

УДК 618.1-007.43-06:616.62-008.222]-08

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ЖАЛОБАХ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

*И.Н. ЯГОВДИК, к.м.н. ; Р.В. КУЗНЕЦОВ*

Кафедра акушерства и гинекологии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

*Представлен алгоритм диагностического поиска при жалобах на недержание мочи у женщин, приведена оптимальная врачебная тактика по диагностике различных форм недержания мочи у женщин для выбора патогенетического лечения.*

**Ключевые слова:** недержание мочи, пролапс гениталий, диагностический алгоритм.

*The algorithm of diagnostic search in females with complaints of urinary incontinence is shown. The optimal medical tactics for diagnosis of different forms of urinary incontinence in females for the choice of pathogenic treatment is given.*

**Key words:** urinary incontinence, prolapse of genitals, diagnostic algorithm.

Сегодня в рамках доказательной медицины предпринята попытка унифицировать и алгоритмизировать действия врача, тем самым существенно сэкономить время, материальные ресурсы, одновременно повысив точность диагностики и эффективность лечебных мероприятий [8].

К сожалению, в океане книг, посвященных вопросам женских болезней, очень трудно отыскать руководства, которые бы, оставляя в стороне рассмотрение фундаментальных вопросов этиологии и патогенеза отдельных нозологических форм, могли бы подсказать оптимальные пути диагностического поиска при наличии у больной какого-либо конкретного симптома.

В реальной клинической практике врач далеко не всегда сталкивается с ситуацией, когда к нему обращается больная с ранее установленным диагнозом и от него требуется лишь выбрать наиболее рациональный метод лечения применительно к конкретной нозологической форме или откорректировать ранее начатую терапию. Гораздо чаще приходится иметь дело с банальным набором симптомов и признаков, часть из которых неспецифичны, агgravированы больной или вообще не имеют прямого отношения к основному заболеванию. Способность разобраться в подобных ситуациях и принять стратегически правильное решение и есть искусство врача [1, 3, 4, 8].

Сегодня, как и тысячелетия назад, врачебная практика – это прежде всего диагностика:

- с нее начинается работа клинициста,
- именно она определяет стратегию лечения,
- позволяет сформулировать общий и индивидуальный прогноз того или иного заболевания, выбрать реальные способы его профилактики.

Фактической основой диагностики были и остаются симптомы – признаки, выявляемые врачом при обследовании больного и используемые им для установки диагноза и определения прогноза течения заболевания.

Клинические проявления любого патологического процесса и их вербальное воспроизведение, т.е. жалобы больного, обычно составляют группу симптомов, которая в последующем пополняется результатами физикального обследования и лабораторно-инструментальных исследований.

Наиболее велико диагностическое значение так называемых патогномоничных симптомов, т.е. тех субъективных или объективных проявлений болезни, которые характерны для одной нозологической формы и не наблюдаются при других заболеваниях. Так, выпадение стенок влагалища и матки за пределы вульварного кольца является патогномоничным симптомом несостоятельности мышц тазового дна и пролапса тазовых органов, поэтому при выявлении этого симптома данный предполагаемый диагноз (а при случайной находке и не предполагаемый) становится окончательным. В гинекологической практике число таких симптомов крайне ограничено, причем, абсолютное большинство из них выявляют не в процессе опроса или физикального обследования больной, а на основании результатов лабораторных, патоморфологического или инструментальных исследований. Поэтому на всех этапах диагностического поиска клиницисты чаще ориентируются не на один, пусть даже надежный, диагностический признак, а на совокупность специфических и неспецифических симптомов, образующих объемный симптомокомплекс, определяющий целостную, типичную картину болезни [1, 3, 4].

Особое клиническое значение имеет выделение синдромов – устойчивой совокупности ряда симптомов, объединенных единым патогенезом.

Выделение синдрома далеко не всегда позволяет точно верифицировать заболевание (т.е. самостоятельную нозологическую единицу), однако, благодаря установлению локализации патологического процесса значительно сужается круг возможных вариантов и часто становится ясно, какие спе-

циальные лабораторные и инструментальные методы исследования следует использовать для решения конкретной диагностической задачи. Диагностика заболевания, которое не укладывается ни в один известный синдром, более сложна, так как требует детального рассмотрения, т. е. дифференциации большого числа вероятных патологических процессов.

В основе дифференциальной диагностики всегда лежит последовательное, целенаправленное, алгоритмизированное исключение тех болезней, которые имеют идентичные клинические проявления или, наоборот, существенно различаются между собой по основным симптомам [1, 3, 8].

В практической гинекологии своеобразным столпом, на который впоследствии опирается любая диагностическая гипотеза, является взаимосвязь возраста женщины (биологического и гинекологического) с основными клиническими проявлениями заболевания.

Идентификация симптома или симптомокомплекса отнюдь не означает, что понята его патогенетическая сущность, а, следовательно, не позволяет выделить доминирующий признак, который в конечном счете и определяет стратегию обследования и тактику лечения больной. Описывая субъективные проявления болезни, хронологию их развития и специфику взаимодействия, больные невольно (или сознательно) пытаются ранжировать их, т. е. выделить наиболее существенные и привлечь внимание врача именно к ним. На практике все может быть иначе: симптом, более всего беспокоящий больную, оказывается малозначительным и, наоборот, ничем не примечательная жалоба содержит ценнейшую информацию, способную полностью модифицировать первоначальную диагностическую концепцию [3, 4, 8].

При детализации анамнеза от врача требуются не только умение, терпение и опыт, но и особое профессиональное внимание, позволяющее оценить эмоциональное состояние больной, уровень интеллекта, манеру держаться, наконец, интуитивно почувствовать, насколько правдив и полон ее рассказ, т. е. понять, какие цели она преследует, обращаясь за помощью именно к вам и именно сейчас. Практический опыт показывает, что эти, на первый взгляд, малозначимые нюансы во многом предопределяют направленность и конечный результат диагностического поиска.

Результаты первого этапа диагностического поиска, а именно, беседы с больной, иными словами, ее «интервьюирования», позволяют на основании знаний и опыта врача, способности к индуктивному и дедуктивному мышлению и не без помощи интуиции сформулировать предварительную диагностическую гипотезу (донозологический, или априорный, диагноз), которая может быть подтверждена, опровергнута или модифицирована на последующих этапах поиска, т. е. после получения ре-

зультатов физикального, лабораторного и инструментального исследований [5].

Выявление объективных симптомов – достоверное доказательство существования болезни, причем, их значение существенно возрастает, если они подтверждают функциональные или анатомические изменения, наличие которых гипотетически предполагалось на основании данных анамнеза. В практической гинекологии нередки ситуации, когда именно физикальные признаки служат единственным свидетельством наличия патологического процесса, особенно, если данные анамнеза противоречивы, запутаны или отсутствуют вовсе. Все это справедливо лишь при условии, что физикальное обследование выполняется методично и тщательно, несмотря на соблазн ограничиться изучением пораженного органа.

Это не менее справедливо и в отношении дополнительных методов исследования, которые не только по названию, но и по сути являются таковыми, поскольку чаще всего (если речь не идет о скрининге) дополняют, уточняют и развивают идеи врача, позволяя одновременно приблизиться к пониманию этиологии и патогенеза конкретного симптома.

Нужно иметь в виду, что любые, даже самые совершенные методы лабораторной и инструментальной диагностики, несмотря на их кажущиеся объективность и надежность, не лишены недостатков, связанных как со спецификой самого метода, так и с умением врача грамотно выполнять исследование и интерпретировать полученные данные. Тем не менее, очень часто только с помощью этих высокоинформативных технологий удается обнаружить специфические и патогномичные симптомы, что определяет успех диагностического поиска в целом. Важно найти «золотую середину» между желанием сделать как можно больше исследований и целесообразностью такого подхода с медицинской, экономической и даже деонтологической точек зрения. Суть проблемы не в количестве исследований: это определяется сложностью конкретной клинической ситуации, техническими возможностями лечебного учреждения, современным уровнем знаний об этиологии и патогенезе изучаемого патологического процесса. Порочность и бесполезность многочисленных, нередко технически сложных и опасных для больных исследований кроется, в первую очередь, в бессистемности и необдуманности их назначения, переоценке одних (чаще инструментальных) и недооценке других (чаще клинических) методов, а также в неопытности врача, отсутствии у него необходимых профессиональных навыков и хотя бы элементарного умения «... выделить из массы противоречивых физикальных признаков и из громоздящихся компьютерных распечаток лабораторных данных только те, которые имеют принципиальное значение для того, чтобы решить, следует ли «лечить»

или лучше «наблюдать» неясного больного» [3].

При установлении клинического диагноза, безусловно, необходимо использовать элементы логики, анализа и синтеза, и чем труднее клиническая задача, тем важнее логический подход к ней, базирующийся на тщательном фиксировании врачом каждой задачи, вытекающей из жалоб больной, нюансов анамнеза, результатов физикального, лабораторного и инструментального исследований [1, 3, 4].

Только так, последовательно, из множества, на первый взгляд, разрозненных симптомов, более конкретных и целостных синдромов, можно создать «образ» болезни, а затем, сопоставив его с известным «эталоном», сформулировать окончательный диагноз, т.е. пройти весь путь от начала до конца, иногда на ощупь, нередко с оглядкой и остановками, подчас выбирая новую дорогу, но всегда последовательно вперед от одного-единственного симптома, через хитросплетение больших и малых синдромов к сложному и очень часто многокомпонентному диагнозу [8].

Расстройства мочеиспускания у женщин – сложная, многофакторная, комплексная и полинозологическая проблема. Они проявляются острой задержкой мочи или, напротив, ее недержанием. При этом, если острая задержка мочи является ургентной ситуацией, угрожающей жизни пациентки, то патологическая потеря мочи – социальным заболеванием, «тихой калечащей силой» [2, 11], значительно ухудшающей качество жизни.

Распространенность недержания мочи весьма велика и имеет некоторые особенности:

- встречается чаще у женщин;
- частота увеличивается с возрастом;
- оценить истинную распространенность довольно сложно, поскольку зачастую больные не обращаются за медицинской помощью вследствие интимности проблемы, или не представляют, помощь какого специалиста – уролога, нефролога, гинеколога, невропатолога, хирурга – им необходима.

По данным ISC (International Continence Society – Международное общество по удержанию мочи), 50-100 млн. человек в мире страдают нарушениями мочеиспускания. Это намного больше, чем больных сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка, двенадцатиперстной кишки и др. В Европе императивное мочеиспускание наблюдают у 16-19 % взрослого населения, а частота стрессового недержания мочи среди женского населения достигает 40-47 % [6, 9, 10].

При всей очевидности актуальности проблемы мочевого дисфункция до сих пор не входит в программы медицинских вузов. Возможно, причины этого кроются в том, что даже специалисты, непосредственно занимающиеся вопросами недержания мочи, пока не могут прийти к единому мнению относительно терминологических единиц, этиологии и патогенеза, подхода к диагностике и ме-

тодам лечения этих расстройств.

Учитывая сложность процессов удержания мочи и мочеиспускания, расстройства мочеиспускания часто не являются самостоятельным заболеванием, имеют множество причин и клинических форм.

В гинекологической практике наиболее часто встречаются стрессовое недержание мочи и гиперактивность мочевого пузыря.

Наличие жалоб на недержание мочи отнюдь не является однозначным основанием для диагноза стрессового недержания мочи. Поэтому, с одной стороны, нельзя оперировать женщин с недержанием мочи только на основании их жалоб, а с другой стороны, выявление недержания мочи в отсутствие жалоб не является основанием для отказа от этого диагноза. Для правильной постановки диагноза и выбора наиболее эффективного метода лечения основными задачами являются:

- 1) подтверждение факта недержания мочи без позывов к мочеиспусканию;
- 2) оценка состояния тазового дна и промежности, а также дистопии тазовых органов любыми доступными способами;
- 3) выявление связи недержания мочи с дистопией тазовых органов.

Диагноз гиперактивного мочевого пузыря допустимо ставить при следующих жалобах больной:

- учащение мочеиспускания более 8 раз в сутки;
- никтурия;
- не менее двух эпизодов ургентного недержания мочи в сутки.

Только на основании жалоб на недержание мочи невозможно поставить окончательный патогенетически обоснованный диагноз. Поэтому для дальнейшего детального выявления причин этого синдрома необходимо комплексное обследование, включающее консультации нескольких специалистов.

На первом этапе целесообразно провести урологическое обследование, включающее выявление заболеваний, сопровождающихся симптомами учащенного и ургентного мочеиспускания, но не имеющих отношения к гиперактивному мочевому пузырю. Это острые, подострые и хронические циститы, уретриты, туберкулез мочевого пузыря, опухоль мочевого пузыря, пиелонефрит и т. д. В объем исследования входят: сбор анамнеза, физикальное обследование, заполнение дневника мочеиспускания, исследование осадка мочи, посев мочи на стерильность, УЗИ почек и мочевого пузыря, определение количества остаточной мочи.

Следующим этапом является уродинамическое исследование (урофлуометрия, цистометрия с проведением тестов с холодной водой, лидокаином, профилометрия уретры) для выявления факта гиперактивности детрузора, что послужит поводом дифференцировать стрессовое и нестрессовое не-

**СХЕМА КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН  
С ЖАЛОБАМИ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ**

<b>ЖАЛОБЫ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ</b>			
<b>№</b>	<b>Цель этапов исследования</b>	<b>Объем исследований</b>	<b>Выявленные нарушения</b>
<b>I. Урологическое исследование</b>			
<b>1</b>	Исключить: острые, подострые и хронические циститы, уретриты, туберкулез мочевого пузыря, опухоли системы мочевого пузыря, пиелонефрит и т.д.	<i>Сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, заполнение дневника мочеиспускания, исследование осадка мочи, мочи на стерильность, количества остаточной мочи, УЗИ почек</i>	<b>Сопутствующие урологические заболевания</b>
<b>2</b>	Оценить наличие и степень гиперактивности детрузора	<i>Комплексное уродинамическое обследование (цистометрия, профилометрия, урофлуометрия)</i>	<b>Гиперактивный мочевой пузырь</b>
<b>II. Неврологическое исследование</b>			
<b>3</b>	Выявить возможные неврологические причины гиперактивности детрузора	<i>Методики, общепринятые в невропатологии</i>	<b>Неврологические причины гиперактивности детрузора</b>
<b>III. Гинекологическое исследование</b>			
<b>4</b>	Выявить или исключить сопутствующие гинекологические заболевания	<i>Методики, общепринятые в гинекологии</i>	<b>Сопутствующие гинекологические заболевания</b>
<b>5</b>	Оценить состояние тазового дна, форм и степени пролапса	<i>Сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, осмотр, пальпация и определение тонуса промежности и пр.</i>	<b>Несостоятельность тазового дна и пролапс</b>
<b>6</b>	Оценить взаимосвязь дистопии тазовых органов с явлениями недержания мочи	<i>Проба Вальсальвы, кашлевая проба, проба Бонне, метод бус и пр.</i>	<b>Наличие связи недержания мочи и несостоятельности тазового дна</b>

держание мочи. Уже на этом этапе при выявлении гиперактивности детрузора можно определить нейрогенную или идиопатическую природу явления. Однако неврологическое обследование является обязательным для рассматриваемого контингента больных.

Гиперрефлексия мочевого пузыря может сочетаться и с патологией тазового дна, при этом может быть как одним из симптомов, связанных с несостоятельностью тазового дна и пролапса гениталий, так и параллельно протекающим процессом. Поэтому всем больным с жалобами на недержание мочи категорически показана консультация гинеколога для сбора акушерского и гинекологического анамнеза, выявления гинекологических заболеваний, а главное – для оценки состояния тазового дна и степени изменения топографии тазовых органов [8].

В приведенной схеме представлена оптимальная врачебная тактика по диагностике различных форм недержания мочи у женщин.

Таким образом, учитывая сложность, полинозологичность и комплексность проблемы расстройств мочеиспускания у женщин, врачебный подход в каждом конкретном случае должен основываться на выявлении истинной природы недержания мочи для выбора патогенетического лечения.

**Литература**

1. Василенко, В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / В.Х. Василенко. – М.: Медицина, 1985. – 255 с.
2. Великая, С.В. Уродинамическая характеристика гиперактивного мочевого пузыря / С.В. Великая // Климатерий. – 2002. – № 3. – С. 17-18.
3. Внутренние болезни: пер с англ.: в 10 кн. / Е. Браунвальд [и др.]; под ред. Е. Браунвальда. – М.: Медицина, 1993. – Кн. 1. – С. 27-51.
4. Гинекологические нарушения / Дж. Пауэрстейн [и др.]; под ред. Дж. Пауэрстейна. – М.: Медицина, 1985. – 648 с.
5. Древаль, А.В. Диагностика болезней (метод интервью) / А.В. Древаль. – М.: Медицина, 1994. – 160 с.
6. Канн, Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Канн. – М., 1986. – С. 382-439.
7. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических и проктологических аспектах / В.Е. Радзинский [и др.]; под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 336 с.
8. Подзолкова, Н.М. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии / Н.М. Подзолкова, О.Л. Глазкова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 448 с.
9. Пушкар, Д.Ю. Гиперактивный мочевой пузырь / Д.Ю. Пушкар. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 160 с.
10. Milsom, I. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study / I. Milsom, P. Abrams, L. Cardozo // BJU Int. – 2001. – Vol. 87, № 9. – P. 760-766.
11. Samsioe, G. Urogenital aging – a hidden problem / G. Samsioe / Amer. J. Obstet. Gynaec. – 1998. – Vol. 178, № 5. – P. 245-249.

Поступила 30.06.08