

## НЕЗАСЛУЖЕННАЯ «НЕСПРАВЕДЛИВОСТЬ»

*Недержание мочи*

✉ «...Мне 56 лет. В последнее время все чаще замечаю, что нижнее белье мокрое. Это бывает даже после посещения туалета: такое ощущение, что моча постоянно подтекает. Подруга сказала мне, что это состояние – последствие климакса. Неужели мне теперь всю жизнь придется ходить с прокладками?».

**Т.В. Иванова,**  
**г. Тверь.**

Недержание мочи, или инконтиненция, – этим термином называют произвольное выделение мочи из мочевого пузыря. Недержание мочи не имеет гендерного признака, и тем не менее эта проблема незаслуженно преследует в основном прекрасную половину человечества. И здесь нельзя винить какой-то один фактор: это комплекс анатомических нейрогуморальных причин. Основными факторами, из-за которых женщины незаслуженно страдают, являются относительно короткий (в сравнении с мужским) мочеиспускательный канал, несовершенный и уязвимый опорно-связочный аппарат органов малого таза – и в первую очередь уретры и мочевого пузыря, беременность и роды, а также более раннее, чем у мужчин, угасание функции половых желез.

Если обратиться к официальной статистике, то примерно половина женщин после 60 лет периодически (или постоянно) сталкивается с проблемой недержания мочи. Объем потерь мочи может принципиально отличаться – от нескольких капель (ургентная форма) до тотального подтекания (стрессовая форма). Порой женщине приходится использовать не только урологические прокладки, но и даже памперсы – в зависимости от степени проблемы.

**Стрессовое недержание мочи**, или недержание мочи при напряжении. Этот вид связан с несостоятельностью анатомических структур органов малого таза. В данном слу-

чае подтекание мочи возникает в ситуациях, связанных с повышением внутрибрюшного давления. Факторами риска становятся заболевания, сопровождающиеся кашлем, чиханием, запорами. Кроме того, подтекание мочи сопровождается физические нагрузки, смех или иные эмоциональные состояния.

Механизм недержания в этом случае прост. Повышенное внутрибрюшное давление передается на наполненный мочевой пузырь. Соответственно, чтобы моча в нем удерживалась, ответственные за это структуры должны противостоять этому повышенному давлению. И если у молодых женщин это происходит без труда, то с возрастом, когда мышцы и связки, как говорится, уже не те, моча в момент напряжения может выделяться против воли хозяйки.

**Ургентное недержание мочи** (от англ. urgent – срочный, безотлагательный, назойливый). Его возникновение особо не связано с дефектом мышечных и связочных структур таза. Причиной его происхождения служат неполадки в дне и шейке мочевого пузыря – областях, в которых располагаются так называемые рецепторы растяжения. В норме эти рецепторы сообщают хозяину о постепенном наполнении мочевого пузыря. При чрезмерном раздражении рецепторов любое незначительное наполнение мочевого пузыря воспринимается ими как чрезмерное и требующее немедленного мочеиспускания. В этой ситуации сигнал, который поступает в мозг женщины, не позволяет долго размышлять. Рецепторы сигналият настойчиво и неумолимо (ургентно), заставляя мышцы мочевого пузыря отвечать постоянными некоординированными сокращениями. Если поблизости не окажется туалета, то удержать мочу в мочевом пузыре женщине может не удастся.

Что же приводит эти рецепторы в состояние повышенной тревоги? Это любые состояния, которые сопровождаются изменением анатомии или структуры этой зоны мочевого пузыря. В частности, воспалительные изменения мочевого пузыря, заболевания половых органов, опухоли и предопухолевые состояния, поражения стенки мочевого пузыря

при сахарном диабете. Отдельного внимания заслуживают изменения топографии мочевого пузыря – речь чаще всего идет об опущении стенок влагалища и последующем опущении мочевого пузыря. Мочевой пузырь, тесно связанный с передней стенкой влагалища, незамедлительно реагирует на ее опущение. Оставшееся без надежной поддержки, провисающее дно мочевого пузыря натягивается, что приводит рецепторы растяжения в состояние боевой готовности.

**Смешанное недержание мочи.** Этот вид заболевания соединяет в себе два предыдущих: чрезмерное раздражение рецепторов и связанные с этим сокращения мышцы мочевого пузыря сочетаются со слабостью удерживающих мочу в мочевом пузыре структур (мышцы, связки, фасции).

Чаще всего подобное состояние возникает у женщин в менопаузе. Мочевой пузырь, как и структуры, его окружающие и фиксирующие на своем месте, являются гормонозависимыми. Возрастной дефицит половых гормонов, возникающий из-за угасания функции яичников, приводит к изменениям в слизистой оболочке мочевого пузыря, оголяя рецепторы растяжения и снижая порог их возбудимости. Одновременно гормональный голод испытывают мышцы и связки, ответственные за удержание мочи в мочевом пузыре. Вкупе все это повышает риск недержания мочи.

Многие из женщин считают недержание чуть ли не нормой: мол, с возрастом все этим страдают. Это является ошибкой. При любой степени выраженности проблемы необходимо обратиться за помощью. Причем чем раньше женщина обратится к специалисту, тем выше шансы обойтись без оперативного лечения.

Занимаются проблемой недержания два специалиста: уролог и гинеколог. Специфика проблемы такова, что тесное топографическое соседство мочевых и половых органов женщины делает их нормальное функционирование во многом взаимозависимым. Эти факты стали в свое время основополагающими для создания отдельных урогинекологических направлений.

Сначала обычно составляется анамнез заболевания на основе жалоб пациентки. Далее проходит исследование мочевых и половых путей в гинекологическом кресле с обязательным выполнением так называемого кашлевого теста (он предусматривает наличие мочи в мочевом пузыре). Обязательно также проводится обследование женщины на предмет опущения половых органов. Дополнительными диагностическими тестами являются УЗИ и урофлоуметрия (компьютерная оценка акта мочеиспускания). В сложных диагностических случаях, например, при подозрении на смешанное происхождение недержания или после ранее уже перенесенных операций, возможно выполнение комплексного уродинамического исследования (инструментальная оценка функционального состояния мочевого пузыря и мочеиспускательного канала). Исследование неболезненное, предполагает предварительное введение катетера в мочевой пузырь с последующим измерением тонуса, чувствительности и сократительной способности органа. Как правило, перечисленного комплекса достаточно для того, чтобы определиться с типом недержания мочи и принять верное стратегическое решение.

Современные подходы лечения недержания заключаются в следующем: при стрессовом недержании легкой степени (1 прокладка в сутки) возможна попытка консервативного лечения. Оно предусматривает тренировку мышц промежности и влагалища, к передней стенке которого тесно прижимается мочеиспускательный канал. Основными и наиболее изученными в этом случае являются упражнения Кегеля и занятия с влагалищными шариками.

Упражнения Кегеля состоят из нескольких этапов. Первый – установить, где находятся мышцы тазового дна. Для этого при мочеиспускании следует остановить или замедлить струю мочи несколько раз, не напрягая мышцы живота, ног, ягодиц. Второй – опорожнить мочевой пузырь. Третий – лечь на спину. Четвертый – напрячь мышцы на 5 секунд, потом расслабить. Повторить 4-5 раз. Пятый этап – постепенно увеличивать время напряжения и доводить это до 10 и более секунд.

Эффективность упражнений Кегеля существенно повышается при одновременной работе с влагалищными шариками. Шарик обычно имеет различную форму и размеры; материалы, из которых они изготовлены, и их вес также могут отличаться. Идея состоит в тренировке мышц промежности и влагалища путем упражнений, заключающихся в удержании шариков во влагалище. Вес шариков и время удержания надо постепенно увеличивать. Вначале можно удерживать лежа, потом только стоя. Прекрасно дополняют упражнения плавание и ходьба.

Для повышения тонуса мышц и связок, ответственных за удержание мочи, женщинам в пре- и менопаузе могут быть назначены женские половые гормоны (заместительная терапия, которая проводится длительно, возможно – постоянно) под наблюдением гинеколога. Наиболее распространенными препаратами являются **овестин** (500-1000 мг), **анжелик**, а также **фемостон** (фемостон 2/10 назначают, если менструации сохранены, а фемостон 1/5 – в менопаузе). Противопоказанием к назначению этих препаратов являются опухолевые и предопухолевые заболевания органов репродуктивной системы женщины (матка, яичники, влагалище, молочные железы). При недержании мочи легкой степени некоторые специалисты практикуют введение объемобразующих гелей (укол) в зону сфинктеров, удерживающих мочу.

При недержании мочи средней и тяжелой степеней основное лечение – хирургическое. Задача – «заменить» изношенные связки и поддержать мочеиспускательный канал. Для этого используют специальные петли. Это полоски не рассасывающегося материала (полипропилен) диаметром до 10 мм, которые путем несложных операционных манипуляций (разрез передней стенки влагалища до 15-20 мм) помещаются под среднюю часть мочеиспускательного канала женщины. Этим достигается стабилизация положения уретры, которая сохраняется при любых нагрузках. Петли плотно фиксируются в тканях, практически нерастяжимы. Операция длится не более 20 минут под внутривенной или спинномоз-

говой анестезией. Существуют модификации, когда возможно установление петли под местной анестезией. Эффект наступает сразу же после операции и сохраняется на всю жизнь.

Большого времени и терпения требует консервативное лечение, которое назначают женщинам с ургентным мочеиспусканием. Но и оно тоже очень эффективно. Главная задача в этом случае – выявить причины раздражения рецепторов растяжения. После того, как исключаются выраженные опущение мочевого пузыря, а также воспалительные и онкологические причины, основным фактором, как правило, становится недостаток женских половых гормонов.

Назначаются те же препараты, которые перечислены выше, но к ним для достижения более быстрого и стабильного эффекта добавляют так называемые медиаторные препараты. Это группа синтетических лекарственных средств, которые расслабляют мышцу мочевого пузыря. В результате раздражение рецепторов растяжения не сопровождается столь настойчивым и болезненным сокращением стенки мочевого пузыря, и удерживать мочу больших проблем не доставляет. Речь идет о препаратах **везикар** (5 мг), **везомни** (6/0,4) или **бетмига** (50 мг). Принимать препараты необходимо по 1 таблетке в день длительно (месяцами), сочетая с заместительной гормональной терапией. Через 3-4 месяца можно предпринять попытку отменить медиаторные средства, оставив только гормональные. Эффективность подобной схемы в менопаузе при ургентном недержании мочи достигает 85-90%, то есть помогает 9 женщинам из 10.

Растительных препаратов, которые бы являлись альтернативой заместительной гормональной терапии, не существует.

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