

ЦИСТИТ МОЖНО ПОБЕДИТЬ

Расстройства мочеиспускания

✉ «Мне 79 лет. У меня опущение стенок влагалища и в результате хронический цистит уже много лет. Врачи говорят, что надо делать операцию, но у меня плохое здоровье. Мне ставили кольцо, но оно не подошло. Может быть, ваши доктора посоветуют какое-то решение моей проблемы?»

**Галина Михайловна Кравчук,
Владимирская обл., г. Киржач.**

Здравствуйтесь, Галина Михайловна. Изучив ваше письмо, предположу, что основные ваши проблемы связаны с нарушениями мочеиспускания, которые вы списываете на опущение стенок влагалища. Возможно, вы и правы в том, что пролапс (опущение) органов малого таза является в вашей ситуации основным источником бед. Однако у женщин старшей возрастной группы есть и иные факторы риска, способные существенно повлиять на качество мочеиспускания.

Повелительные позывы

Нередко можно услышать такой термин, как «возраст-ассоциированные заболевания», среди которых цистит или гиперактивный мочевого пузыря являются признанными лидерами среди представительниц прекрасного пола. Оба состояния проявляются схожими симптомами: женщины жалуются на частые, повелительные позывы, боли и рези при мочеиспускании, а порой и подтекание (недержание) мочи.

Виной всех этих женских мучений является повышенная раздражительность рецепторов мочевого пузыря, ответственных за возникновение позыва на мочеиспускание. В норме эти рецепторы должны «сигнализировать» хозяйке о не-

обходимости опорожниться по мере накопления мочи. Первые легкие позывы начинаются обычно при наполнении мочевого пузыря до 150-180 мл и плавно усиливаются по мере увеличения объема до 250-300 мл. Таким образом, среднее количество мочеиспусканий в сутки обычно составляет от 5 до 7 раз и может незначительно меняться в зависимости от количества потребляемой жидкости.

При гиперактивном мочевом пузыре или цистите порог возбудимости рецепторов снижается, и необходимость опорожниться возникает существенно чаще, иногда до 30-40 раз за сутки. Порой женщина не может сдержать позыв при наличии в мочевом пузыре всего 20-40 мл мочи, и это обычно приносит большие неудобства и даже страдания, существенно снижая качество жизни.

Анатомия проблемы

От чего же происходят подобные неприятности? Дело в том, что с возрастом мышцы и связки, поддерживающие органы мочеполовой системы, ослабевают. Как результат, происходит опущение органов малого таза, или, языком медиков, пролапс. А поскольку все органы малого таза являются «близкими соседями» и не могут сосуществовать друг без друга, то и опускаются они синхронно. Опущение (или выпадение) матки (гистероптоз) и передней стенки влагалища влечет за собой логичное опущение мочевого пузыря (цистоцеле) и мочеиспускательного канала. Подобный пролапс является самым распространенным у женщин старшей возрастной группы. Он называется «передне-апикальный пролапс» ввиду того, что вместе с мочевым пузырем и маткой опускаются также как передняя стенка, так и апекс (верхушка) влагалища.

А дальше все происходит словно по схеме: опустившаяся матка тянет за собой мочевой пузырь, растягивая его дно и шейку с расположенными там рецепторами. Таким образом, чувствительные рецепторы постоянно находятся в ак-

тивном состоянии, вызывая частые и сильные позывы к мочеиспусканию.

Смещение органов малого таза также способствует сужению просвета шейки мочевого пузыря и уретры (мочеиспускательного канала), что замедляет ток мочи. Подобное состояние может стать причиной острой или хронической задержки мочи – то есть, когда женщина не может самостоятельно мочиться без предварительного вправления органов на изначальные позиции. Хроническая задержка мочи приводит к постепенному увеличению ее количества в мочевом пузыре: объем может достигать 100-200 мл и более. Такие нарушения опасны возникновением почечной недостаточности.

Гормональный дефицит

И тем не менее опущение органов малого таза не всегда является главной причиной нарушений мочеиспускания у женщин старшего возраста. Основным фактором подобных проблем все же считают снижение уровня половых гормонов – эстрогенов и прогестерона, которое происходит у женщин в период менопаузы. В результате недостатка гормонов эпителий мочевого пузыря не способен полноценно вырабатывать защитные вещества, которые призваны служить главным антибактериальным барьером. Таким образом, слизистая мочевых путей становится уязвимой и беззащитной перед лицом даже самых безобидных микробов, которые могут агрессивно себя проявлять и вызывать различные воспалительные процессы.

На фоне возрастного гормонального дефицита ухудшается также и кровообращение в мочевом пузыре. Это приводит к снижению эластичности мышечных структур органа, что опять же, в свою очередь, становится причиной частых и резких позывов к мочеиспусканию.

Возрастные атрофические процессы затрагивают и половые органы женщины – они являются главной мишенью половых гормонов. Нарушаются трофика (крово- и лимфоо-

бращение), а также иннервация стенок влагалища и матки. Следствием становится нарушение микрофлоры влагалища с возникновением воспалительных заболеваний, плохо поддающихся лечению.

Дополнительным фактором риска может стать дефицит витамина D, являющегося по своей сути самостоятельным активным стероидным гормоном, а также регулятором метаболизма глюкозы и синтеза женских гормонов.

Таким образом, именно гормональный дефицит, неизбежно возникающий у женщины после 50-60 лет, является одним из главных пусковых механизмов опущения органов малого таза и приводит к расстройствам мочеиспускания, трудно поддающимся лечению.

Комплексный подход

Рациональным решением вашей проблемы, Галина Михайловна, может стать грамотный комплексный подход. В первую очередь следует обсудить с гинекологами возможность начала проведения заместительной гормональной терапии. Чаще всего применяют такие препараты, как **анжелик** (содержит эстрогены и прогестерон) или **овестин** (содержит эстриол). Курс обычно начинают с ежедневного приема препаратов с переходом через 2-3 месяца на поддерживающую (несколько раз в неделю) схему. Детали приема, а также противопоказания, к которым в первую очередь относят наличие онкологических заболеваний матки и молочных желез, следует обсудить с гинекологом или онкологом.

Также целесообразно начать прием **витамина D**. Для определения необходимой дозировки предварительно можно узнать его уровень сдав анализ крови. Уровень менее 20-30 нг/мл будет означать дефицит витамина в организме. Особенно прием витамина D важен для тех, кто проживает в регионах со сравнительно небольшим количеством солнечных дней в году.

Для блокировки некоординированных сокращений мышц мочевого пузыря на первых порах я бы рекомендовал

применение медиаторных препаратов, среди которых очень неплохо зарекомендовала себя **бетмига**. Принимают лекарство один раз в сутки в дозировке 50 мг.

Проведение подобной комбинированной терапии в течение 3-4 месяцев позволит существенно улучшить трофику мочевых и половых органов и, возможно, без дополнительных мероприятий существенно улучшить качество и уменьшить количество мочеиспусканий.

Тем не менее, параллельно я бы посоветовал вам использовать пессарии. На сегодняшний день существуют пессарии абсолютно любых форм и размеров – сделать правильный выбор поможет гинеколог. Ведь именно от того, насколько точно рассчитаны размер и структура пессария, зависит эффективность его применения.

Помимо системной терапии и пессариев ускорить процесс лечения можно путем введения лекарственных препаратов, способных повысить защитные функции эпителия мочевого пузыря. Эффективными считаются препараты, содержащие гиалуроновую кислоту. Введение в мочевой пузырь раз в неделю препаратов **уро-лайф** или **уро-гиал** позволяет искусственно восполнить дефицит гиалуроновой кислоты в организме и защитить оголенные рецепторы органа от раздражающего действия мочи. Кроме того, формирование защиты слизистой мочевого пузыря позволит снизить вероятность проникновения в стенку органа патогенных и условно-патогенных бактерий.

Одновременно с процессом лечения советую вам обратиться в один из крупных институтов или стационаров, специализирующихся на коррекции пролапсов органов малого таза у женщин. Сегодня в арсенале гинекологов и урологов есть специальные протезы, устанавливаемые через маленький разрез на передней или задней стенке влагалища (в зависимости от особенностей опущения). Эти операции настолько малотравматичны, не сопровождаются кровопотерей, не требуют предварительного удаления матки и выполняются под спинальной анестезией, что могут проводиться даже при наличии высоких операционно-анестезиологиче-

ских рисков. А эффективность подобных операций, когда их выполняют специалисты высокого класса, приближается к 95%. Длительность пребывания в стационаре обычно составляет не более 3-4 суток.

Надеюсь, Галина Михайловна, мои рекомендации помогут вам и другим нашим читательницам, столкнувшимся с аналогичными проблемами, благополучно их разрешить. И в конечном итоге вы добьетесь избавления или существенного облегчения тех страданий, которые, к сожалению, приносят женщинам возрастные изменения половых и мочевых путей.

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

КАЛЕЙДОСКОП

ОПАСНЫЕ СИМПТОМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

По мнению главы кардиологического отделения «скорой помощи и интенсивной терапии» университетской клиники города Лилля, профессора Николая Ламблена, сердечную недостаточность можно распознать по четырем признакам.

Первый – одышка. На ранней стадии одышка появляется при умеренной физической активности, а затем – даже в состоянии покоя. Врач утверждает, что пациенты зачастую не воспринимают этот симптом всерьез. Люди иногда даже не рассказывают об этом лечащему врачу. Другой характерный признак сердечной недостаточности – набор веса, вызванный задержкой жидкости в организме. Сбой в работе сердца также приводит к отекам нижних конечностей, в частности, лодыжек и голеней. Последний опасный признак – сильная постоянная усталость, которая возникает от малейшего усилия.