

## ИЗБАВЛЕНИЕ ОТ НЕДУГА ГАРАНТИРОВАНО

*Недержание мочи*

✉ «В последние годы меня беспокоит одна мучительная проблема – недержание мочи. Все началось с того, что моча стала выделяться при кашле или чихании. Сейчас, по прошествии нескольких лет ситуация усугубилась. Недержание случается при малейшем напряжении, и все чаще и обильнее. Без прокладок уже из дома не выхожу, но порой и они не спасают – ведь запах все равно остается! Объясните, что со мной происходит, и как решить эту проблему?»

**Евгения Семеновна,  
Нижегородская обл.**

Недержание мочи (по-медицински, инконтиненция) – самое распространенное урологическое заболевание у женщин старшего возраста. Причины недуга разные, но все они так или иначе связаны с возрастными изменениями, происходящими в женском организме. Одним словом, чем женщина старше, тем чаще она жалуется на подобную проблему. Отчего же это случается?

### Стрессовое или ургентное?

Наиболее распространенным типом инконтиненции является недержание мочи при напряжении или, как его иногда называют – **стрессовое** недержание мочи (от англ. stress – напряжение, нагрузка). Непроизвольное подтекание мочи нередко случается при смехе, чихании или кашле, во время занятий спортом или физическим трудом, при подъеме тяжестей. При выраженной степени инконтиненции подтекание мочи может случаться даже при незначительных движениях. При этом самостоятельное мочеиспускание у женщины обычно сохранено.

В отличие от **ургентного** типа недержания (от англ. urgent – срочный), для которого характерны резкие позывы на мочеиспускание, сдержать которые женщина не в состоянии, стрессовое недержание мочи проявляется без предварительного позыва. Женщина просто ощущает неконтролируемое выделение мочи при резких встрясках или физических нагрузках.

Безусловно, эта проблема очень беспокоит женщин старшего возраста и сказывается на их психо-эмоциональном состоянии. Многие из них испытывают неуверенность и страх, и по этой причине отказываются от трудовой деятельности, испытывают сложности и конфликты в семье, сужают круг общения и становятся замкнутыми, отказываясь покидать свой дом и находиться в социуме.

### Слабость мышц и связок

Причиной стрессового недержания мочи являются возрастные изменения опорно-связочного аппарата тазового дна женщины. Связки и мышцы ослабевают, становятся менее упругими, неэластичными, рыхлыми, не способными выдерживать прежние нагрузки. Состояние сфинктеров нижних мочевых путей страдает, их замыкательная способность ухудшается.

Тонус органов – мочевого пузыря и уретры (мочеиспускательного канала) – снижается. Они становятся более подвижными, что особенно проявляется при физической нагрузке или в случае внезапного повышения внутрибрюшного давления (смех, кашель, чихание, резкие перемены положения тела). Чем ниже тонус стенок органов, тем ярче проявляется недуг.

При начальных проявлениях заболевания потери мочи незначительны и исчисляются несколькими миллилитрами в сутки. Для устранения таких неудобств, как правило, достаточно ношения простых гигиенических впитывающих прокладок. При прогрессировании заболевания требуется

применение специальных урологических прокладок, а в запущенных случаях – памперсов.

### **Роды, травмы и чрезмерные нагрузки**

Возникновению подобного недуга особенно подвержены женщины, имеющие в анамнезе затяжные и множественные естественные родоразрешения и травмы мышц тазового дна. Не проходят бесследно и длительные профессиональные занятия спортом, а также чрезмерные физические нагрузки.

Немаловажную роль в подобных изменениях играет наследственность и снижение уровня половых гормонов в организме женщины.

Провокаторами проблемы могут также выступать и системные заболевания, такие как склеродермия, ревматизм, сахарный диабет, атеросклероз.

Множество причин происхождения недуга привело к тому, что стрессовой инконтиненцией в той или иной степени сегодня страдает каждая десятая рожавшая женщина на планете.

### **Диагностика**

Установить диагноз стрессового недержания мочи не сложно: достаточно жалоб женщины на потерю мочи без предварительного позыва на мочеиспускание. Дополнительным доказательством является разница в весе между новой и использованной прокладками. Подобный тест урологи используют для установления стадии заболевания и последующего выбора той или иной лечебной тактики.

Кроме того, при обследовании женщин с подозрением на стрессовое недержание мочи обязательно выполняют кашлевой тест. Для этого женщине с наполненным мочевым пузырем предлагают покашлять. В случае несостоятельности замыкательного аппарата нижних мочевых путей моча будет

выделяться из уретры в такт кашлю, и тест будет считаться положительным.

Как правило, легкая степень стрессового недержания, заключающаяся в потере нескольких миллилитров мочи при нагрузках, не доставляет женщине большого неудобства. Однако средняя и тяжелая степень недуга буквально «отравляют» существование и являются абсолютным показанием к лечению.

Ушло более 100 лет на поиски оптимального решения проблемы. Методы лечения стрессового недержания мочи на протяжении последнего века постоянно претерпевали изменения – от применения примитивных мочеулавливающих приспособлений и неудобных, сдавливающих уретру пессариев до современных инертных имплантов. Врачи искали более совершенные методики, применение которых позволило бы гарантировать пациенткам практически 100% излечение, и на сегодняшний день этот поиск увенчался успехом.

### **Гимнастика и физиотерапия**

Консервативные методики до сих пор применяются при легкой степени недержания мочи, а также при высоких операционно-анестезиологических рисках, когда наличие тяжелых декомпенсированных заболеваний органов сердечно-сосудистой, дыхательной и иных систем организма не позволяют оперировать женщину. Главной задачей нехирургического лечения является восстановление активности и тонуса мышц тазового дна, а также сфинктеров уретры и мочевого пузыря. С этой целью назначают различные гимнастические тренировки, наиболее известными из которых являются упражнения Кегеля. Также рекомендуют проведение зарядки с влажными шариками.

Упражнения Кегеля состоят из нескольких этапов. Для начала женщине необходимо прочувствовать, где находятся мышцы тазового дна. Для этого при мочеиспускании нужно

остановить или замедлить струю мочи несколько раз, не напрягая при этом мышцы живота, ног и ягодиц. Далее – опорожнить мочевой пузырь. Лечь на спину и напрячь мышцы на 5 секунд, затем расслабить. Требуется не менее 4-5 повторений. Постепенно следует увеличивать время напряжения и доводить его до 10 и более секунд.

Эффективность упражнений существенно повышается при одновременной работе с влагалищными шариками. Они могут иметь различную форму и размеры, и быть изготовлены из разных материалов. Идея состоит в тренировке мышц промежности и влагалища путем упражнений, заключающихся в удержании шариков во влагалище. Вес шариков и время удержания надо постепенно увеличивать, а размер уменьшать. Вначале можно удерживать лежа, потом только стоя.

Регулярные тренировки мышц тазового дна и стенок влагалища позволяют укрепить сфинктеры уретры и мочевого пузыря. Кроме того, мышцы тазового дна вырабатывают способность к рефлекторному сокращению в ответ на внезапное повышение внутрибрюшного давления, что также препятствует подтеканию мочи при напряжении.

Электростимуляция мышц тазового дна и сфинктеров и различные виды вибрационных массажей также могут оказать эффект при незначительной степени инконтиненции. Однако более высокую эффективность различные физиотерапевтические воздействия оказывают в комбинации с упражнениями Кегеля.

Различные варианты пессариев, задача которых препятствовать произвольному выделению мочи, сдавливая мочеиспускательный канал, сегодня практически не применяются. Обусловлено это их невысокой эффективностью, а также неудобствами, связанными с необходимостью удаления пессария перед каждым актом мочеиспускания. Кроме того, длительное применение пессариев чревато формированием пролежней мягких тканей влагалища, которые в тяжелых случаях могут спровоцировать образование патологических

сообщений между мочевыми и половыми путями – уретро и пузырно-влагалищных свищей. По той же причине практически не пользуются популярностью и методики, предполагающие дозированное введение вдоль уретры различных объемобразующих гелей.

### Гормональный дефицит

Легкая степень стрессового недержания мочи, сопровождающаяся наступлением менопаузы, успешно корректируется гормональными препаратами. Для этого применяют местную гормональную терапию, реже – комбинированную. Эстрогены придают «второе дыхание» гладкой мускулатуре мочевых путей. Они повышают работоспособность мышц тазового дна и опорно-связочного аппарата нижних мочевых путей, нормализуя деятельность сфинктеров уретры и мочевого пузыря.

Наиболее популярный препарат, который применяется при подобных проблемах – **овестин**. Он оказывает положительный эффект на тонус органов мочевых путей и мышц тазового дна, при этом риск его системного влияния на организм в связи с кратковременным воздействием на эпителий органов, ничтожен.

Для достижения более быстрого и стабильного эффекта лечение иногда дополняют спазмолитиками – **детрузитол, дриптан, везикар, везомни** или **бетмига**. Их применение может быть особенно полезным, когда стрессовое недержание мочи сочетается с элементами ургентности. Через 3-4 месяца можно их отменить, оставив только гормональные препараты.

Наиболее значимый эффект лечения будет при комплексном подходе, основой которого являются физические упражнения и заместительная гормональная терапия. Эффективность подобной схемы лечения при легкой степени недержания мочи в климактерическом периоде достигает 85-90%, то есть помогает 9 женщинам из 10. Кроме того, ряд исследований свидетельствует о том, что снижение лишне-

го веса может оказать положительное влияние на решение проблемы.

### Хирургические методики

Средние и тяжелые формы недержания мочи при напряжении не поддаются консервативной коррекции и требуют хирургического вмешательства. В прежние годы большинство оперативных методик не отличались высокой эффективностью и сопровождались риском послеоперационных осложнений. Сегодня ситуация в корне изменилась.

Наиболее признанными в настоящее время являются так называемые слинговые операции. Задача подобной методики – заменить изношенные собственные связки женщины искусственными и таким образом поддержать мочеиспускательный канал. Для этого используют специальные петли (слинги) из синтетического нерассасывающегося материала (полипропилен) шириной около 12 мм, которые надежно поддерживают уретру при любом резком повышении внутрибрюшного давления – кашле, чихании, физической нагрузке. Установка петли осуществляется через разрез передней стенки влагалища. Однако у некоторых женщин выявляют определенные противопоказания для доступа через влагалище. В подобных случаях доступ можно осуществить со стороны живота через небольшой разрез. Слинговая операция длится не более 20 минут и, как правило, проводится под внутривенной или спинальной анестезией. Некоторые типы петель (более короткие) позволяют использовать местную анестезию, что крайне важно для женщин с высокими анестезиологическими рисками. Эффект наступает сразу же после операции и обычно сохраняется на всю жизнь. Осложнений при лечении на базах специализированных урологических или гинекологических отделений, как правило, не бывает.

Высокая эффективность и простота исполнения слинговых операций привела к практически полному исчезновению

альтернативных хирургических методик. На сегодняшний день современные клиники укомплектованы всем необходимым оборудованием для осуществления подобных операций, которые в большинстве случаев выполняются по квотам – то есть, из средств государственного бюджета.

### Вывод

Богатая история изучения причин инконтиненции, совершенствование современных технологий и индивидуальный подход к каждой пациентке позволили вывести решение проблемы недержания мочи принципиально на иной уровень. Сегодня мы можем практически гарантировать любой женщине полное избавление от подобного недуга, который еще совсем недавно считался неотъемлемым атрибутом возрастных изменений в организме женщины.

**Михаил ЕНИКЕЕВ,**  
заведующий отделением клиники урологии  
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,  
профессор, доктор медицинских наук.

### КАЛЕЙДОСКОП

#### КОФЕ С КОФЕИНОМ ПОЛЕЗЕН

*Ученые из университета Колорадо, пришли к выводу, что у людей, которые регулярно выпивают одну чашку кофе в день, риск развития сердечной недостаточности значительно ниже, чем у тех, кто этот напиток не пьет совсем. Более того, вторая чашка кофе в день уменьшает этот риск на 30%.*

*Примечательно, что кофе без кофеина вообще не влияет на риск развития сердечной недостаточности, а иногда его даже повышает. Данный факт натолкнул исследователей на мысль, что в основе положительного влияния кофе на работу сердца лежит именно кофеин.*