

ИНКОНТИНЕНЦИЯТА

ПРЕМЪЛЧАВАНО НЕУДОБСТВО

ЩЕ СЕ ОПИТАМ ДА РАЗГЪРНА ЕДНА ИНТЕРЕСНА И ПРЕМЪЛЧАВАНА ТЕМА, посветена на значим масов проблем – инконтиненцията. Малко са специалистите у нас, които наистина работят на експертно ниво с пациенти с това страдание. То безспорно повлиява негативно качеството на живот на нашите майки, баби, бащи и дядовци. Проблемът „инконтиненция“ се появява неминуемо в кабинетите на общопрактикуващите лекари, които сами могат да се справят с немалка част от симптомите стига да имат необходимото познание. Насочването към специализирана помощ е наложително само при малък процент пациенти с този проблем, останалите ще бъдат излекувани и благодарни вечно поради ликвидирането на страдание, което води до психическо и социално отчуждаване, инфекции, срам и самота.



г-р Констанца Даскалова¹,
г-р Цветина Даскалова²

¹МЦ „Пентаграм“²⁰¹²*

²Болница „Вита“

Инконтиненцията като проблем е съществувала отдавна – още от раждането на първия човек. В Египет са намерени стари папируси, съдържащи описания на помощни средства против подмокряне. Безконтролното изпускане на урина при възрастните се появява много по-късно в резултат на подобрение на хигиенния стандарт и нарастване на знанията за произхода на инконтиненцията. Инконтиненцията на урина си остава табу, в чиято основа лежат срам, чувство за вина или незнание. Днес пациентът с инконтиненция говори много по-открито за своя проблем и търси помощ за своето безконтролно уриниране. Инконтиненцията не се приема като заболяване, а като симптом, който съществува или се появява във всички възрасти; има

различен произход и изисква откриване и лечение на различни нива. При направени анализи в много западни страни се доказва, че инконтиненцията е често срещан синдром и затова се нарича народно заболяване.

В световен мащаб се засягат повече от 400 млн. души. Честотата при жените е двойно по-висока, отколкото при мъжете. Жените отчитат този синдром най-вече след менопауза. Тази разлика между половете се изравнява след 75-годишна възраст. Като акушер гинеколог в изложението ще засегна проблема с инконтиненцията при жените. В голяма част от публикациите ясно се доказва, че повече от половината от всички инконтинентни не са потърсили помощ за своя проблем – това е една от главните причини да не може да се изчисли точният брой заболяли.

Голяма част от тях не искат да говорят по този въпрос, вероятно защото се срамуват. Младите мислят, че ще премине от само себе си, а по-възрастните смятат, че изпускането на урина е нормално за възрастта.

По дефиниция инконтиненцията на урината е синдром на безконтролно изтичане на урина през уретралния отвор в обем, създаващ социален и хигиенен проблем. Според международния комитет по стандартизация на функционалните уродинамични изследвания тя е състояние на неволева загуба на урина. Неволевата загуба на урина е социален и хигиенен проблем и може да бъде обективно демонстриран.

В практиката се различават няколко главни групи на „инконтиненция“:

- *Stress инконтиненция (стрес инконтиненция)*: изтичане на урина, предизвикано от физическо и мускулно напрежение.
- *Urge инконтиненция (императивна инконтиненция)*: изтичане на урина с позиви за уриниране без желание от страна на индивида. Нарича се още императивност, неовладяни позиви за уриниране.
- *Ischuria paradoxa*: изтичане на урина при препълнен пикочен мехур.
- *Смесена инконтиненция*: едновременно проява на стрес- и императивна инконтиненция.

За по-добро разбиране от пациента несе се налага едно обобщено понятие „свърхактивен пикочен мехур“ (СПМ), което включва група симптоми от страна на пикочните пътища:

- **Неотложност:** получавате на внезапна неотложна нужда за уриниране – не сте в състояние да отложите ходенето до тоалетна.
- **Повишена честота:** често ходене до тоалетната – повече от 7 пъти на ден.
- **Никтурия:** събуждате се, за да посетите тоалетната повече от веднъж през нощта.
- **Неотложна инконтиненция:** невъзможност за задържане на урина преди да успеете да стигнете до тоалетната при позив за уриниране.

За по-голяма яснота на механизма за възникване на инконтиненцията, ще направя кратко отклонение към анатомията на органите, участващи в процеса на уриниране.

Пикочният мехур е орган с резервоарна функция, в който се събира урината. Притежава три отвори: две – за двата пикочопровода, а от третото започва пикочният канал. Вместимостта е индивидуално различна, обикновено 500-700 ml³. Разположен е в малкия таз, зад лонното съчленение. Пространството между мехура и симфизата, Spatium prevesicale, е изпълнено със съединителна тъкан и съдържа силно развито венозно сплетение. Пикочният мехур при жената лежи непосредствено върху Trigonum urogenitale. С голямо задната си повърхност влиза в контакт с шийката на матката и предна стена на влагалището, като от тях се отделя чрез слой съединителна тъкан. Мускулната обвивка е изградена от три слоя, надлъжно

и циркулярно разположени. Снопчетата от единия слой продължават в другия, изграждат единен мускул, при съкращаването на който урината се изгонва от пикочния мехур. Това е musculus detrusor vesicae. Този мускул действа в синхрон с други мускулни влакна, които достигат до влагалището и един мускул (musculus sphincter urethrae externus), разположен извън пикочния мехур, обхващащ пикочния канал и осъществяващ вълното му затваряне.

Различаваме четири анатомични модела, които при известни нарушения могат да предизвикат инконтиненция:

- **Нарушения в мускулите на тазовото дъно.** Причината е слабост и отпускане на мускулите. Урогениталните лигаменти, заедно с вагината, предизвикват смъкване на пикочния мехур, дебелото черво и матката. Това състояние се нарича пролапс на матката и при него се нарушава формата на т. нар. уретровезикуларен ъгъл, което води до неправилно изтичане на урина.
- **Нарушения в пикочния канал и дъното на пикочния мехур.** Урогенитални смущения при жените на базата на повтарящи се уретрити, възпаления на пикочните пътища, хормонален дефицит и хроничен запек.
- **Нарушения в пикочния мехур.** Повтарящи се възпаления (цистити) увеличават чувствителността на вътрешните влакна на сензорните нерви, провеждащи импулси към ЦНС.
- **Нарушения в нервната система,** която контролира изтичането на урина. Импулсите, които регистрират налягането в пикочния мехур,

зачестяват и влияят върху центъра на главния (pons cerebri) и гръбначния мозък, които имат важна роля в изпразването на пикочния мехур. Парасимпатиковата нервна система стимулира мускулната контракция в пикочния мехур, като едновременно настъпва релаксация на мускулите на уретрата.

За да разберем защо някои жени биват инконтинентни, трябва да знаем, че за задържане на урината съвместно значение имат следните органи: пикочен мехур и уретра, мускулатурата на тазовото дъно, урогениталният лигамент и вагината. Множество естроген-рецептори са разпръснати по тези места. Ето защо с напредване на възрастта (атрофия на вагината, уретрити) инконтиненциите зачестяват. Атрофичната лигавица на уретрата води до влошаване на уретралния сфинктер. Състоянието се оприличава като „лош уплътнител на кран“. Промениите, които настъпват с напредване на възрастта, се лекуват с добър резултат с естрогени. За да се запази континенцията (задържането на урина), трябва да има добра еластичност на предната влагалищна стена, върху която лежи уретрата; добра координация на мускулите на тазовото дъно, на вагиналната стена; както и добро прикрепяне на уретрата за уретропубисния и уетро-вагинални лигамент. Не на последно място са и генетичните причини: проблемът съществува при жени от няколко поколения с родствена връзка; както и повреди и разкъсвания при многобройни раждания и увреждане на пудендалните нерви, което води до мускулна атрофия.

За да можем правилно да лекуваме тези проблеми, трябва внимателно

да диагностицираме, да снемем старателна анамнеза, статус и задълбочено изследване. Пациентите дълго са мълчали, тайно са страдали в продължение на години, „никой не трябва да разбере, че се напикавам, че може би мириша на урина“. От общата анамнеза въпросите, които задаваме, включват възраст, професия, наследственост, преминали операции с облъчване на органите на малкия таз; предишни и сегашни заболявания (възпаление на пикочните пътища, захарна болест, мозъчен инсулт, демениция, Паркинсон); приемани медикаменти – диуретици, лекарства, повлияващи вегетативната нервна система, психофармака, запек.

От гинекологичната анамнеза: раждания и брой бременности, гинекологични операции, възпаление на пикочните пътища, операции в областта на пикочните пътища. След снемане на анамнеза се преминава към изясняване на статуса: непременно се извършва основен гинекологичен преглед, рН ниво на влагалищен секрет (има значение за установяване нивото на лактобацили, които намаляват или изчезват при недостиг на естрогени), провокационен тест с кашлица, Вонпелу-тест (изтичането на урина се предотвратява като се притисне уретрата леко с два пръста), лабораторни проби, кръвна захар (да се изключи захарен диабет), седимент (да се изключат възпаления на пикочните пътища), креатинин и остатъчна урина.

Преди да се премине към лечението, пациентът попълва анкетен лист на уринирането, който дава информация за:

- Броя на уриниранията за 24 часа.
- Разпределяне на урината в едногононощие.

- Количество на урина при всяко изхождане.
- Количество урина за 24 часа.
- Количество приети течности за 24 часа.

Капацитетът на пикочния мехур нормално е около 400 ml. С уриниране 4-7 пъти през деня и еднократно уриниране през нощта при възрастни, количеството отделена урина за 24 часа е между 1.2 и 2 литра. Ако приетите през деня течности надминават нормалната доза от около 2 литра, това може да предизвика инконтиненция.

Инконтиненцията изисква създаването на добър контакт между лекуващия лекар и другия медицински персонал, който трябва да има достатъчно знания по належащите въпроси.

Лечението трябва да бъде насочено в няколко направления:

- Промени в начина на живот
- Улеснение посещението до тоалетната: приемайте нормално количество течности. Приемът на кофеин и алкохол, както и някои болкоуспокояващи лекарства имат диуретичен ефект. Кофеинът стимулира директно пикочния мехур и засилва симптомите на СПМ.
- Контрол над пикочния мехур
- Ходете до тоалетната само когато имате нужда, а не просто „за всеки случай“. Ако ходите до тоалетната твърде често, пикочният мехур свиква да задържа по-малко урина и става свръхчувствителен, когато е по-малко напълнен. С течението на времето мускулът на пикочния мехур трябва да постигне по-добър контрол и да изминава повече време

от настъпване на желание за уриниране до ходенето до тоалетна. Идеята е да се удължи времето до ходенето и така оптимално да се изпълва пикочният мехур. Това може да отнеме много седмици, но целта е да се отдели урина само 5-6 пъти за 24 часа, приблизително по веднъж на всеки 3-4 часа, както и количеството еднократна порция урина да бъде около 250-350 ml.

- При недостатъчно подобрение от приложения режим може да преминем към лекарствена терапия.

При жените със стрес-инконтиненция, без налични анатомични причини, може да се лекува с локален естриол. Това са различни овули и вагинални кремове за лечение само на уrogenитални смущения. Редуцираното ниво на естрогени в менопаузалната възраст причинява изтъняване на лигавиците, влажността намалява, лактобацилите практически изчезват от вагината, киселинността (рН) се увеличава от 4.0 до 7.0, което води до нарастване на концентрацията на грам-негативни бактерии във влагалището. Това причинява редица уrogenитални смущения, уретрити, възпаления на пикочните пътища и инконтиненция. Приемът на естрогенови препарати локално допринася за позитивните промени в състоянието на лигавицата на вагината и на уретрата. При стрес-инконтиненцията медикаментозната терапия трябва да бъде насочена към нормализиране функцията на мехурната шийка и уретрата.

За лечение на Urge-инконтиненцията (незадържане на урина по неотложност) се използват медикаменти, намаляващи тонуса на мехурния мускул. С успех се използват калциевите антагонисти и класическите

антихолинергични медикаменти. Средство на избор в лечението е именно употребата на антихолинергични медикаменти, базирано на това, че контракцията на пикочния мехур се осъществява чрез холинергични клонове на ВНС (вегетативна нервна система). Когато се прилагат, е необходимо да се подходи адекватно към нежеланите реакции поради блокадата на мускариновите рецептори. Използването на медикамент от нова генерация високоселективен антиму斯卡ринов препарат, съчетано с трениране на пикочен мехур в рамките до три месеца, осигурява успешно лечение в случаите на СПМ. Как се случва това? Пикочният мехур се пълни, детрузорният мускул се отпуска, сфинктерът на уретрата е затворен, мускулите на малкия таз са стегнати. Когато пикочният мехур е напълнен наполовина, позивите за уриниране започват. При активизиране на детрузорните мускули, позивите са силни, чести, което води до неприятно усещане. В тези случаи медикаментът намалява това усещане, намалява позива за уриниране преди да е започнал неконтролно. Пациентът съзнателно достига до мястото, където може да освободи пикочния си мехур. Мускулите на малкия таз се отпускат, детрузорните мускули се свиват, сфинктерът на уретрата се отпуска и пикочният мехур се изпразва напълно.

Друг метод, повлияващ незадържането на урината, е поставянето на пясари. Те се слагат във влагалището и имат за задача да засилят влиянието на тазовото дъно и да подкрепят уретрата и ректума (правото черво). Те са полезни, когато има медицинска или лична причина за отказ от оперативно лечение.

Упражнения за стягане на тазовото дъно

Това е добър метод за лечение на стрес-инконтиненцията. При постоянно трениране, еластичността и консистенцията на мускулите се възстановява. По такъв начин много от жените могат да избегнат оперативна намеса.

При малък и средно изразен проблем, когато урината изтича само при кихане и кашлица, тренировките трябва да продължат най-малко 4-6 месеца, около 10 пъти на ден. Много публикации доказват, че като резултат от тренировка на мускулите на малкия таз се постигат до 60-70% подобрение.

При упражненията за стягане на тазовото дъно с цел лечение на инконтиненция е важно да се упражняват правилните мускули, необходимо е време, усилие и практика за точно изпълнение на упражненията. Мускулите обхващат долната страна на пикочния мехур и правото черво, като ефектът ще се усети след няколко седмици. Подробна информация за вида упражнения е предоставена в социалните мрежи.

- Трениране на вагината: различни топки с определено тегло, поставени във влагалището помагат на пациентките да тренират определени мускули.
- Физикална терапия

Напоследък набират сила нови методи като електростимулация, магнитна стимулация, лазерстимулация, радиочестотна терапия.

Принципът на действие на тези апарати е да стимулират укрепването, тонизирането и оформянето на мускулатурата. Технологията използва енергията на магнитния импулс, за

да стимулира мускулна контракция. Магнитните импулси безвредно проникват в мускулните слоеве, като причиняват хиляди мощни мускулни контракции, които са изключително важни за подобряване тонуса и силата на мускулите.

При неинвазивното лазерно лечение чрез стимулиране на регенеративните процеси на тялото се постига подобряване на кръвоснабдяването на влагалищната стена и засилена продукция на колаген. Тези тъканни промени водят до подобрение на еластичността на влагалищните тъкани и нормализират киселинността на влагалището.

Чрез радиочестотна терапия се загряват тъканите до не повече от 40°C, повишава се кръвоснабдяването и се засилват метаболитните процеси в третираната зона. Всички изброени процедури са безболезнени, ефективни и безопасни. Терапията продължава до постигане на дълготраен резултат и повлияване на симптомите.

Biofeedback терапията е процес, при който пациентките научават различни психични похвати и ги използват в процеса на лечение. Това е терапевтичен метод с цел повишаване ефективността на тренировките, чрез които пациентките повишават чувствителността си към тазовата мускулатура и степента на контракции на мехура.

Приложение на помощни средства при незадържане на урина

В България има голям избор на мощни средства за инконтиненция (като памперси), което осигурява възможност за добър живот, когато инконтиненцията не може да

бъде овладяна медикаментозно или оперативно.

Всичко описано дотук може и не е трудно да бъде извършено в доболничния кабинет на акушер-гинеколога. При някои жени, при които в продължение на няколко месеца няма подобрение, трябва да бъдат консултирани със съответните специалисти: уролози, невролози, психолози и други. Към специалист уролог се изпращат пациенти със стрес-инконтиненция, при които същевременно са налице смущения във функцията на пикочния мехур и уретрата. Най-компетентни в анатомията, патофизиологията, неврологията и уродинамиката на пикочния мехур и уретрата са уролозите. За прецизиране на проблема се правят високоспециализирани изследвания: уретроцистоскопия, цистометрия, уродинамични изследвания, изследване с ултразвук на пикочен мехур. След направения анализ специалистите извършват реконструктивна хирургия.

Хирургично лечение

Някои жени с анатомични промени, които не могат да се повлияят от консервативно лечение, се третират чрез операция. Обикновено се изчаква няколко месеца след безрезултатни консервативни методи. Целта на оперативното лечение е да се преодолее слабостта на тазовото дъно и да се засили затварящата сила на мехурната шийка и уретрата, да се коригира отпускането на уретрата и пикочния мехур. Може да се оперира ретропубично и трансвагинално. Броят на съществуващите оперативни техники е голям. Като правило може да се каже, че колкото по-малко се прилага изкуствен материал, толкова по-добре. Хирур-

гичното лечение е най-инвазивната от всички възможности за лечение, но възможностите за преодоляване на обструкциите на долните пикочни пътища го правят най-ефективен избор за подобрене на нарушенията в уринирането.

Инконтиненцията е страдание, което ще приема все по-значими измерения във връзка с нарастващата продължителност на живот. Според статистически данни, в края на миналото хилядолетие в Швеция жените на възраст между 85 и 89 години са се увеличили с 25%, а с това е нараснал и броят на жените с инконтиненция. Днес вече е възможно да се победят заболявания, чиито последици имаха фатален край. Само за половин столетие очакваната преживяемост на населението се удвои. За съжаление, това е за сметка на нарастване на общата заболеваемост. В това число и проблемът с незадържането на урина.

Днес основната цел на лекари и медицински персонал е да се опитат да върнат на страдащите от инконтиненция необходимото качество на живот, да ги направят независими от чужда помощ и грижа и да им дадат възможност да живеят собствен и спокоен живот. Проблемът с незадържането на урина трябва да се „извади на светло“ и да събуди интересът на лекари, фармацевти, физиотерапевти и на цялото общество. Пациентите трябва да бъдат мотивирани да се доверят на лекарите. Рехабилитацията на тези пациенти и грижата за тях представлява социално-политическа задача. Достигането до старост е биологичен феномен, но и провокация към медицината на 21^{-ви} век. ■