

ДЕЛО НЕ ТОЛЬКО В ВОЗРАСТЕ

Расстройства мочеиспускания

✉ «Мне 82 года. Долгое время испытываю проблемы с мочеиспусканием. Много раз был на приемах у разных урологов, ставили разные диагнозы: от «хронического простатита» до «хронического цистита». Прописывали лекарства, но результат был нулевой. В чем может быть причина моего недуга и как его вылечить? Или же просто дело в возрасте, и уже ничего изменить нельзя?»

**Адрес: Хуснуллину Ралифу Хуснуллиновичу,
618150 Пермский край, Бардымский р-н, с. Барда,
ул. Кирова, д. 93а.**

Нарушение мочеиспускания у мужчин почтенного возраста – жалоба довольно распространенная. Пик подобных расстройств приходится на пациентов старше 60 лет. Отчасти проблема обусловлена тем, что старение населения – отличительная черта современной демографической ситуации. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2050 году в мире будет насчитываться около миллиарда мужчин этой возрастной категории.

Типичные симптомы

И тем не менее истинной причиной недуга следует считать не сам возраст, а различные заболевания мочеполовой системы и, реже, смежных систем организма. Наиболее часто выявляют болезни предстательной железы и нижних мочевых путей. Нарушения происходят на фоне возрастного гормонального дефицита, а также приема большого количества медикаментов, направленных на коррекцию сопутствующих заболеваний иных органов и систем.

Симптомы подобных расстройств, как правило, схожи между собой. Это частые позывы и затрудненное мочеиспускание малыми порциями с неполным опорожнением мочевого пузыря – вплоть до полной задержки мочи; частое ноч-

ное мочеиспускание, а также различные формы недержания мочи. Появление крови в моче также может являться признаком заболеваний нижних мочевых и половых путей.

Степень нарушений мочеиспускания бывает разной – от легких, периодических и не требующих специальной коррекции форм до тяжелых, неуклонно прогрессирующих состояний, нарушающих сон, жизнедеятельность и работоспособность. Одним из главных стрессовых расстройств мочеиспускания являются эпизоды недержания (неудержания) мочи. Это существенно ухудшает качество жизни пациента и может сопровождаться депрессивным состоянием.

Причины – урологические и неврологические заболевания

Незначительные расстройства мочеиспускания хоть однажды в жизни испытывал даже молодой мужчина. Небольшая резь и частые позывы могут являться следствием алиментарных (связанных с питанием) факторов, физического перенапряжения, а также половой дизритмии (нерегулярная половая жизнь). Обычно эти нарушения проходят сами и не являются поводом для беспокойства и неотложного медицинского обследования. Тем не менее с возрастом частота, степень и, главное, риски подобных расстройств усугубляются – у пациентов старшего возраста они могут свидетельствовать о серьезных недугах. Таким образом, приходится признать ошибочным мнение многих пожилых людей, считающих, что нарушения мочеиспускания по мере старения являются физиологическими. Выявленные в преклонном возрасте, подобные проявления обычно возникают как следствие конкретных заболеваний органов мочеполовой системы.

Кроме того, «провокаторами» нарушений мочеиспускания могут быть неврологические болезни, сопровождающиеся очаговой или распространенной нейропатией (поражением нервов). Наиболее частыми из них являются остеохондроз, болезни Паркинсона и Альцгеймера, а также иные формы деменций, связанные с возрастными изменениями голов-

ного мозга и периферической нервной системы. Среди системных заболеваний особое место занимают сахарный диабет, сосудистые поражения спинного и головного мозга, болезни щитовидной железы.

Тяжелые формы нарушений мочеиспускания могут осложняться рядом угрожающих для жизни мужчины состояний – таких как острая и хроническая задержки мочи, гидронефроз (нарушение оттока мочи из почек по мочеточникам), почечная недостаточность, пиелонефриты (воспаление почек). Очень важно понимать, что подобного рода расстройства могут являться проявлением онкологических заболеваний – рака мочевого пузыря или уретры (мочеиспускательного канала), а также аденокарциномы предстательной железы (рак простаты).

На качестве мочеиспускания могут также отразиться заболевания органов и тканей, расположенных в непосредственной близости от нижних мочевых и половых путей – прямой и сигмовидной кишки, окружающей жировой клетчатки, а также мышц тазового дна с проходящими в их толще проводящими путями периферической нервной системы. Нарушение нервной регуляции мышц тазового дна, неизбежно сопровождающееся повышением тонуса (мышечным спазмом) этой области, часто проявляется упорными расстройствами мочеиспускания. Таким образом, различные неврологические расстройства часто протекают под маской урологических заболеваний, дезориентируя порой даже опытных урологов.

Аденома простаты

Несмотря на многофакторность нарушений мочеиспускания, урологические заболевания остаются главным источником их происхождения. Наиболее распространенным недугом справедливо принято считать аденому простаты, или, по-другому, доброкачественную гиперплазию предстательной железы (ДГПЖ). Влияние увеличенной простаты на качество мочеиспускания переоценить сложно. Располагаясь непосредствен-

но под мочевым пузырем и плотно охватывая мочеиспускательный канал, увеличенная предстательная железа способна спровоцировать практически всю палитру симптомов.

Помимо размеров органа большое значение имеет рост простаты. Железы больших размеров с тенденцией к росту в сторону прямой кишки могут годами не беспокоить «хозяина». И наоборот, небольшие аденомы, растущие в сторону мочевых путей, зачастую проявляются существенными изменениями мочеиспускания.

Первыми проявлениями ДГПЖ, как правило, являются частые, трудно сдерживаемые позывы, обусловленные раздражением рецепторов уретры и шейки мочевого пузыря увеличивающейся железой. Подобное состояние требует буквально немедленного опорожнения мочевого пузыря, что не всегда возможно, особенно в случае нахождения мужчины в общественных местах (магазины, улица, общественный транспорт).

Затрудненное мочеиспускание является вторым, не менее частым проявлением ДГПЖ и развивается в результате сдавления уретры разрастающейся аденомой. Степень компрессии мочеиспускательного канала напрямую зависит от объема гиперплазии и ее структурных тканевых характеристик. В случае преобладания железистого компонента эластичность и податливость стенок уретры сохраняются длительное время, в связи с чем качество мочеиспускания долго остается приемлемым. При превалировании в структуре аденомы фиброзных (плотных) элементов риск задержки мочи возрастает уже на начальных стадиях заболевания. Длительные расстройства мочеиспускания приводят к истощению мышцы мочевого пузыря (детрузора), что проявляется ощущением неполного опорожнения органа. Со временем количество остаточной мочи в мочевом пузыре увеличивается: значительный ее объем (более 200-300 мл) является критическим, что может в конечном итоге привести к почечной недостаточности.

Диагностика ДГПЖ не сложна и включает осмотр пациента врачом-урологом, УЗИ (выявляет наличие и объем остаточной мочи) и урофлоуметрию (компьютерная оценка акта

мочеиспускания), которые позволяют установить диагноз и оценить степень нарушений.

Лечение аденомы простаты отработано и детально отражено в специальных профессиональных (как российских, так и европейских) ежегодных рекомендациях. Крайне редко сегодня урологи прибегают к открытым оперативным вмешательствам. Обусловлено это не столько болезненностью периода послеоперационной реабилитации и сравнительно длительным пребыванием в больнице, сколько степенью развития современных высокотехнологичных малоинвазивных хирургических методик, позволяющих эффективно и безопасно избавиться от недуга. В первую очередь следует выделить перспективные лазерные технологии. Удаление аденомы простаты через мочеиспускательный канал при помощи гольмиевой или тулиево-волоконной лазерной энуклеации (вылущивание) позволяет избежать разрезов, радикально удалить опухоль и в кратчайшие сроки реабилитировать пациента. Методики применимы практически при любых формах и размерах аденомы.

Роботические и лапароскопические методики применяются редко – в основном при гигантских аденомах. В отличие от тулиево-волоконной лазерной энуклеации другие методы удаления аденомы менее привлекательны экономически, имеют ряд ограничений и сопровождаются более длительным пребыванием пациента в стационаре.

Инфекция (простатит)

Вторым по частоте заболеванием, способным серьезно повлиять на качество мочеиспускания, является инфекция мочевых путей. Чаще всего воспалительный процесс развивается в простате и шейке мочевого пузыря. Нередки случаи упорного бактериального воспаления непосредственно в аденоме предстательной железы. Для диагностики простатита, как правило, достаточно проведения физикального осмотра и лабораторного обследования, дополненных данными УЗИ и, при необходимости, МРТ (магнитно-резонансной томографии). Сложности лечения пациентов с подобными простатитами обусловлены снижением сопротивляемости орга-

на к инфекционно-воспалительным процессам, связанным с явлениями застоя, нарушением крово- и лимфообращения, а также проявляющейся в преклонном возрасте мышечной дистрофией. Аденоматозная ткань железы зачастую является «надежным укрытием» и дополнительной питательной средой для бактериального компонента. Известны наблюдения, когда длительная неэффективность антибактериальной и противовоспалительной терапии вынуждала прибегать к хирургическому лечению. Тем не менее большинство инфекций мочевых путей в пожилом возрасте при правильном подходе неплохо поддаются лечению в амбулаторных условиях.

Аденокарцинома (рак простаты)

Аденокарцинома является наиболее неблагоприятным урологическим заболеванием, влияющим на качество мочеиспускания. Коварство болезни в том, что начальные ее стадии зачастую протекают бессимптомно. Обусловлено это тем, что в отличие от ДГПЖ рак простаты не сопровождается бурным ростом органа, и влияние заболевания на расстройства мочеиспускания на этих этапах минимально.

Нарушения, как правило, проявляются только на 3-й и 4-й стадии процесса и могут сопровождаться появлениями внезапных позывов, а также резкими расстройствами мочеиспускания вплоть до острой задержки мочи. На поздних стадиях возможны также эпизоды гематурии (примеси крови в моче) различной степени выраженности, обусловленные распадом опухолевых тканей.

В выявлении рака простаты (так же, как и в диагностике ДГПЖ) важным является контроль уровня ПСА (простатического специфического антигена) – маркера злокачественных заболеваний предстательной железы. Именно этот тест на протяжении последних 40 лет позволяет выявлять рак простаты на ранних стадиях. Высокая эффективность методики способствовала тому, что определение ПСА сыворотки крови стало неизменным лабораторным исследованием, вошедшим в перечень обязательных у мужчин старше 50 лет, а при наличии семейного рака простаты – с 45 лет. При стандарт-

ной диагностике аденокарциномы необходимо также пройти физикальное и ультразвуковое исследования пораженного органа и нижних мочевых путей и сделать биопсию простаты. Традиционно получение тканей простаты для патологоанатомического исследования осуществляется через прямую кишку под контролем пальца или ультразвука. В сложных случаях или вынужденных повторных биопсиях прибегают к специально разработанным лучевым методикам, позволяющим получить материал из небольших подозрительных участков органа – это повышает качество диагностики. Одной из наиболее эффективных техник является Fusion (англ. – слияние) биопсия простаты. Свое название она получила вследствие слияния двух методик – МРТ и УЗИ. Ее проводят с помощью введения специальной биопсийной иглы через промежность в ткани предстательной железы. Fusion позволяет сформировать индивидуальную 3-D (трехмерную) модель простаты с отчетливой демонстрацией подозрительных участков органа. После подтверждения диагноза необходимо оценить степень распространенности заболевания, для чего принимают во внимание данные МРТ органов малого таза с контрастным веществом и (по необходимости) радионуклидное исследование костей скелета (кости – основная мишень для метастазов рака простаты).

Современная модель лечения аденокарциномы предполагает индивидуальный подход и зависит от степени распространения заболевания. Начальные стадии неагрессивных форм рака, ввиду высокой вероятности крайне медленного и клинически незначимого течения, возможно наблюдать. Необходимым условием для подобного подхода является строгое соблюдение алгоритма и сроков последующих обследований.

У пациентов с доказанным фокальным поражением (незначительные участки рака в одной из долей простаты) низкой степени злокачественности возможно применение малоинвазивных технологий, основанных на гибели раковых клеток в результате тех или иных критических колебаний температурного режима органа. Наиболее популярны и изучены метод криоабляции и высокочастотный ультразвук.

Главным методом лечения рака простаты остается операция по удалению органа целиком. Радикальная простатэктомия за последние годы стала наиболее частым видом хирургического вмешательства в структуре современной онкоурологии. Накопленный опыт позволяет добиться прекрасных онкологических и одновременно функциональных результатов. За последние 20 лет методика претерпела разительные эволюционные изменения. Если раньше для доступа к пораженному органу делали большой разрез, то сейчас операцию выполняют через 5-6 проколов в передней брюшной стенке, а вместо 2-3 ассистентов хирургу помогает роботическая система. Эффективность роботассистированной радикальной простатэктомии на ранних стадиях приближается к 90%. Помимо излечения от онкологического заболевания методика позволяет избежать проблем с недержанием мочи и в большинстве случаев сохранить эрекцию.

Тазовый миофасциальный синдром

Из неврологических заболеваний, способных провоцировать значимые расстройства мочеиспускания и при этом длительное время оставаться нераспознанными, тазовый миофасциальный синдром (МФС) заслуживает особого внимания. Развивающийся вследствие непроизвольного сокращения (спазма) различных групп мышц таза и тазового дна синдром может сопровождаться болевыми ощущениями различной степени выраженности. Боль обычно возникает в нижних отделах живота, крестцовой и пахово-подвздошной областях, промежности. Основные причины, которые лежат в основе изменений мышечной активности, – длительное пребывание мышц в нефизиологической позиции, а также их перенапряжение. Свою роль в развитии недуга играет и старение организма наряду с продолжительными стрессовыми ситуациями.

Тазовый МФС сопровождается рядом нарушений работы внутренних органов, прилежащих к спазмированным мышечным структурам. В первую очередь речь идет о расстройствах нижних мочевых путей. Нарушения мочеиспускания при тазовом миофасциальном синдроме практически

ничем не отличаются от таковых при большинстве урологических недугов. Частые повелительные позывы как днем, так и ночью, малые порции мочи и трудности с опорожнением – «визитная карточка» болезни. Доминирование расстройств мочеиспускания в клинической картине является основной причиной того, что пациенты с неврологическим заболеванием, каковым по своей сути является МФС, обращаются за помощью к врачу-урологу.

Дифференциальная диагностика между болезнями предстательной железы и тазовым МФС в старшей возрастной группе невероятно сложна. Большое количество случаев ДГПЖ в старшей возрастной группе и недостаточная осведомленность урологов об особенностях течения тазового МФС приводят к частым диагностическим и лечебным ошибкам. Нередко непрофильное и, соответственно, неэффективное на протяжении многих лет лечение миофасциального синдрома, протекающего с выраженными расстройствами мочеиспускания, приводит к формированию более тяжелых форм заболевания.

Основой диагностики тазового МФС является исключение урологических заболеваний, обуславливающих нарушенное мочеиспускание. Подтвердить спазм мышц таза способны электромиографические исследования и МРТ органов малого таза. Интерпретацию исследований проводят врачи-неврологи (нейроурологи) и лучевые специалисты.

Основа лечения тазового МФС – применение миорелаксантов центрального механизма действия в комбинации с нестероидными противовоспалительными средствами и препаратами, способными снизить порог возбудимости рецепторов нижних мочевых путей. Расслабление мышц позволяет устранить сдавление нервов, что, в свою очередь, снижает раздражение рецепторов мочевого пузыря и уретры.

К сожалению, длительная неправильная терапия МФС способствует формированию хронических устойчивых форм болезни, что усложняет дальнейшее лечение. При неэффективности консервативной терапии требуются более агрессивные методики, а именно – введение миорелаксантов периферического действия. Высокой эффективностью об-

ладают препараты на основе ботулотоксина А (**ботокс, диспорт**). Введение вещества непосредственно в напряженную мышцу способствует ее релаксации с достижением максимального эффекта приблизительно через 30 суток после инъекции. При этом расстройства мочеиспускания и болевой синдром снижаются уже на первой неделе.

Крайней мерой лечения тазового МФС является хирургическая декомпрессия (устранение сдавления) периферических нервов. Наиболее изученными в нейроурологической практике, но, тем не менее, не особо распространенными ввиду технической сложности исполнения, являются операции по декомпрессии полового нерва. Комплексный методический подход позволяет со временем добиться желаемого эффекта у большинства пациентов. Стабилизация состояния достигается устранением или минимизацией провоцирующих факторов, лечебной физкультурой.

Вместо заключения

В целом расстройства мочеиспускания у мужчин в пожилом и преклонном возрасте могут иметь множество причин. ДГПЖ, несомненно, является наиболее часто встречаемым заболеванием. Тем не менее далеко не всегда именно доброкачественные изменения простаты приводят к нарушениям мочеиспускания. Врачам необходимо учитывать многочисленные факторы рисков, количество которых возрастает по мере старения мужского организма. Пациентам же, в свою очередь, следует отдавать отчет, что расстройства мочеиспускания могут являться проявлением большого количества различных заболеваний – от абсолютно безобидных до самых серьезных. Промедление с их выявлением может негативно отразиться как на последующем лечении, так и на прогнозе в целом.

**Михаил ЕНИКЕЕВ, заведующий вторым
урологическим отделением
Клиники урологии Первого МГМУ им. Сеченова,
профессор, доктор медицинских наук.**