

*А. В. Куренков, С. Б. Петров*

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗНЫХ ТИПОВ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ И ИХ СВЯЗЬ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 198000 Санкт-Петербург, пр. Загородный, 47;  
e-mail: alkurenkov@hotmail.com

Приведены данные о распространенности разных типов недержания мочи и их связи с сопутствующими заболеваниями на основании ответов на вопросы, полученных у 398 пациентов старше 65 лет. Проанализированы взаимоотношения отдельных заболеваний у пациентов с ургентным и стрессовым недержанием мочи. Симптомы нижних мочевых путей у мужчин чаще встречались в возрасте старше 70 лет, у женщин такой тенденции не прослеживалось. Среди пациентов старше 70 лет вероятность ургентности и ургентного недержания мочи значительно увеличивается вне зависимости от пола. У женщин пожилого возраста прослеживается связь между ургентным и смешанным недержанием мочи и наличием сопутствующих заболеваний. Стрессовое недержание мочи у женщин не было связано ни с одним из показателей общего здоровья и социальной активности.

**Ключевые слова:** *пожилой возраст, симптомы нижних мочевых путей, ургентность, недержание мочи*

Несмотря на серьезные последствия, которые оказывают на качество жизни нарушения мочеиспускания и недержание мочи у пожилых людей, эта проблема остается наиболее игнорируемой темой в нашей системе здравоохранения и социального развития. Одни пожилые люди не считают для себя возможным обсуждать эту проблему, другие же полагают это нормальным проявлением старения [1, 3, 9]. Некоторые специалисты, работающие в системе здравоохранения и социальной сфере, нередко имеют негативное отношение или недостаточные знания в этой области и о методах лечения недержания мочи у пожилых пациентов [7, 9]. Поэтому, даже в случае установления этого диагноза, пациенты, зачастую, не получают никакого лечения. Проблемы, относящиеся к нижним мочевым путям у пожилых, отличаются от проблем у молодых пациентов. На развитие симптомов нижних мочевых путей могут оказывать влияние их возрастные изменения и сопутствующие заболевания.

Прошло уже 10 лет с того времени, когда появились три большие обзорные статьи, касающиеся исследования распространенности недержания

мочи [2, 5, 10]. В них речь шла о пожилых пациентах (60 лет и старше). Встречается довольно много исследований, посвященных изучению распространенности недержания мочи у женщин, в то время как имеется ограниченное число исследований недержания мочи у мужчин или сравнительных исследований у обоих полов с использованием одной методологии. В целом, частота расстройств мочеиспускания действительно увеличивается у обоих полов с возрастом, но наиболее отчетливо они видны у пожилых пациентов. В исследованиях, включающих различные возрастные группы, отмечено, что более высокая распространенность недержания мочи у женщин связана с тем, что, в целом, продолжительность их жизни больше и, следовательно, частота нарушений мочеиспускания выше. Иначе говоря, чем дольше живет человек, тем чаще у него встречаются разные нарушения функции нижних мочевых путей. Например, S. Maggi и соавт. (2001) обнаружили, что среди мужчин и женщин 65–79 лет распространенность недержания мочи была 9,8 и 19,6 %, соответственно, а у пациентов старше 80 лет — 22,9 и 29,3 %, соответственно [6]. Похоже, что возрастные изменения и сопутствующие заболевания одинаково влияют на функцию нижних мочевых путей у мужчин и женщин по достижении определенного возраста.

В некоторых исследованиях отмечается, что по мере увеличения возраста снижается в пропорциональном отношении частота стрессового недержания мочи в сравнении с ургентным (неотложным) и смешанным недержанием мочи [10]. Роды и гормональные изменения являются факторами риска, особенно стрессового недержания мочи, по мере старения женщины [10, 11]. Авторы полагают, что менопауза — один из ведущих факторов риска недержания мочи при напряжении и, следовательно, имеется тенденция к увеличению распространенности именно этого типа в пределах периода перименопаузы. В дальнейшем, по мере увеличения воз-

раста, становится невозможным как-то отдельно определить влияние менопаузы и возрастных изменений на функцию нижних мочевых путей.

Четкое определение существующих факторов риска недержания мочи действительно может влиять на эффективность профилактики и лечения этого заболевания. Более того, это значительно улучшает понимание хода естественного течения недержания мочи как заболевания. Это особенно важно у пожилых пациентов, где присутствует многофакторная этиология нарушений мочеиспускания.

### Материалы и методы

В основу данного исследования положены материалы обследования и лечения 398 пожилых пациентов — 171 мужчины и 227 женщин от 65 до 93 лет (средний возраст  $72,3 \pm 4,5$  года).

Для определения общего состояния здоровья, функциональных возможностей, условий и образа жизни, необходимости использовать постороннюю помощь нами был использован специальный опросник, который пациенты заполняли во время первого визита. При этом учитывались когнитивные функции, определяющие возможность более или менее точных ответов на вопросы. Если пациент не мог ответить на вопросы, то просили помочь родственников, а вопросы субъективной оценки и ощущений исключались.

Для оценки срочности всем пациентам было предложено ответить на вопрос: «Отмечали ли Вы когда-либо страх перед тем, что не сможете достичь туалета вовремя?» — Да или нет». При положительном ответе следующим вопросом, выявляющим срочное недержание мочи, был: «Отмечали ли Вы когда-нибудь потерю мочи, связанную с позывами в дневное или ночное время?» — Никогда, редко, часто».

Учитывая деликатность обсуждаемой проблемы, в своей практике в более открытой беседе мы говорили нашим пациентам: «Вы знаете, что нарушения мочеиспускания и недержание мочи достаточно обычны в пожилом возрасте. Мы хотели бы обсудить с Вами некоторые вопросы». Неотложное недержание вполне определенно выявляется следующим вопросом: «Внезапно возникший позыв когда-либо приводил к потере мочи прежде, чем Вы успели достичь туалета?» — Никогда, редко, часто».

Для оценки стрессового недержания мочи задавали следующий вопрос: «Отмечали ли Вы когда-нибудь потерю мочи, связанную с физи-

ческой активностью, при кашле, смехе, быстрой ходьбе?» — Никогда, иногда, часто».

Для оценки возможных нарушений в фазу опорожнения пациентов просили ответить на следующий вопрос: «Заметили ли Вы ослабление напора или прерывистость струи мочи?» Предлагалось 4 варианта ответа: 1) нет ни ослабления, ни прерывистости струи мочи; 2) только ослабление; 3) только прерывистость; 4) и ослабление, и прерывистость.

Для выявления недержания мочи частоту эпизодов потери мочи в расчет не принимали — имел значение только факт наличия или отсутствия недержания мочи. Всего 15 пациентов (1 мужчина и 14 женщин) ответили, что имеют только прерывистое мочеиспускание, поэтому ответы 3) и 4) были объединены в одну категорию как возможно более тяжелую форму симптомов нарушения в фазу опорожнения.

Чтобы выявить сопутствующую патологию, пациентов спрашивали о хронических заболеваниях, воздействующих на повседневную активность и ранее диагностированных врачами. Заболевания кодировались как сердечно-сосудистые, нервные, эндокринные, желудочно-кишечные, инфекционные, респираторные, гематологические, мышечные, ментальные и онкологические. В соответствии с сопутствующей патологией пациенты были распределены на 5 групп: 1-я — отсутствие сопутствующей патологии; 2-я — три и менее заболеваний из перечисленных выше; 3-я — сочетание сердечно-сосудистой, неврологической и эндокринной патологий; 4-я — более трех заболеваний разных категорий; 5-я — наличие онкологического заболевания.

Нарушения повседневной дневной активности оценивали с помощью анкеты из 13 вопросов. Вопросы касались физической и мануальной активности в дневное время (самостоятельное одевание и раздевание, подъем с постели, самостоятельное приготовление пищи, а также использование ванной комнаты и туалета, прогулки и походы за покупками, подъем по лестнице, выполнение тяжелой работы). Варианты ответов были следующие: 1) да, без каких-либо затруднений; 2) да, могу, но с затруднением; 3) да, могу, но прибегаю к помощи. Ответы 2) и 3) классифицировали как нарушения дневной активности.

Для определения степени депрессии использовали короткую версию Гериатрической шкалы депрессии GDS-5 [4]. Вопросы были следующие: 1) «Удовлетворены ли Вы своей жизнью?»; 2) «Часто ли Вы испытываете усталость?»; 3) «Часто ли Вы ощущаете беспомощность?»;

4) «Вы останетесь дома или отправитесь куда-нибудь (к детям и внукам, знакомым, в театр и т. п.)?»; 5) «Ощущаете ли Вы современность как что-то нереальное и незначимое?». Депрессивное состояние определялось при двух и более положительных ответах. В дополнение к GDS-5 выясняли наличие следующих симптомов: трудности засыпания, снижение жизненной энергии и недостаточное желание что-либо делать, ощущение общей слабости, нервозность, агрессия.

Пациентов спрашивали, сколько медицинских препаратов они регулярно принимали в течение последних 3 мес. Полифармацию определяли как прием четырех и более препаратов. Уточняли также прием снотворных средств.

Далее у пациентов выясняли количество эпизодов инфекции мочевых путей и прием антибактериальных препаратов в течение последних 2 лет.

Социальную активность оценивали при помощи следующих вопросов: «Как часто в течение последнего года они: 1) участвовали в семейных мероприятиях; 2) посещали театр, концерты, выставки, кинотеатр; 3) посещали библиотеку и спортивные мероприятия; 4) посещали религиозные учреждения, 5) путешествовали в пределах страны и за границу; 6) участвовали в общественных или иных организациях. Низкую социальную активность определяли при наличии не более двух перечисленных событий».

Оценивали курение в настоящий момент, в прошлом и отсутствие этой привычки когда-либо. Курение в прошлом определялось как регулярное курение почти каждый день в течение года и отсутствие этой привычки в настоящее время. Употребление алкоголя оценивали с точки зрения частоты и сорта напитков (пиво, вино, крепкий алкоголь), употребление кофе — по количеству выпитых чашек в день (1–2 чашки, 3–5 и более чашек кофе в день).

### Результаты и обсуждение

На основании анализа ответов на вопросы, касающихся нарушения мочеиспускания, были составлены суммарные данные о распространенности urgency, симптомов патологий нижних мочевых путей и разных типов недержания мочи в различных группах по полу и возрасту (табл. 1).

Как следует из приведенной таблицы, частота urgency недержания мочи среди пациентов старше 70 лет у обоих полов была выше, чем только urgency. Частота urgency недержания мочи была статистически значимо выше у женщин в сравнении с мужчинами ( $p=0,038$ ).

Симптомы патологий нижних мочевых путей (ослабление и прерывистость струи мочи) отмечали 72% мужчин и 48% женщин ( $p<0,001$ ). У мужчин они чаще встречались в возрасте 70 лет и старше, у женщин такой тенденции не прослеживалось.

Таблица 1

**Распространенность urgency, симптомов патологий нижних мочевых путей и разных типов недержания мочи в различных группах по полу и возрасту**

Признак	Мужчины 65–69 лет, %	Мужчины 70 лет и старше, %	Женщины 65–69 лет, %	Женщины 70 лет и старше, %	Общая распространенность, %	
					мужчины	женщины
Urgentные симптомы						
нет	68	60	61	44	66	55
без недержания мочи	11	6	8	10	10	9
urgency и urgency недержание мочи	21	20	31	46	17	36
Симптомы патологий нижних мочевых путей						
нет	33	9	54	48	28	52
ослабление потока мочи	40	38	22	33	39	25
ослабление и прерывистость струи мочи	27	53	24	19	33	23
Недержание мочи						
нет	77	63	45	35	75	41
стрессовое	2	3	24	20	2	23
смешанная форма (стрессовое + urgency)	4	14	26	37	6	30

Вместе с тем, 39 % мужчин и 55 % женщин сообщили о сочетании симптомов патологий нижних мочевых путей в фазу опорожнения с urgenностью с наличием или без ургентного недержания мочи. Однако только у 14 % мужчин и у 32 % женщин без симптомов патологий нижних мочевых путей наблюдалась urgenность. Различия между обоими полами были статистически значимыми ( $p=0,005$ ).

Частота стрессового и смешанного типов недержания мочи у мужчин и женщин в возрасте 70 лет и старше составила 2; 6 и 23; 30 %, соответственно. Средний возраст как у мужчин, так и у женщин со смешанным типом недержания мочи был статистически значимо выше, чем у пациентов без недержания мочи ( $p<0,05$ ).

Таким образом, среди пациентов старше 70 лет, имеющих какие-либо симптомы патологий нижних мочевых путей, вероятность urgenности и urgen-

ного недержания мочи значительно увеличивается вне зависимости от пола. При отдельном анализе различных полов выявлено, что увеличение возраста повышает риск urgenных симптомов у женщин. При комбинированном анализе отмечено, что пол строго, а возраст незначительно связан с увеличением риска появления urgenных симптомов.

Было проанализировано 170 анкет (мужчины) и 221 (женщины), относящихся к показателям общего здоровья (сопутствующие заболевания, снижение дневной активности, низкая социальная активность, депрессивный статус, полифармация, инфекции нижних мочевых путей). Суммарные данные представлены в табл. 2, 3.

Как следует из приведенных выше таблиц, все показатели, за исключением использования снотворных средств, чаще встречались у женщин с urgenным и смешанным недержанием мочи в

Таблица 2

**Общее состояние здоровья и показатели социальной активности (%) у мужчин, связанные с разными типами недержания мочи**

Показатель	Тип недержания мочи			
	не имеют, n=124	ургентное, n=32	смешанное, n=10	стрессовое, n=4
Сопутствующая патология (3 и более заболеваний)	48	54	64	100
Снижение повседневной активности	17	36	40	67
Снижение социальной активности	38	46	60	67
Депрессия	17	39	25	50
Полифармация (прием более трех препаратов)	33	50	29	67
Использование снотворных средств	30	29	20	33
Недержание кала	1	4	0	33
Инфекции мочевых путей (один леченный эпизод за последние 2 года)	7	7	11	0

Таблица 3

**Общее состояние здоровья и показатели социальной активности (%) у женщин, связанные с разными типами недержания мочи**

Показатель	Тип недержания мочи			
	не имеют, n=90	ургентное, n=13	смешанное, n=70	стрессовое, n=48
Сопутствующая патология (3 и более заболеваний)	51	69	68	48
Снижение повседневной активности	21	46	52	16
Снижение социальной активности	40	72	56	28
Депрессия	16	38	32	27
Полифармация (прием более трех препаратов)	48	60	60	36
Использование снотворных средств	41	23	38	43
Недержание кала	2	15	15	2
Инфекции мочевых путей (один леченный эпизод за последние 2 года)	26	39	40	24

сравнении с пациентками, удерживающими мочу, и пациентками с истинной стрессовой формой недержания. Сходная тенденция прослеживается и у мужчин с ургентным и смешанным недержанием мочи в сравнении с теми, кто удерживает мочу. Анализ полученных данных, привязанных к возрасту, показал, что у женщин прослеживается связь между ургентным и смешанным недержанием мочи и наличием сопутствующих заболеваний, депрессией, снижением повседневной активности, недержанием кала, тогда как у мужчин — между ургентным и смешанным недержанием мочи и снижением повседневной активности и депрессией. Стрессовое недержание мочи у женщин не было связано ни с одним из показателей общего здоровья и социальной активности.

Исходя из предположения, что некоторые заболевания могут быть связаны с тем или иным типом недержания мочи и нарушениями мочеиспускания, нами была проанализирована взаимосвязь отдельных заболеваний у пациентов с ургентным и стрессовым недержанием мочи (табл. 4).

Анализируя данные таблицы, можно отметить устойчивую связь между ургентным недержанием мочи и нарушением функции кишечника (запоры, неотложная дефекация), нарушением слуха и зрения, снижением памяти, остеопорозом, сердечно-сосудистыми патологиями (отеки нижних конечностей, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), диабетом, лекарственной аллергией. При мультивариантном анализе выяснилось, что только неотложная дефекация, остеопороз, отеки нижних конечностей имели устойчивую связь с ургентным недержанием мочи. Диабет был независимым фактором, предрасполагающим к ургентному недержанию мочи. Нарушения памяти, зрения, ревматоидный артрит, запоры, скорее, сопутствовали, а не предшествовали появлению ургентности. Роды, как оказалось, не были связаны с гиперактивностью мочевого пузыря.

Что касается стрессового недержания мочи, то при анализе отмечена линейная зависимость этого типа недержания от наличия иммунных нарушений (пищевая аллергия), сердечно-сосудистых заболеваний (одышка, отеки нижних конечностей, гипертония). При мультивариантном анализе все сопутствующие заболевания сопровождали, а не предшествовали стрессовому недержанию мочи. Была отмечена также независимая связь между родами и частотой встречаемости стрессового недержания мочи. Вероятно, это является отражением отдаленных последствий родов в исследуемой возрастной группе.

**Связь факторов специфической заболеваемости со стрессовым и ургентным недержанием мочи (в процентах и обратной пропорции)**

Заболевание	Частота, %	Обратная пропорция	
		стрессовое недержание мочи	ургентное недержание мочи
Нарушения памяти	39,6	1,2	1,5
Паркинсонизм	0,4	–	2,9
Нарушения зрения	20,2	1,5	1,5
Нарушения слуха	29,0	1,4	1,3
Остеопороз	6,7	0,9	1,9
Переломы	15,0	1,1	1,4
Ревматоидный артрит	15,6	1,1	1,3
Диабет	5,4	1,6	2,0
Острое нарушение мозгового кровообращения	3,6	1,9	1,7
Перенесенный инфаркт миокарда	7,5	1,2	1,6
Гипертоническая болезнь	27,9	1,5	1,2
Отеки нижних конечностей	39,2	1,5	1,7
Одышка	32,3	1,6	1,9
Астма	10,6	1,2	1,0
Дерматит/экзема	12,0	0,8	1,4
Пищевая аллергия	9,0	1,6	1,4
Лекарственная аллергия	17,4	1,1	1,6
Функция кишечника			
неотложная дефекация	8,2	1,4	2,6
запоры	14,8	1,3	1,7
Роды			
0	12,8	1,0	1,0
1	14,3	1,3	1,0
2	38,5	1,5	0,9
3 и более	34,5	1,7	1,1

Среди опрошенных нами пациентов было выявлено, что курение увеличивало риск ургентности. Обратная пропорция между ургентностью у продолжающих курить была 2,76, у куривших в прошлом — 1,63 в сравнении с теми, кто никогда

ранее не курил. Анализ данных также показал, что возраст (обратная пропорция 1,08) и женский пол (обратная пропорция 1,76) увеличивают риск ургентности.

Употребление кофе и алкоголя не оказывало существенного влияния на частоту ургентности при анализе пола и возраста. Увеличение возраста существенно повышало частоту ургентности в каждом анализируемом параметре.

### Выводы

Частота нарушений мочеиспускания и недержания мочи увеличивается с возрастом [8]. Более того, в связи со старением населения в недалеком будущем клиницисты, вероятно, встретятся с «эпидемией» симптомов патологий нижних мочевых путей и недержания мочи у пожилых людей. Возрастные изменения функции нижних мочевых путей носят поступательный характер, а сопутствующие заболевания вносят свой негативный вклад в механизм развития этих симптомов. Влияние старения на функцию нижних мочевых путей сложно охарактеризовать точно. Этому препятствует разнородность пожилых пациентов, отсутствие возможности проведения долгосрочных исследований в связи со смертностью, наличием сопутствующей патологии и медикаментозной терапии этих заболеваний.

Таким образом, симптомы патологий нижних мочевых путей у мужчин чаще встречались в возрасте старше 70 лет, у женщин такой тенденции не прослеживалось. Среди пациентов старше 70 лет вероятность ургентности и ургентного недержания мочи значительно увеличивается вне зависимости от пола. У женщин пожилого возраста прослеживается связь между ургентным и смешанным недержанием мочи и наличием сопутствующих забо-

леваний. Стрессовое недержание мочи у женщин не было связано ни с одним из показателей общего здоровья и социальной активности.

### Литература

1. Branch L. G., Walker L. A., Wetle T. T. et al. Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older // J. Amer. Geriat. Soc. 1994. Vol. 42. P. 1257–1262.
2. Cheater F. M., Castleden C. M. Epidemiology and classification of urinary incontinence // Bull. Clin. Obstet. Gynec. 2000. Vol. 14. P. 183–205.
3. Dugan E., Roberts C. P., Cohen S. J. et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians // J. Amer. Geriat. Soc. 2001. Vol. 49. P. 461–465.
4. Hoyl M.T., Alessi C.A., Harker J.O. et al. Development and testing of a five item version of the Geriatric Depression Scale // J. Amer. Geriat. Soc. 1999. Vol. 47. P. 873–878.
5. Hunskar S., Arnold E. P., Burgio K. et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence // Int. Urogynec. J. 2000. Vol. 11. P. 301–319.
6. Maggi S., Minicuci N., Langlois J. et al. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto Study // J. Geront. Med. Sci. 2001. Vol. 56A. P. 14–18.
7. McDowell B. J., Silverman M., Martin D. et al. Identification and intervention for urinary incontinence by community physicians and geriatric assessment teams // J. Amer. Geriat. Soc. 1994. Vol. 42. P. 501–505.
8. Milsom T., Abrams P., Cardozo L. et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study // BJU Int. 2001. Vol. 87. P. 760–766.
9. Mitteness L. S. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age // J. Amer. Geriat. Soc. 1990. Vol. 38. P. 374–378.
10. Thom D. Variations in estimates of urinary incontinence prevalence in community: effects of differences in definitions, population characteristics and study type // J. Amer. Geriat. Soc. 1998. Vol. 46. P. 473–480.
11. Thom D. H., Brown J. S. Reproductive and hormonal risk factors for urinary incontinence in later life: review of the clinical and epidemiologic literature // J. Amer. Geriat. Soc. 1998. Vol. 46. P. 1411–1417.

Adv. gerontol. 2010. Vol. 23, № 1. P. 119–124

A. V. Kurenkov, S. B. Petrov

#### PREVALENCE OF DIFFERENT TYPES OF URINARY INCONTINENCE AND CONCOMITANT DISEASES IN ELDERLY PATIENTS

S. M. Kirov Military Medical Academy, 47 Zagorodny pr., St. Petersburg 198000;  
e-mail: alkurenkov@hotmail.com

This article presents the data on the prevalence of different types of urinary incontinence and concomitant diseases on the basis of answers to questions obtained from 398 patients over 65 years. We have analyzed the relationship among certain diseases in patients with urgent and stress incontinence. Lower urinary tract symptoms were more common in men over the age of 70 years; no such a tendency in women was observed. Among the patients older than 70 years, the probability of urgency and urgent incontinence increases significantly, regardless of gender. In older women the urgent and mixed urinary incontinence associates with the concomitant diseases. Stress urinary incontinence in women was not associated with any of the indicators of general health and social activity.

**Key words:** older age, lower urinary tract symptoms, urgency, incontinence