

Ю. М. Дехтяр, Ф. І. Костєв, О. І. Маломуж, А. П. Паталашук

ФОРМИ ПОРУШЕННЯ СЕЧОВИПУСКАННЯ У ЖІНОК ПРИ УРОГЕНІТАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ У ПОСТМЕНОПАУЗІ

Одеський державний медичний університет

Урогенітальні розлади (УГР) у жінок в постменопаузі є складною загальномедичною проблемою. Якщо роль естрогенного дефіциту в розвитку атрофічного вагініту та цистоуретриту встановлена і підтверджена численними дослідженнями [3–5], то щодо вибору оптимальної терапії вже розвинених порушень сечовипускання, особливо нетримання сечі при напруженні, невідкладного і змішаного нетримання сечі, існують різні думки. Одним із важливих етапів реабілітації хворих з атрофічним цистоуретритом при урогенітальних розладах у клімактерії вважаємо своєчасну діагностику функціональних порушень уродинаміки й адекватну корекцію акту сечовипускання, для чого необхідна оцінка стану скоротливої здатності детрузора і сфінктерного апарату сечового міхура.

Діагностика дисфункцій нижніх сечових шляхів складається зі збирання скарг, анамнезу, неврологічного й урологічного обстежень, а також додаткових методів обстеження, серед яких основне місце належить уродинамічному дослідженню [1; 2]. Дотепер не припиняється дискусія щодо клінічного значення уродинамічних досліджень у діагностиці різних форм розладів акту сечовипускання. Вважаємо, що показаннями до уродинамічного дослідження є: відсутність ефекту від емпірично призначеної терапії, плановане хірургічне лікування (наприклад, при стресовому нетриманні сечі), супровідні неврологічні захворювання. Уже при аналізі добового ритму сечовипускань у жінок із атрофічним цистоуретритом у постменопаузі можна відзначити, що, незважаю-

чи на різноманітність клінічних проявів, у більшості хворих однотипні порушення резервуарної функції сечового міхура частіше пов'язані з гіперактивністю. Це зниження середнього ефективного об'єму сечового міхура, часті позиви до сечовипускання, наявність імперативних сечовипускань, епізодів нетримання сечі.

Слід зазначити, що в оцінці порушень сечовипускання, на нашу думку, важливу роль відіграє реєстрація ритму спонтанних сечовипускань. Це єдиний об'єктивний метод неінструментального визначення здатності сечового міхура до наповнення й утримання сечі, що являє собою багаторазову неінструментальну цистометрію, яка дозволяє судити про стан порога рефлексорної збудливості сечового міхура. Комплексне уродинамічне дослідження є доповненням клінічного обстеження. Отримані дані мають бути зіставлені з клінічними симптомами, використання ж суто цифр, як правило, приречене на діагностичну помилку. Діагностувати той або інший вид порушення акту сечовипускання в більшості хворих можна, не вдаючись до інвазивних методів уродинамічних досліджень. І тільки в деяких випадках у хворих зі складними порушеннями сечовипускання (наприклад, при поєднанні нетримання сечі й обструктивного сечовипускання) встановлення діагнозу потребує комплексного уродинамічного дослідження.

Комбіноване уродинамічне дослідження (урофлоуметрія, профілометрія уретри, цистометрія наповнення і спороження, електроміографія тазового дна) проведено у 37 жінок

із розладами акту сечовипускання в постменопаузі. Стандартна цистометрія дозволила нам визначити максимальну цистометричну ємність, чутливість детрузора, наявність або відсутність його нестабільності. Під час цистометрії з наповненням сечового міхура розчином зі швидкістю 50 мл/хв виявлено зниження максимальної цистометричної ємності в 19 (51,3 %) пацієток і порога чутливості — у 31 (84 %). Поріг чутливості в середньому становив $(107,0 \pm 13,1)$ мл, а середня максимальна цистометрична ємність — $(97,0 \pm 19,6)$ мл. Показники цистометрії не відбивають справжньої анатомічної ємності сечового міхура, однак цей уродинамічний показник, як правило, перевищував об'єм сечовипускань, що фіксують хворі у своїх щоденниках.

Нормальні показники цистометрії в нашому дослідженні виявлені в 6 (17 %) хворих. Тим же часом ми не вважаємо обов'язковим виключення цих пацієток із групи хворих, що одержують лікування з приводу УГР у постменопаузі.

Під час дослідження функції сечового міхура у фазі наповнення методом ретроградної цистометрії в 19 хворих з виявленою нестабільністю детрузора спостерігалися такі зміни: зрушення порога чутливості вліво — перший позив до сечовипускання виникав при об'ємі $(65,4 \pm 6,5)$ мл; гіперрефлексія — граничний об'єм дорівнював $(137,0 \pm 13,3)$ мл; нормальний або помірно підвищений внутрішньоміхуровий опір до $(3,2 \pm 0,7)$ см вод. ст./50 мл. У 7 хворих провідною ознакою дисфункції була інтермітуюча внутрішньоміхурова гіпертензія протягом усього періоду запов-



нення сечового міхура внаслідок спонтанних скорочень детрузора. Кількість їх протягом однієї фази нагромадження коливалася від 1 до 9. Якщо мінімальне за силою скорочення підвищувало внутрішньоміхуровий тиск до 15 см вод. ст., то максимальне — до $(37,7 \pm 1,2)$ см вод. ст., тобто до значень мікційного.

Порівнюючи дані цистометрії з клінічними даними, слід зазначити дисоціацію порогів чутливості та рефлексорності, тобто позиви до сечовипускання, цисталгія, відчуття переповнення сечового міхура з'являлися при низькому внутрішньоміхуровому тиску. Підвищена чутливість і підвищена збудливість сечового міхура на фоні нормотонічності або гіпотонічності детрузора, мабуть, пов'язані з підвищеною чутливістю атрофічної слизової оболонки уретри і сечоміхурового трикутника до потрапляння навіть мінімальних порцій сечі. Таким чином, дисоціація порогів чутливості та рефлексорності детрузора є характерною для атрофічного циститу в постменопаузі.

Результати комбінованого уродинамічного дослідження виявили в чотирьох пацієнток порушення уродинаміки, характерними ознаками якої були гіпотонія сечового міхура, збільшення його ємності і наявність більше 100 мл залишкової сечі. При проведенні ретроградної цистометрії відзначалося зниження порога рефлексорної збудливості. Перший позив до сечовипускання виникав при наповненні сечового міхура в середньому близько 184,6 мл, максимальний об'єм становив в середньому 398,6 мл, внутрішньоміхуровий опір — $(1,5 \pm 0,6)$ см вод. ст. / 50 мл. Замикальна функція сфінктерного апарату не змінювалася. Максимальний внутрішньоуретральний тиск перебував у межах $(73,6 \pm 11,0)$ см вод. ст., міхурово-уретральний градієнт тиску — $(59,9 \pm 11,0)$ см вод. ст.

Аналізуючи дані, отримані при реєстрації спонтанних сечовипускань, можна відзначити,

що у хворих з нормальною рефлексорною збудливістю сечового міхура і частково з гіпорексией кількість сечовипускань відповідала нормі або була помірно прискороною. Ефективний об'єм сечового міхура також не зазнавав істотних змін. Це можна пояснити тим, що сечовипускання безпосереднім чином пов'язане зі станом чутливості сечового міхура, яка визначає характер рефлексорної реакції, тому чутливість сечового міхура переважно позначається на частоті сечовипускань. Крім іншого, гіперсенсорність сечового міхура в цих хворих може служити причиною імперативних позивів та імперативного нетримання сечі. Припущення про нормальну або знижену рефлексорну активність сечового міхура підтверджується реєстрацією ритму сечовипускань, в якій наявні окремі нормальні або великі порції.

Функція сфінктерного апарату, як правило, теж змінюється. За результатами профілометрії уретри, в 11 (30 %) із 37 хворих з атрофічним циститом величина максимального уретрального тиску не перевищувала 30 см вод. ст., що свідчило про наявність у них уретральної сфінктерної недостатності. У 15 (40 %) хворих виявлено вкорочення функціональної довжини уретри, у 14 (38 %) хворих — коливання максимального внутрішньоуретрального тиску при статичному положенні датчика протягом 5–10 хв, амплітудою 15–20 см вод. ст., що було визначено нами як нестабільність уретри.

Урофлоуметрію виконано 93 жінкам з атрофічним цистоуретритом у постменопаузі. У хворих спостерігали 3 варіанти спорожнення сечового міхура: у 36 % хворих — нормальне сечовипускання, у 27 % — стрімке й у 37% — обструктивне. Крім того, у 18 % обстежених спостерігалось переривчасте сечовипускання. У більшості хворих з атрофічним цистоуретритом у постменопаузі, за результатами ретроградної цистометрії, безпосередньо перед сечовипусканням відбувається підвищення тону сечового міхура. Отже, є всі підстави очікувати «стрімкого» сечовипускання (за умови пропорційного тону збільшення ефективного перерізу уретри). Однак останнє спостерігається тільки в 27 % хворих. У решти його відсутність, очевидно, пов'язана з непропорційним відкриттям сфінктерного апарату. В одних випадках (при мінімальному неповному розслабленні сфінктера під час мікції) спостерігається нормальне сечовипускання, в інших — обструктивне.

Під час уродинамічного дослідження групи жінок з обструктивним сечовипусканням дійшли висновку, що вже при первинній урофлоуметрії в них виявляються деякі особливості показників сечовипускання, що дозволяють приблизно розподілити цих пацієнток на три групи: 1 — з підозрою на детрузорно-сфінктерну дисинергію (ДСД); 2 — з підозрою на первинну функціональну обструкцію шийки сечового міхура; 3 — з ознаками так званого дисфункціонального сечовипускання

Таблиця

Варіанти спорожнення сечового міхура у жінок з атрофічним цистоуретритом у постменопаузі, n = 93

Характер сечовипускання	Кількість хворих, %
Нормальне	33 (36 %)
Стрімке	25 (27 %)
Обструктивне:	35 (37 %)
первинна функціональна обструкція шийки сечового міхура	15 (42,8 %)
дисфункціональне сечовипускання	11 (31,5 %)
детрузорно-сфінктерна дисинергія	9 (25,7 %)



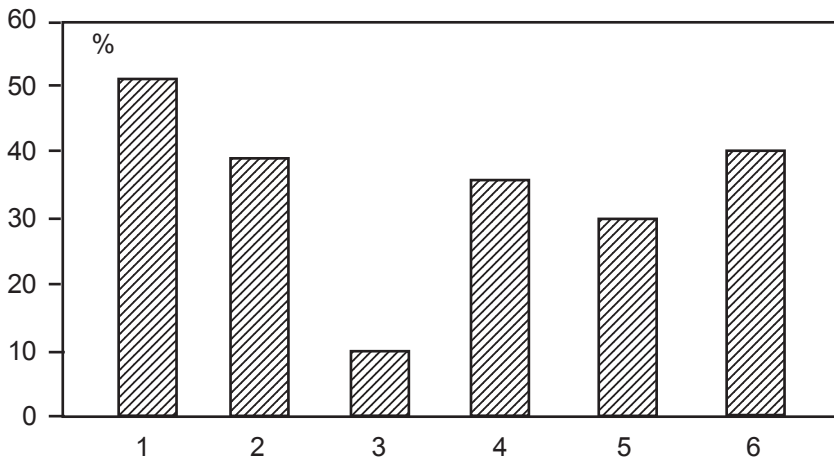


Рисунок. Частота уродинамічних симптомів у хворих з атрофічним цистоуретритом при УГР у постменопаузі

(таблиця). В основі такого розподілу лежить класифікація J. Blaivas.

Найпоширенішою формою порушення в нашій групі стало сечовипускання з ознаками первинної обструкції шийки сечового міхура, що було виявлено в 15 (42,8 %) жінок, дисфункціональне сечовипускання спостерігалось в 11 (31,5 %) хворих, у 9 (25,7 %) випадках висловлена підозра на ДСД.

Дослідження функції сечового міхура у фазі спорожнення методами урофлоуметрії та електроміографії анального сфінктера підтвердили зв'язок обструктивного сечовипускання з неповним вивільненням сечівника від впливів сфінктера: у цьому разі спорожнення сечового міхура перебігає на фоні досить високої його електричної активності. Уродинамічно це виявлялося реєстрацією «сплесків» скоротливої активності поперечносмугастого сфінктера уретри і м'язів тазового дна, що утруднює, а нерідко цілком перериває потік сечі.

При детальній оцінці характеру сечовипускання за допомогою дослідження «тиск — потік» у хворих з ознаками обструктивного сечовипускання і нестабільності уретри було виявлено, що під час сечовипускання падіння тиску в уретрі не відбувається, що, очевидно, і зумовлює інфравезикальну обструкцію. У хворих з ознаками нестабільності детрузора реєструвалися спонтанні підйоми і падіння детрузорного тиску і

в момент мікції, що також могло зумовлювати поєднання полакіурії, імперативної інконтиненції й обструктивного сечовипускання.

Таким чином, при стандартному уродинамічному дослідженні у 37 хворих із хронічним циститом у постменопаузі були виявлені такі уродинамічні симптоми або їхнє поєднання (рисунок):

- нестабільність детрузора — 51 %;
- нестабільність уретри — 38 %;
- гіпотонія детрузора — 9 %;
- функціональна інфравезикальна обструкція — 37 %;
- сфінктерна недостатність — 30 %;
- укорочення функціональної довжини уретри — 40 %.

Характеризуючи загалом особливості порушень уродинаміки нижніх сечових шляхів при атрофічному цистоуретриті в постменопаузі, можна зробити висновок, що провідною причиною є зниження здатності сечового міхура до наповнення й утримання сечі при нормальному або низькому внутрішньоміхуровому тиску, тобто нестабільність сечового міхура. Вона визначає настійну потребу спорожнити сечовий міхур негайно після появи позиву. Другою особливістю є часте поєднання нестабільності сечового міхура з ознаками обструктивного сечовипускання. Останнє частіше зумовлено первинною обструкцією шийки сечового міхура. Таким чином, вищевказані клінічні стани мо-

жуть зумовлюватися різними, інколи парадоксальними, поєднаннями уродинамічних симптомів, що обов'язково необхідно враховувати при обстеженні даних пацієнток.

Аналізуючи велику кількість варіантів уродинамічних знахідок, слід звернути увагу на таку обставину. У кожній хворій, судячи з даних ритму спонтанних сечовипускань, спостерігається досить широкий діапазон коливань ефективного об'єму сечового міхура. Ці показники, на перший погляд, не відповідають даним цистометрії, що по суті й визначає необхідність здійснення уродинамічних досліджень для верифікації дисфункцій.

Однок середній ефективний об'єм сечового міхура зменшений, отже, можна зробити висновок, що в більшості випадків хворі з урогенітальними проявами клімактеричного синдрому, незалежно від їхніх форм, прагнуть спорожнити сечовий міхур з появою першого позиву до сечовипускання, що має імперативний характер (або не очікуючи імперативного позиву), і значно рідше «демонструють» сечовипускання у відповідності до справжнього стану рефлекторної збудливості сечового міхура. На нашу думку, виражена гіперсенсорність сечового міхура в більшості хворих, і особливо вольового контролю, визначають клінічні прояви атрофічного цистоуретриту у жінок похилого віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возианов А. Ф., Люлько А. В. Атлас-руководство по урологии: В 3 т. — К.: Дніпро-VAL, 2001. — Т. 3. — С. 15-505.
2. Лопаткин Н. А. Руководство по урологии. — М., 1998. — Т. 2. — С. 359-374.
3. Ulmsten U. On urogenital ageing // Maturitas.— 1995. — N 21. — P. 163-169.
4. Bachman G. Urogenital ageing: an old problems newly recognized // Maturitas. — 1995. — N 22. — Suppl. — P. 1-5.
5. Samsioe G. et al. Urogenital symptoms in women aged 50-59 years // GynEndocrin. — 1999.— Vol. 3-Is, N 2 (2). — 113-7.

