

СТРЕС-УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЯ

Нови лечебни подходи

УРИНАРНАТА ИНКОНТИНЕНЦИЯ Е ЗАГУБА НА КОНТРОЛ ВЪРХУ ПИКОЧНИЯ МЕХУР и неконтролируемо изтичане на урина. Инконтиненцията на урина засяга два пъти по-често женския пол в сравнение с мъжете поради присъщи само за жената състояния като бременност, раждане и менопауза. Уринарната инконтиненция се среща при жени във всяка възраст, като честотата нараства с увеличаване на възрастта. Това се дължи на хормоналните промени по време на менопаузата. Повече от 4 на 10 жени на и над 65-годишна възраст имат уринарна инконтиненция. Съществуват различни методи на лечение – лечебна физкултура, вагинални песари, хирургични методи (поставяне на слинг и колпосуспензия). Най-новите методи за лечение на СУИ са CO₂-лазерната система и Erbium: YAG-лазерите.

ВАГИНАЛНОТО ЛЕЧЕНИЕ С ERBIUM: YAG-лазерът осигурява минимално инвазивна опция за пациенти с лека до умерена СУИ, които не желаят да се подлагат на инвазивна процедура или имат противопоказания за операция. Използването на Erbium: YAG-лазера е проста процедура, която не изисква обширно хирургично обучение, няма кръвене, не се изисква анестезия или хоспитализация.

От направения обзор се установява, че лазерното лечение при СУИ е безопасно и без докладвани сериозни странични ефекти. Лечение на стрес-уринарна инконтиненция с CO₂-лазер и Erbium: YAG-лазерната терапия е бърза, неинвазивна, добре поносима процедура, която успешно подобрява симптомите, свързани с инконтиненцията. В бъдеще лазерната терапия има потенциала да сведе до минимум честотата на хирургическата интервенция при пациенти със СУИ.



доц. г-р Елис
Исмаил, гмн

Ръководител катедра
„Здравни грижи“,
Филиал-Шумен,
МУ-Варна

Отделени по
гинекология,
СБАГАЛ-Варна

Ключови думи:

стрес-уринарна
инконтиненция;
лазерна терапия

Уринарната инконтиненция е широко разпространен проблем на общественото здраве, който засяга 200 милиона души^[1]. Според последните данни уринарната инконтиненция засяга повече жени, отколкото мъже^[2]. Най-често срещаният тип уринарна инконтиненция при жените е стрес-уринарната инконтиненция (СУИ/SUI), която засяга до 35% от възрастните жени и повече от 50% от жените в постменопауза^[3]. Изтичането на урина по време на физическа активност, която повишава коремното налягане, като кашляне, кихане, смях или упражнения, е известно като SUI^[1]. Увреждането на

структурите на тазовото дъно, причинено от вагинално раждане, както и промените в колагеновия състав на ендопелвичната фасция поради стареене или намаляване на естрогена в менопаузата, могат да доведат до недостатъчна опора на уретрата и другите тазови органи^[4,5]. Стрес-уринарната инконтиненция има отрицателно въздействие върху много аспекти от живота, като значително намалява ежедневно функциониране, свързано с работа, физическа активност или интимни отношения при жените.

Уринарната инконтиненция е загуба

на контрол върху пикочния мехур и неконтролируемо изтичане на урина. Тя може да възникне и ако има увреждане на нерви, които контролират мускулите на пикочния мехур и уретрата. Инконтиненцията на урина засяга два пъти по-често женския пол в сравнение с мъжете поради присъщи само за жената състояния като бременност, раждане и менопауза. Уринарната инконтиненция се среща при жени във всяка възраст, като честотата нараства с увеличаване на възрастта. Това се дължи на хормоналните промени по време на менопаузата. Повече от 4 на 10 жени на и над 65-годишна възраст

имат уринарна инконтиненция^[6].

Често по време на бременност, раждане и менопауза мускулите на тазовото дъно, които поддържат пикочния мехур, уретрата, матката и червата, отслабват и се увреждат.

Освен това уретрата при жените е по-къса отколкото при мъжете. Всяка слабост или увреждане на уретрата при жената е по-вероятно да причини незадържане на урина^[7].

ВИДОВЕ ИНКОНТИНЕНЦИЯ

Двата най-често срещани вида уринарна инконтиненция при жените са:

1. Стрес-уринарна инконтиненция. Това е и най-често срещаният тип инконтиненция, който засяга по-млади жени.

Изпускането на урина се случва, когато има стрес или натиск върху пикочния мехур. При стрес инконтиненция ежедневните действия като кашляне, кихане или смях могат да причинят изтичане на урина. Внезапните движения и физическата активност също могат да причинят изтичане на урина.

2. Императивна инконтиненция. При този тип инконтиненция изтичането на урина обикновено се случва след силно, внезапно желание за уриниране и непосредствено преди стигане до тоалетната. Императивната инконтиненция понякога се изразява като „свръхактивен пикочен мехур“, чести позиви за уриниране. Императивната инконтиненция е по-често срещана при по-възрастните жени. Може да се случи, когато не очаквате, например по време на сън, след пиене на вода или когато чуете или докоснете течеща вода. Много жени с уринарна инконтиненция имат както стресова, така и императивна инконтиненция. Това се нарича „смесена“ инконтиненция^[8,9].

ПРИЧИНИ ЗА УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЯ

Уринарната инконтиненция обикновено се причинява от проблеми с мускулите и нервите, които помагат на пикочния мехур да задържа или отделя урината. Най-честите причини при жените, водещи до проблеми с тези мускули и нерви, са: бременност, раждане и менопауза.

Други фактори, влошаващи степенята на уринарна инконтиненция, са:

Наднормено тегло. Наднорменото тегло оказва натиск върху пикочния мехур, което може да отслаби мускулите с течение на времето.

Запек. Проблеми с контрола на пикочния мехур могат да възникнат при хора с дългосрочен (хроничен) запек.

Увреждане на нерви. Увредените нерви могат да изпращат сигнали към пикочния мехур в неподходящ момент или изобщо да не изпращат сигнали. Раждането и здравословни проблеми като диабет и множествена склероза могат да причинят увреждане на нервите в пикочния мехур, уретрата или мускулите на тазовото дъно.

Хирургична намеса. Всяка операция, която засяга репродуктивните органи на жената, като хистеректомия, може да увреди поддържащите мускули на тазовото дъно, особено ако матката е отстранена.

Понякога уринарната инконтиненция е временно явление и се случва поради други причини, включително:

Прием на лекарства. Уринарната инконтиненция може да бъде страничен ефект от лекарства като диуретици („отводняващи хапчета“, използвани за лечение на сърдечна недостатъчност, цироза на черния дроб, хипертония и някои бъбречни

заболявания). Инконтиненцията често изчезва, когато се спре приемът на лекарството.

Кофеин. Напитките с кофеин могат да накарат пикочния мехур да се напълни бързо, което може да доведе до изтичане на урина. Проучванията показват, че жените, които пият повече от две чаши напитки с кофеин на ден, може да са по-склонни да имат проблеми с инконтиненция. Ограничаването на кофеина може да помогне при инконтиненция, тъй като има по-малко напрежение върху пикочния мехур.

Инфекция. Инфекциите на пикочните пътища и пикочния мехур могат да причинят инконтиненция за кратко време. Контролът върху пикочния мехур често се връща, когато инфекцията изчезне^[10,11].

Важен момент в лечението е поставяне на точна диагноза. След поставяне на диагнозата, специалистът предлага различни методи на лечение, за да се подпомогне симптомите на уринарна инконтиненция.

Тези методи включват:

Правене на упражнения на Кегел. Упражненията на Кегел помагат за укрепване на мускулите на тазовото дъно.

Трениране на пикочния мехур. Можете да помогнете за контролиране на свръхактивния пикочен мехур или инконтиненцията като ходите до тоалетната в определени часове. Започнете като проследявате колко често ходите до тоалетната всеки ден (водене на дневник на пикочния мехур). След това бавно добавете около 15 минути между посещенията.

Уринирайте всеки път, дори и да не изпитвате желание да отидете. Чрез постепенно увеличаване на времето между посещенията,

Вашият пикочен мехур се научава да задържа повече урина преди да сигнализира за необходимостта да отидете отново.

Отслабване (редукция на телесно тегло). Допълнителното тегло оказва по-голям натиск върху пикочния мехур и мускулите, което води до проблеми с контрола на пикочния мехур. Ако имате наднормено тегло, е нужно да се насочите към диетолог или физиотерапевт, за да създадете план за здравословно хранене и упражнения.

Промяна на хранителните навици. Напитки с кофеин, газирани напитки или алкохол могат да влошат изпускането урина.

Тютюнопушене. Пушенето може да влоши много здравословни проблеми, включително уринарната инконтиненция.

Лечение на запек. Смяна на хранителния режим.

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА СУИ

Ако стъпките, които можете да предприемете у дома не работят за подобряване на стрес инконтиненция, трябва да се обсъдят други възможности:

Прилагане на медикаменти. След менопаузата прилагането на вагинални кремове, пръстени или лепенки с естроген (наречен локален естроген) може да помогне за укрепване на мускулите и тъканите в уретрата и влагалищните стени.

Вагинален песар (вагинален пръстен). Песарът е за многократна употреба с форма на пръстен, изработен от пластмаса или силикон и се поставяте във влагалището. Песарите са с различни размери, което се преценява след преглед от специалист акушер-гинеколог.

Хирургично лечение. Не се препоръчва оперативна интервенция за уринарна инконтиненция, ако репродуктивните планове не са завършени. Бременността и раждането могат да доведат до повторна поява на инконтиненция. Двама най-често срещани вида операции за уринарна инконтиненция са:

- **Слинггови процедури.** Слингът е или тясно парче синтетична (изкуствена) мрежа, или парче тъкан от собственото ви тяло, което се поставя под уретрата. Слингът действа като хамак, за да поддържа уретрата и пикочния мехур. Сериозните усложнения от slingовата процедура включват болка на мястото на хирургичната интервенция, инфекция, болка по време на полов контакт и по-рядко увреждане на близки органи (стената на пикочния мехур). FDA съобщава, че при 1 от всички 50 пациентки, поставената синтетична мрежа се премества и може да се вдаде през влагалищната стена, причинявайки болка.
- **Колпосуспензия.** Тази операция също помага за задържането на пикочния мехур чрез шевове от двете страни на уретрата. Известна като процедура на Burch^[12,13].

Безспорно стрес-уринарната инконтиненция засяга голям процент от жените и нарушава качеството им на живот. Този факт е причина за непрекъснато търсене на нови по-ефективни методи за лечение на проблема.

НОВИ МЕТОДИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СУИ

Най-новите методи за лечение на СУИ са CO₂-лазерната система и Erbium:YAG-лазерите. Ефикасността на лазерната терапия при лечение на СУИ бе оценена чрез включване само на

рандомизирани клинични изпитвания.

След преглед на заглавията, резюмета и пълните текстове, бяха включени четири проучвания с общо 431 пациенти със СУИ. Две от проучванията са проведени в Бразилия, едно в Словения и едно в Израел. Три от проучванията използват CO₂-лазери (SmartXide2 V2LR; Monalisa Touch)^[7,8,15], а едно използва ербиум:YAG-лазер (Fotona Smooth™ XS; Fotona)^[6]. Степента на СУИ е оценена преди лазерната терапия и след последната сесия с лазерна терапия чрез въпросник за инконтиненция (ICIQ-UI SF), сексуален въпросник за пролапс на тазови органи и въпросник за свръхактивен пикочен мехур, опис на уринарния дистрес-6 (UDI-6), скала на Likert (оценяваща субективното подобрене на инконтиненцията), стрес тестове, дневник за уриниране и тест с подложка. Периодът на проследяване се определя като времето между последната лазерна терапия и оценка на резултатите, което варира от 14 седмици до 12 месеца^[14-17].

Резултатите от четирите проучвания разкриват краткосрочно подобрене на СУИ след терапията с Erbium:YAG-лазер и CO₂-лазер. Въпреки това стойностите на 6-12 месеца след лечението са подобни на тези в началото. Има значително намаление на общия ICIQ-UI SF резултат след терапия с Erbium:YAG-лазер и CO₂-лазер^[14-17]. Отчита се значително намаляване на никтурията. Статистически значими подобрения са демонстрирани в проучванията в сравнение с контролната група на 3^{тия} месец след лечението. Субективно подобрене и обективно излекуване на СУИ са установени съответно при 72.6% след лазерна терапия, значително по-високо от 30.0% в контролната група (използваща само лубрикант). Установено е значително намаляване на броя на епизодите на уринарна инконтинен-

ция според дневниците за уриниране ($P=0.029$) и теглото на подложката ($P=0.021$). Въпросниците I-QoL и ICIQ-SF потвърждават подобрението в качеството на живот след лазерната терапия^[17].

Жените, страдащи от СУИ, имат четири възможности за лечение: лечебна физкултура, вагинални пръстени, електрическа стимулация и хирургично лечение. Целта е да се укрепят и функционират мускулите, които поддържат пикочния мехур, уретрата и съседните тазови органи, за да се възстанови тазовото дъно^[18]. Физическите упражнения за тазовите мускули (Кегелс) са прости, самонасочени и нямат странични ефекти. Въпреки това, поради ниската им ефикасност, те често се използват заедно с други възможности за лечение^[19]. За лечение на проблеми с опората на пикочния мехур и таза обикновено се използват вагинални песари. Матката, пикочният мехур, уретрата и ректумът се поддържат от тези устройства, които се поставят във влагалището. Вагиналните песари са лесни за използване и ефективни в случаи на лека стрес-уринарна инконтиненция. Електрическата стимулация на тазовото дъно, като лазери и радиочестотни вълни, използва слаб електрически ток, за да стимулира слабите или неактивни тазови мускули да се свиват. Има няколко доказателства относно неговата ефикасност^[20]. Хирургията е друга възможност за лечение на СУИ, но относителната ефективност и рентабилност на оперативния метод все още се обсъждат в медицинската общност^[21]. Решението за използване на определен метод на лечение, трябва да се вземе въз основа на индивидуален подход към пациента.

Вагиналната лазерна терапия е нова възможност за лечение на СУИ. Пациентите със стрес-уринарна

инконтиненция вече имат алтернативна възможност за лечение, различна от операция под формата на лазерна терапия. Те могат да бъдат лекувани с лазерни процедури, които използват водопоглъщащи дължини на вълните. Лазерното лечение се очертава като нова модалност за бързо, добре поносимо и минимално инвазивно лечение, за подмладяване на фотостарееща кожа чрез аблация на абнормни тъкани, последвана от регенерация и ремоделиране на колагена и чрез индуцирано от топлина свиване на колагена^[17,22]. Топлинните ефекти на лазерната терапия могат да насърчат ремоделирането и производството на нови колагенови влакна, да стимулират образуването на еластин и да модулират активирането на металопротеиназата на молекулярно ниво, всички от които са важни за подновяването на поддържащите структури на тазовото дъно^[23].

Освен това Erbium:YAG-лазера (Fotona Smooth™ XS) стимулира неаблативни фототермични ефекти чрез пренос на топлина към вагиналните стени^[14]. При атрофична кожа и лигавици топлината предизвиква реакция в тъканта, която води до ремоделирането ѝ чрез производство на нов колаген и еластични влакна. Възстановяването на вагиналния мускулен тонус се постига чрез стягане на поддържащите структури на вулвовагиналния комплекс^[24,25]. Вагиналното лечение с Erbium:YAG-лазера осигурява минимално инвазивна опция за пациенти с лека до умерена СУИ, които не желаят да се подлагат на инвазивна процедура или имат противопоказания за операция. Използването на Erbium:YAG-лазера е проста процедура, която не изисква обширно хирургично обучение, няма кръвене, не се изисква анестезия или хоспитализация^[26]. Препоръчва се пациентите да се въздържат от сексуална активност в продължение

на три дни след вагинално лечение с Ербиум:YAG-лазер^[27].

Има различни доклади относно броя на сесиите, необходими за облекчаване на симптомите на СУИ. Симптомите на стрес-уринарна инконтиненция са намалели в някои проучвания само с еднократно приложение на лазерна терапия^[17,23].

Други проучвания установяват, че лечението с две сесии е по-ефективно^[24]. Общо заключение на проучванията е, че терапевтичните ефекти след три процедури на лазерно лечение с едномесечни интервали продължават около 12 месеца. Ефектът изчезва, но може да се поддържа и удължава чрез „поддържащи сесии“, извършвани веднъж на всеки шест месеца^[28].

ЗАКЛЮЧЕНИЯ

От направения обзор се установява, че лазерното лечение при СУИ е безопасно и без докладвани сериозни странични ефекти^[20,27,29,30]. Някои незначителни незабавни неблагоприятни ефекти включват усещане за парене, което продължава до 2 минути, локална чувствителност, която продължава до 2 дни, и спазми в долната част на корема са докладвани от жените след CO₂-лазерна терапия^[15].

Лечение на стрес-уринарна инконтиненция с CO₂-лазер и Erbium:YAG-лазерната терапия е бърза, неинвазивна, добре поносима процедура, която успешно подобрява симптомите, свързани с инконтиненцията. В бъдеще лазерната терапия има потенциала да сведе до минимум честотата на хирургическата интервенция при пациенти със СУИ. ■

Книгопис:

Книгописът е на разположение в редакцията.