальностей, занимающихся проблемами женского здоровья.

По существу, это руководство для врачей поликлинического звена. Практикующим акушерам-гинекологам эта уникальная по содержанию книга позволит познакомиться с алгоритмами диагностики и лечения пациенток, которые подтверждены клиническими примерами. В то же время следует отметить, что некоторые рекомендации, изложенные в книге, не могут являться точным стандартом для российского врача, так как они основываются на принципах системы здравоохранения Великобритании, которые отличаются от системы здравоохранения России.

В книге красной нитью проходит постулат о значимости поликлинического звена в системе здравоохранения в целом, особенно при ведении женщин различного возраста.

В книге разбираются клинические случаи из акушерско-гинекологической практики. Принципы профилактики и адекватной терапии анализируются детально, с акцентом на самых важных особенностях того или иного заболевания.

По мнению редакторов, книга представляет большой интерес и должна занять достойное место в библиотеке практикующего врача, особенно врача акушера-гинеколога поликлинического звена здравоохранения.

В.Н.Прилепская,
д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ

ФИЗИОЛОГИЯ

ГЛАВА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

1 И ЕГО НАРУШЕНИЯ

Paula Briggs

Основные положения

- Понимание физиологии менструального цикла обеспечивает логический подход к диагностике и лечению его нарушений.
- Физиология яичников является основой для понимания механизмов менструации и патологического маточного кровотечения.
- Нормальная физиология менструального цикла нарушается при синдроме поликистозных яичников (СПЯ) и в перименопаузе.
- Ановуляция ассоциирована с редкими менструациями, но в тех случаях, когда они наступают, кровотечение обычно бывает обильным.
- В данной главе объясняется регуляция менструального цикла, механизмы и гормональные изменения во время менструального цикла, позволяющие логически обосновать лечение его нарушений.
- Прогестины являются краеугольным камнем в терапии дисфункциональных маточных кровотечений.
- Прогестины помимо устранения патологических маточных кровотечений оказывают также протективное действие на эндометрий.
- Прежде чем приступить к лечению нарушений менструального цикла, необходимо выполнить базовый объем обследования, особенно пациенткам старше 45 лет. Он включает, помимо прочего, трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) и гистологическое исследование эндометрия.
- Британский Национальный институт совершенствования медицинской помощи (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) в качестве метода выбора при дисфункциональном маточном кровотечении рекомендует установку гормональвысвобождающего внутриматочного средства (ВМС).
- Для женщин, которые отказываются от установки гормональвысвобождающего ВМС или которым оно противопоказано, имеются другие методы лечения.

Клинический случай

Эсме 47 лет. Она социальный работник, у нее двое приемных детей в возрасте 20 и 18 лет. Она вышла замуж в 24 года и никогда не предохранялась от беременности, так как ее муж страдает азооспермией. У нее всегда были нерегулярные редкие менструации, но в течение последних нескольких лет кровотечения стали более обильными, так что она вынуждена в критические дни брать больничный. Последняя менструация у нее была 6 нед. назад. Она также прибавила в весе, и ее индекс массы тела (ИМТ) составляет 41 кг/м².

При клиническом обследовании отклонений от нормы у нее не выявлено.

Концентрация гемоглобина равна 90 г/л.

При трансвагинальном УЗИ в обоих яичниках выявлено множество мелких периферических фолликулов, что соответствует картине, характерной для поликистоза яичников, также наблюдается антеверсия матки и утолщение эндометрия, подозрительное на гиперплазию.

Эта глава посвящена физиологии менструального цикла и изменениям, которые приводят к патологическим маточным кровотечениям [1].

Гормональная регуляция менструального цикла

Менструальный цикл регулируется осью гипоталамус–гипофиз–яичники (рис. 1.1). Гонадотропин-рилизинг-гормон (ГнРГ), представляющий собой пептид, который состоит из десяти аминокислот, синтезируется в гипоталамусе в импульсном режиме, откуда по венозному руслу попадает в переднюю долю гипофиза, стимулируя ее секреторную активность. В передней доле гипофиза образуются два гонадотропина: фолликулостимулирующий гормон (ФСГ) и лютеинизирующий гормон (ЛГ) – в количестве, зависящем от секреторной активности гипоталамуса. ФСГ стимулирует рост и развитие граафовых пузырьков в яичниках, его уровень повышается в фолликулярную фазу менструального цикла, в которой он инициирует созревание фолликулов. Незадолго до овуляции на кривой концентрации ФСГ в крови появляется небольшой пик, который сопровождается скачком секреции ЛГ. Его уровень на протяжении всего менструального цикла стабилен (базальная секреция), за исключением резкого пика, который наступает примерно за 24 ч до овуляции и играет важную роль в физиологии менструального цикла.

Созревание граафова фолликула и овуляция

В начале каждого менструального цикла под влиянием повышающегося уровня ФСГ в яичнике начинается процесс созревания нескольких фолликулов (рис. 1.1). По мере роста этих фолликулов гранулезные клетки, окружающие оцит, начинают вырабатывать эстроген эстрадиол. Этот гормон разносится кровью и оказывает влияние на многие органы, в том числе ось гипоталамус–гипофиз–яичники, и по мере повышения его концентрации в крови начинает подавлять секрецию ФСГ по механизму отрицательной обратной связи. Процесс созревания под влиянием ФСГ обычно продолжается в одном фолликуле (доминантный фолликул), который затем овулирует.

По достижении фолликулом зрелости, о чем судят по критической концентрации эстрогенов, гипоталамо-гипофизарная ось индуцирует пик секреции ЛГ по механизму положительной обратной связи. В ответ на скачок секреции ЛГ созревший граафов фолликул, который достигает диаметра 16–22 мм и располагается поверхностно под капсулой яичника,

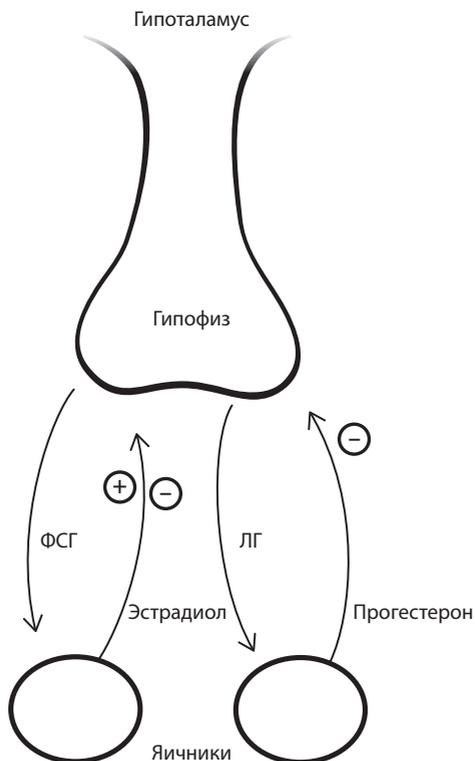


Рис. 1.1. Ось гипоталамус–гипофиз–яичники (цит. по: [1]).

разрывается. Выходящий из него ооцит, окруженный клетками яйценосного холмика, направляется в маточную трубу под влиянием движений ее бахромок. Ооцит продвигается по маточной трубе, где может произойти его оплодотворение сперматозоидом. Оставшаяся в яичнике часть фолликула превращается в желтое тело. Его цвет обусловлен содержанием каротина в тека-клетках. Желтое тело секретирует наряду с эстрогенами прогестерон. Продолжительность функционирования желтого тела, если беременность не наступает, составляет 12–14 дней. Если в маточной трубе происходит оплодотворение ооцита, образовавшийся эмбрион в первые дни секретирует β-хорионический гонадотропин человека (β-ХГЧ), поддерживая таким образом функцию желтого тела, которое продолжает секретировать прогестерон и эстрогены.

Влияние эстрогенов и прогестерона на эндометрий

Эстрогены, секретируемые развивающимся фолликулом, разносятся кровью по всему организму, но особенно выраженное влияние они оказывают

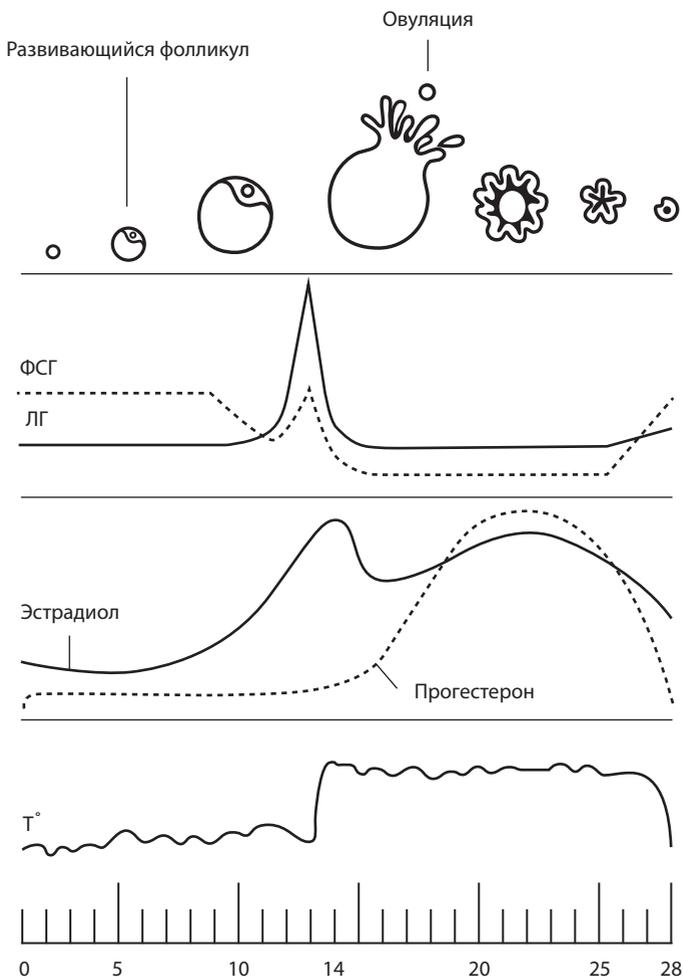


Рис. 1.2. Менструальный цикл (цит. по: [1]).

на эндометрий. До наступления овуляции в фолликулярную фазу менструального цикла эстрогены вызывают пролиферацию желез и стромы эндометрия (пролиферативный эндометрий). Поэтому данная фаза называется также пролиферативной. После овуляции, в лютеиновую фазу, желтое тело наряду с эстрогенами начинает секретировать также прогестерон. Оба гормона вызывают извилистость маточных желез, секрецию клетками гликогена (секреторный эндометрий). Эту фазу менструального цикла называют также секреторной. Описанные изменения объясняют, почему физиологи делят менструальный цикл на *фолликулярную* и *лютеиновую*

фазы, а гистологи – на *пролиферативную* и *секреторную*. Эти термины взаимозаменяемы.

Если оплодотворение не произошло, желтое тело подвергается инволюции и концентрация эстрогенов и прогестерона быстро снижается. Эндометрий отторгается, наступает менструация. Таким образом, по менструации можно судить о том, произошло ли оплодотворение. Регулярность менструального цикла говорит о том, что овуляция происходит регулярно, в то время как отсутствие менструации указывает на отсутствие овуляции или развития фолликула. Менструации могут быть без овуляции, так как созревание фолликулов может происходить без наступления овуляции. В процессе созревания фолликулов секретируются эстрогены, вызывающие пролиферацию эндометрия. Если фолликул не овулирует и прекращает расти, концентрация эстрогенов в крови снижается и происходит отторжение эндометрия, отличное от менструации в овуляторном цикле, описанном выше.

Биологические показатели, характеризующие менструальный цикл: секреция слизи и базальная температура

Секреция слизи

Изменение концентрации эстрогенов и прогестерона в течение менструального цикла вызывает характерные изменения шеечной слизи. Количество секретируемой слизи и ее качественные характеристики зависят от содержания в ней солей и воды, которое в свою очередь регулируется системным уровнем эстрогенов и прогестерона. Эстрогены стимулируют обильное выделение водянистой слизи, которую часто сравнивают с яичным белком. Прогестерон, который начинает вырабатываться после овуляции, вызывает быстрое изменение качества слизи, придавая ей тягучесть. Если проследить за динамикой секреции шеечной слизи в течение менструального цикла, можно отметить, что в первые дни после менструации, когда концентрация эстрогенов в крови невысокая, слизи секретруется мало. В середине фолликулярной фазы по мере повышения концентрации эстрогенов происходит усиление секреции водянистой слизи. Такое изменение качества шеечной слизи создает благоприятные условия для проникновения сперматозоидов в полость матки во время полового акта (базисный фертильный паттерн секреции слизи) [2]. После наступления овуляции начинается секреция прогестерона, слизь становится клейкой, тягучей, непроницаемой для сперматозоидов (базисный инфертильный паттерн секреции слизи). Эти изменения служат биологическими показателями, характеризующими фазы менструального цикла, и используются при планировании семьи по методу Биллингса.

Базальная температура тела

Прогестерон, который начинает вырабатываться в секреторную фазу менструального цикла, вызывает повышение температуры тела. Женщина может измерять температуру тела каждое утро по пробуждении от сна (базальная температура). О том, что произошла овуляция, свидетельствует повышение базальной температуры на $0,5^{\circ}\text{C}$ в лютеиновую фазу. Измерение базальной температуры можно использовать для ретроспективного суждения о моменте наступления овуляции и эффективности лютеиновой фазы.

Поликистозные яичники/синдром поликистозных яичников

СПЯ – наиболее частое эндокринное заболевание у женщин, которое имеет многочисленные проявления со стороны других органов и систем. Яичники исследуют при помощи УЗИ: критерием СПЯ считается выявление не менее 12 мелких периферических фолликулов хотя бы в одном яичнике [3]. Этот признак отмечается примерно у 20% женщин, которым выполняют УЗИ яичников. Диагноз СПЯ ставят в тех случаях, когда у женщины имеется данный признак в сочетании с симптомами гиперандрогении. Наиболее частым клиническим проявлением повышенного уровня свободных андрогенных гормонов в крови является олиго-/аменорея. Примерно у половины женщин с наличием вышеупомянутой картины при УЗИ в дальнейшем развивается СПЯ. Избыточная масса тела пациентки повышает вероятность развития СПЯ, так как сопровождается снижением уровня глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ), которое, в свою очередь, приводит к повышению уровня циркулирующих в крови свободных андрогенов. Кроме того, ожирение ассоциировано с резистентностью к инсулину, которая усиливает гиперандрогению. Повышенный уровень свободных андрогенов вызывает также гирсутизм и акне. У многих женщин с нарушением регулярности менструального цикла повышена вероятность СПЯ [4].

В случае, описанном у Эсме, имеется двоякая патология, связанная с нарушением нормальной физиологии менструального цикла: СПЯ и перименопаузальное маточное кровотечение, а именно обильные менструальные кровотечения.

Синдром поликистозных яичников и менструальный цикл

Случай, описанный у Эсме, является типичным проявлением СПЯ. У Эсме никогда не было регулярного менструального цикла из-за нарушенной цикличности овуляции и спорадического ее характера. Если бы у мужа Эсме не было бесплодия, ей можно было бы назначить внутрь антиэстрогенные препараты, в частности кломифена цитрат, для индукции овуляции, а при его неэффективности – инъекции ФСГ.

20 НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

Victoria Corkhill

Основные положения

- Недержание мочи – инвалидизирующее хроническое заболевание, вызываемое многими причинами. Оно снижает качество жизни пациентки, половую функцию и ограничивает социальную активность.
- Распространенность недержания мочи растет на фоне старения населения, что делает актуальным понимание этой проблемы клиницистами и ее решения в учреждениях первичного звена здравоохранения и специализированной медицинской помощи.
- Различают три типа недержания мочи: стрессовое (СНМ), императивное (ИНМ) и смешанное.
- Основными методами лечения СНМ являются тренировка мышц тазового дна и хирургическая имплантация субуретральной петли.
- Основными методами лечения ИНМ являются поведенческая терапия, модификация образа жизни и медикаментозная терапия.
- Многопрофильные бригады, включающие целенаправленно подготовленных специалистов на местном уровне, врачей первичного звена и урогинекологов, играют неоченимую роль в лечении пациенток с недержанием мочи.

Клинический случай

Джейн 52 года, она жалуется на подтекание небольшого количества мочи всякий раз, когда кашляет, смеется или натуживается. Она говорит, что вынуждена ограничить свою каждодневную активность, чтобы уменьшить количество таких эпизодов. Она отмечает также императивное недержание и учащение мочеиспускания до 6 раз днем и 3 раз ночью.

Джейн трижды рожала через естественные родовые пути, причем в одном случае – с применением акушерских щипцов. Других заболеваний у себя не отмечает и каких-либо лекарственных препаратов не принимает.

Введение

Недержание мочи – широко распространенное расстройство, которое наблюдается у 50% женщин на определенном этапе жизни, но может привести к инвалидизации [1].

Наибольшая распространенность недержания мочи приходится на женщин в возрасте 45–55 лет, затем в период от 50 до 70 лет распространенность переходит в плато или снижается, после чего отмечается ее неуклонный рост. Динамика распространенности недержания мочи сопровождается

также изменением типа недержания. Так, СНМ после 55 лет встречается реже, но после 60 лет возрастает частота гиперактивного мочевого пузыря [2].

Международное общество по проблеме недержания мочи определяет недержание мочи как «непроизвольное подтекание мочи» и делит его на следующие типы:

- *СНМ* – непроизвольное подтекание мочи при физическом усилии или напряжении, чихании, кашле. Этот тип недержания может быть обусловлен слабостью стенки мочевого пузыря, ожирением, слабостью мышц тазового дна и поражением нервов.
- *ИНМ* – непроизвольное подтекание мочи, которое происходит одновременно или сразу после императивного позыва (непреодолимого желания помочиться).
- *Смешанное недержание мочи* – непроизвольное подтекание мочи, обусловленное императивными позывами и физическим напряжением, кашлем или чиханием.
- *Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП)* – императивные позывы к мочеиспусканию в сочетании с учащением мочеиспускания и никтурией. Различают «сухой» и «мокрый» ГАМП в зависимости от того, имеется при ГАМП недержание мочи или нет. Сочетание этих симптомов представляет собой уродинамическое проявление гиперактивности детрузора [4].
- Редкие типы недержания: *функциональное* (пациентка не успевает вовремя дойти до туалета); *переполнение мочевого пузыря* (обструкция выходного отдела мочевого пузыря, связанная с пролапсом матки или перенесенным хирургическим вмешательством); *истинное недержание мочи* (связанное с образованием мочевого свища).

СНМ является наиболее распространенным типом недержания; оно было единственным субъективным симптомом у 50% пациенток, которые были включены в исследование [2]; у 11% было ИНМ и у 36% – смешанный тип недержания [2, 4]. В таблице 20.1 приведены основные симптомы СНМ и ИНМ.

Таблица 20.1. Основные симптомы различных типов недержания мочи у женщин

СНМ	ИНМ/ГАМП
Подтекание мочи при: <ul style="list-style-type: none"> • кашле • физической активности • чихании • поднятии тяжестей 	Учащенное мочеиспускание Императивные позывы к мочеиспусканию Подтекание мочи при императивных позывах к мочеиспусканию Никтурия
Более выражено при полном мочевом пузыре	Императивные позывы к мочеиспусканию – основной признак ГАМП
При смешанном недержании мочи имеются симптомы, характерные как для СНМ, так и для ИНМ	

Выбор метода лечения зависит от клинической картины, типа недержания мочи и особенностей его патофизиологических механизмов.

Социальный и финансовый аспекты недержания мочи

Недержание мочи вызывает довольно серьезные последствия у пациентов и связано со значительными финансовыми издержками для здравоохранения. Стоимость услуг, ежегодно оказываемых пациенткам с недержанием мочи, в Великобритании составляет 230 млн фунтов стерлингов [5]. Недержание мочи обуславливает также целый ряд психических симптомов, таких как чувство стыда, низкая самооценка, подавленное настроение, социальное отчуждение, сексуальная неудовлетворенность, напряженные взаимоотношения с окружающими [6]. Время от момента появления недержания мочи до начала лечения составляет в среднем 6–9 лет [7].

Предварительное обследование

В подавляющем большинстве случаев симптомы пациенток укладываются в клиническую картину одного из трех основных типов недержания мочи, поэтому цель врача при первом обращении к нему пациентки с недержанием – определить, к какому из следующих трех типов оно относится:

- СНМ;
- смешанному;
- ИНМ/ГАМП.

В соответствии с рекомендациями NICE, начинать лечение следует именно с уяснения типа недержания; при смешанном типе терапия должна быть направлена на устранение симптомов недержания, которое превалирует в клинической картине [4].

Сопутствующие заболевания

Для постановки диагноза очень важно собрать подробный анамнез. Необходимо выяснить, какие у пациентки имеются сопутствующие заболевания, какие она принимает лекарственные препараты – многие из них способны влиять на функцию мочевого пузыря или на баланс жидкости в организме, как, например, диуретики.

Предрасполагающие состояния

- Недостаточно компенсированный сахарный диабет значительно повышает диурез.
- Заболевания органов дыхания, проявляющиеся хроническим кашлем, предрасполагают к развитию у пациенток пролапса тазовых органов (ПТО) и тем самым – к появлению симптомов недержания мочи.

- Важно выяснить, нет ли у пациентки болезней нервной системы, таких как рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, инсульт, болезнь Альцгеймера, поскольку они оказывают влияние на иннервацию мочевого пузыря [3], а также ограничивают подвижность.
- Также важно расспросить о повторных инфекциях мочевых путей, так как они могут значительно усугубить симптомы недержания.
- Нарушения функции кишечника, осложняющиеся запорами, являются причиной слабости мышц тазового дна и способны привести к недержанию мочи и ПТО [8, 9].

Усугубляют симптомы недержания также нерациональный образ жизни, в частности злоупотребление алкоголем, продуктами и напитками с большим содержанием кофеина, прием чрезмерного количества жидкости и курение.

Работа, связанная с поднятием тяжестей и физическим напряжением, усиливает проявления СНМ.

Анамнез жизни

В число акушерских и гинекологических факторов риска входят:

- большое число родов в анамнезе;
- способ родоразрешения (например, влагалищные роды с наложением акушерских щипцов);
- гинекологические операции (например, влагалищная гистерэктомия);
- гормональный статус (например, менопауза).

Необходимо выяснить также, какие урологические исследования и операции были выполнены пациентке в прошлом, был ли у нее в детстве ночной энурез (обусловленный гиперактивностью детрузора) [8].

Оценка качества жизни

Чтобы уяснить, как недержание мочи влияет на психический статус пациентки, следует расспросить ее об ограничениях, которые оно наложило на ее повседневную активность, и как женщина преодолевает эти ограничения (например, вынуждена ходить за покупками в магазины, где есть туалет).

Определение качества жизни по опроснику – эффективное дополнение оценки влияния недержания мочи и дисфункции мочевого пузыря на образ жизни пациентки.

NICE рекомендует восемь таких опросников, включая наиболее валидированные и проверенные на надежность Опросник международного совещания по проблеме недержания мочи (ICIQ), Бристольский опросник по симптомам поражения нижних мочевых путей у женщин (BFLUTS) и Опросник по качеству жизни при недержании мочи [4]. Краткая форма ICIQ-SF содержит всего 4 вопроса и является хорошим инструментом для проведения скрининга (рис. 20.1).

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Номер

Краткая форма ICIQ-UI

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД

Дата

У многих людей в тот или иной период наблюдаются эпизоды недержания мочи. Мы пытаемся выяснить, много ли таких людей и как такие эпизоды влияют на их качество жизни. Мы были бы признательны, если бы вы ответили на следующие вопросы о том, какую оценку в среднем вы бы смогли присвоить своему состоянию в целом за ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ.

1 Впишите, пожалуйста, здесь дату своего рождения:

ДЕНЬ МЕСЯЦ ГОД

2 Вы (отметьте галочкой): Женщина Мужчину

3 Как часто у вас подтекает моча? (Отметьте 1 ответ)

никогда	<input type="checkbox"/>	0
1 раз в неделю или реже	<input type="checkbox"/>	1
2–3 раза в неделю	<input type="checkbox"/>	2
примерно 1 раз в день	<input type="checkbox"/>	3
несколько раз в день	<input type="checkbox"/>	4
все время	<input type="checkbox"/>	5

4 Мы бы хотели знать, сколько, по-вашему, подтекает мочи. Сколько мочи у вас обычно подтекает (носите ли вы абсорбирующее белье?) (Отметьте 1 ответ)

нисколько	<input type="checkbox"/>	0
немного	<input type="checkbox"/>	2
умеренное количество	<input type="checkbox"/>	4
много	<input type="checkbox"/>	6

5 Как в целом подтекание мочи сказывается на вашей повседневной активности? Обведите, пожалуйста, цифру между 0 (вовсе не влияет) и 10 (сильно ограничивает)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
не влияет										сильно ограничивает

Результат ICIQ: пункты 3+4+5

6 Когда подтекает моча? (Отметьте все подходящие ответы)

никогда – нет подтекания мочи	<input type="checkbox"/>
подтекает, пока вы доходите до туалета	<input type="checkbox"/>
подтекает, когда вы кашляете или чихаете	<input type="checkbox"/>
подтекает, когда вы спите	<input type="checkbox"/>
подтекает во время физической активности/при физической нагрузке	<input type="checkbox"/>
подтекает, когда вы кончили мочиться и одеваетесь	<input type="checkbox"/>
подтекает без видимой причины	<input type="checkbox"/>
подтекает все время	<input type="checkbox"/>

Благодарим за ответы!

Рис. 20.1. Опросник по качеству жизни при недержании мочи ICIQ-UISF (цит. по: [10]).

Таблица 20.2. Препараты, применяемые для лечения ИНМ/ГАМП

Препарат	Доза	Титрация дозы	Достоинства	Побочные эффекты
Первая линия (NICE 2013) [3, 4]				
Оксibuтирин (немедленное высвобождение)	От 2,5 мг 1 раз в сутки до 5 мг 3 раза в сутки	Постепенное повышение	Эффект немедленный; можно принимать по мере необходимости Подавляет императивные позывы и урежает эпизоды недержания Стоит недорого	Выраженные побочные эффекты, связанные с антихолинергическим действием ^{a,b} Высокая частота случаев вынужденной отмены Не рекомендуется ослабленным пациентам пожилого возраста
Толтеродин (немедленное высвобождение)	1–2 мг 2 раза в сутки	Через 4 нед. дозу, если необходимо, повышают	Высокая избирательность по отношению к рецепторам мочевого пузыря, поэтому редко вызывает побочные эффекты Не проникает через гематоэнцефалический барьер, поэтому побочные эффекты со стороны ЦНС редки ^b Дозу можно титровать	По сравнению с оксibuтирином лучше переносится ^a
Дарифенацин	7,5–15 мг 1 раз в сутки	Через 2 нед. оценивают эффект и, если необходимо, дозу повышают	Высокая избирательность по отношению к рецепторам мочевого пузыря, поэтому редко вызывает побочные эффекты Не вызывает серьезных побочных эффектов со стороны ЦНС ^b Пролонгированное высвобождение Дозу можно титровать	
Вторая линия				
Оксibuтирин XL (пролонгированное высвобождение)	5–15 мг 1 раз в сутки	Через 4 нед. дозу, если необходимо, повышают	Пролонгированное высвобождение Имеет более благоприятный профиль побочных эффектов	Лучше переносится по сравнению с оксibuтирином немедленного высвобождения ^{a,b}

Препарат	Доза	Титрация дозы	Достоинства	Побочные эффекты
Оксibuтирино- вый пластырь	3,9 мг/24 ч 2 раза в не- делю	Не проводится	Пролонгированное высвобождение Отсутствует эффект первичного прохожде- ния через печень	Лучше переносится по сравнению с оксibuтирином немедленного высвобождения ^{a, b} Раздражение кожи
Толтеродин (пролонгиро- ванное высво- бождение)	4 мг 1 раз в сутки		Пролонгированное высвобождение	Лучше переносится по сравнению с оксibuтирином ^{a, b}
Солифенацин	5–10 мг 1 раз в сутки	Через 4 нед. дозу, если необходимо, повышают	Пролонгированное высвобождение Титрация дозы Длительный период полувыведения, обеспе- чивающий контроль гладкомышечного тону- са мочевого пузыря на протяжении суток	Побочные эффекты хорошо пере- носятся
Троспия хлорид (немедленное высвобожде- ние)	20 мг 2 раза в сутки		Сильное блокирующее действие на сокраще- ния детрузора Побочных эффектов со стороны ЦНС не вызывает ^b – можно применять для лече- ния пациентов пожилого возраста	Побочные эффекты ^a
Троспия хлорид (пролонгиро- ванное высво- бождение)	60 мг 1 раз в сутки			
Фезотеродин	4–8 мг 1 раз в сутки	Через 4 нед. дозу, если необходимо, повышают	Пролонгированное высвобождение Титрация дозы	Лучше переносится по сравнению с оксibuтирином ^{a, b}

Таблица 20.2 (окончание)

Препарат	Доза	Титрация дозы	Достоинства	Побочные эффекты
Проливрин	15 мг от 1 до 3 раз в сутки	Через 4 нед. дозу, если необходимо, повышают	Антимускариновый препарат, блокатор кальциевых каналов Уменьшает частоту позывов к мочеиспусканию и потому применяется при сухой форме ГАМП Пролонгированное высвобождение	Побочные эффекты ^а
Третья линия				
Мирабегрон	50 мг 1 раз в сутки	При нарушении функции печени и/или почек – 25 мг/сут.	Селективный агонист β_3 -адренорецепторов мочевого пузыря, вызывающий его расслабление По эффективности близок к антимускариновым препаратам Можно назначать, когда антимускариновые препараты противопоказаны, неэффективны или вызывают неприемлемые серьезные эффекты	Артериальная гипертензия, головная боль, болезненное мочеиспускание, инфекция мочевых путей, тахикардия, дисфункция кишечника
Ботулотоксин А (вводят в стенку мочевого пузыря)	Ботокс 100–200 МЕ Диспорт 250 МЕ		См. в тексте	

^а Частые побочные эффекты, присущие антихолинергическим препаратам: сухость во рту, снижение остроты зрения, тахикардия, запор, диспепсия.

^б Побочные эффекты со стороны ЦНС: дезориентация, галлюцинации, судороги, когнитивные расстройства.
Противопоказания: нелеченая закрытоугольная глаукома, миастения, задержка мочи (остаточная моча в мочевом пузыре), обструкция кишечника, неспецифический язвенный колит с тяжелым течением.