

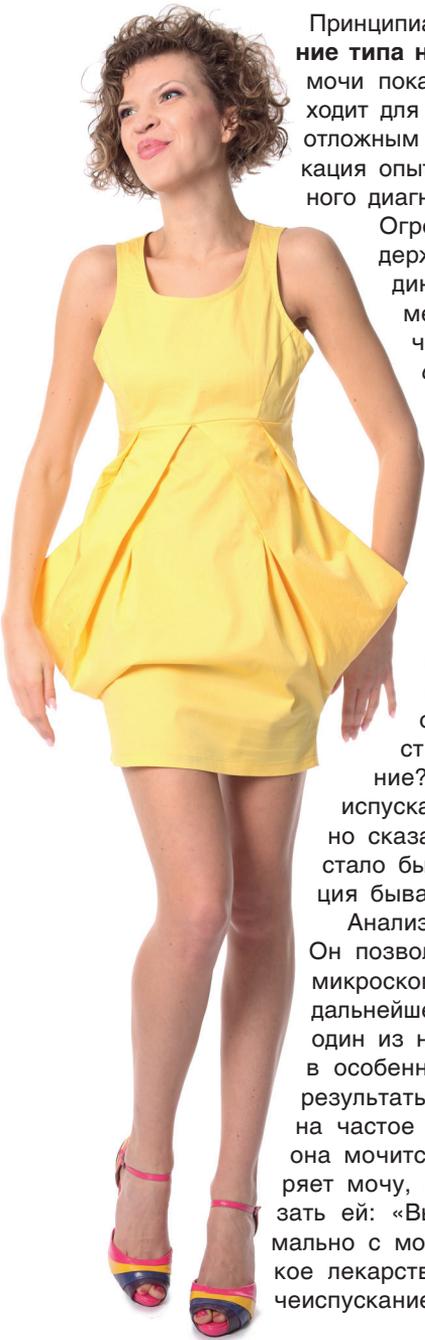
Недержание мочи у женщин

Ведущий консультант центра диагностики и лечения недержания мочи и нарушений мочеиспускания «УРОКЛИНИК», доцент кафедры урологии и андрологии СПб МАПО к. м. н. Александр Викторович Куренков

Проблема *недержания мочи у женщин* очень серьезная. По статистике, недержанием мочи страдают около 27 % женщин. Задумайтесь – получается, что **каждая четвертая женщина страдает непроизвольной потерей мочи!** Конечно, от недержания мочи никто никогда не умирал, но непроизвольная потеря мочи и нарушения мочеиспускания являются едва ли не основными причинами снижения качества жизни у женщин. Это и бытовые неудобства, и ограничение социальной активности, и проблемы в личной жизни.

Несмотря на высокую распространенность расстройств мочеиспускания и недержания мочи, большинство пациенток не обращаются за медицинской помощью из-за смущения и отсутствия веры в положительные результаты лечения. К сожалению, и многие врачи отказывают этим пациенткам в проведении доступного обследования, мотивируя это тем, что нарушения функции нижних мочевых путей являются естественным процессом старения организма. Такой подход можно расценивать как абсолютно неправильный, поскольку в настоящий момент существуют различные варианты успешного лечения (медикаментозные средства, хирургические методы, поведенческая терапия или их сочетание), с помощью которых можно значительно улучшить качество жизни пациенток, имеющих симптомы нарушения мочеиспускания. Вопреки устоявшемуся мнению, удержания мочи можно достичь у большинства женщин. Главное – **выбрать правильную тактику лечения, основанную на индивидуальном подходе к каждой пациентке.**

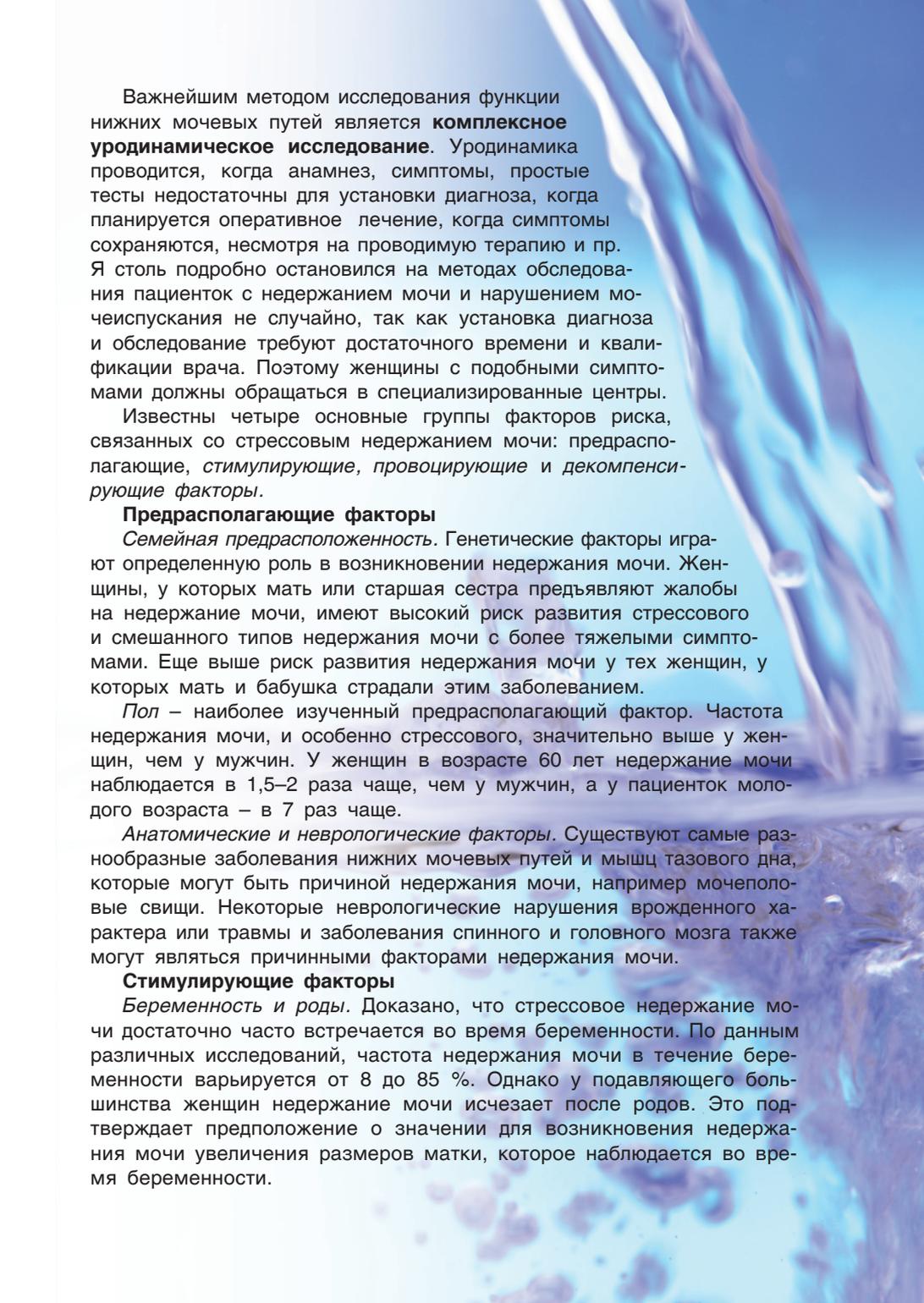
У женщин мы встречаемся с тремя основными типами недержания мочи. *Стрессовое недержание мочи* связано с физической активностью и возникает при кашле, смехе, чихании, сексуальных контактах. *Ургентное недержание* связано с неотложным позывом к мочеиспусканию. Существуют и *смешанные формы недержания мочи*, при которых наблюдается недержание мочи при физической активности и недержание вслед за неотложным позывом. Нужно отметить, что имеется зависимость типа недержания мочи от возраста пациентки. Недержание мочи при напряжении чаще встречается у молодых женщин, а смешанные формы характерны для пациенток пожилого возраста.



Принципиальным моментом является **точное определение типа недержания мочи**. При стрессовом недержании мочи показано хирургическое лечение, которое не подходит для пациенток с недержанием мочи в связи с неотложным позывом. Поэтому важны не только квалификация опыт и врача, но и наличие в клинике современного диагностического оборудования.

Огромное значение в диагностике и лечении недержания мочи имеют точные знания анатомии и динамической функции тазового дна, их роли в механизме удержания мочи. Диагностика включает тщательно собранный *анамнез*, *базовое обследование* и *специальные методы исследования*. Первое, на чем хотелось бы остановиться, это симптомы недержания мочи и нарушения мочеиспускания. *Симптомы – это жалобы пациентки*. Женщины приходят к врачу с большим количеством симптомов. И на них «не висят ярлыки». Я считаю, что даже если пациентка обратилась с такими симптомами, как urgency, частое мочеиспускание, недержание мочи, врач обязательно должен задать ей дальнейшие вопросы, например: «У вас есть какие-нибудь проблемы с опорожнением мочевого пузыря? Какая у вас струя мочи? Легко ли вам начать мочеиспускание? Прерывается ли струя мочи во время мочеиспускания?» И так далее. Далеко не всегда можно сказать: «У этой пациентки такие-то симптомы, и, стало быть, ее надо лечить вот так!» Подобная ситуация бывает редко.

Анализ мочи – очень важный метод исследования. Он позволяет исключить инфекцию мочевых путей или микроскопическую гематурию, а это уже другой путь дальнейшего обследования. **Дневник мочеиспускания** – один из наиболее важных способов оценки симптомов, в особенности связанных с накоплением мочи. Иногда результаты его удивляют. Например, пациентка жалуется на частое мочеиспускание, а в дневнике отмечено, что она мочится 6 раз за сутки хорошими объемами, не теряет мочу, и в чем тогда проблема? Остается лишь сказать ей: «Вы не ходите в туалет часто! У вас все нормально с мочеиспусканием! И я не смогу вам дать никакое лекарство, которое поможет сделать нормальное мочеиспускание еще лучше».



Важнейшим методом исследования функции нижних мочевых путей является **комплексное уродинамическое исследование**. Уродинамика проводится, когда анамнез, симптомы, простые тесты недостаточны для установки диагноза, когда планируется оперативное лечение, когда симптомы сохраняются, несмотря на проводимую терапию и пр. Я столь подробно остановился на методах обследования пациенток с недержанием мочи и нарушением мочеиспускания не случайно, так как установка диагноза и обследование требуют достаточного времени и квалификации врача. Поэтому женщины с подобными симптомами должны обращаться в специализированные центры.

Известны четыре основные группы факторов риска, связанных со стрессовым недержанием мочи: *предрасполагающие, стимулирующие, провоцирующие и декомпенсирующие факторы*.

Предрасполагающие факторы

Семейная предрасположенность. Генетические факторы играют определенную роль в возникновении недержания мочи. Женщины, у которых мать или старшая сестра предъявляют жалобы на недержание мочи, имеют высокий риск развития стрессового и смешанного типов недержания мочи с более тяжелыми симптомами. Еще выше риск развития недержания мочи у тех женщин, у которых мать и бабушка страдали этим заболеванием.

Пол – наиболее изученный предрасполагающий фактор. Частота недержания мочи, и особенно стрессового, значительно выше у женщин, чем у мужчин. У женщин в возрасте 60 лет недержание мочи наблюдается в 1,5–2 раза чаще, чем у мужчин, а у пациенток молодого возраста – в 7 раз чаще.

Анатомические и неврологические факторы. Существуют самые разнообразные заболевания нижних мочевых путей и мышц тазового дна, которые могут быть причиной недержания мочи, например мочеполовые свищи. Некоторые неврологические нарушения врожденного характера или травмы и заболевания спинного и головного мозга также могут являться причинными факторами недержания мочи.

Стимулирующие факторы

Беременность и роды. Доказано, что стрессовое недержание мочи достаточно часто встречается во время беременности. По данным различных исследований, частота недержания мочи в течение беременности варьируется от 8 до 85 %. Однако у подавляющего большинства женщин недержание мочи исчезает после родов. Это подтверждает предположение о значении для возникновения недержания мочи увеличения размеров матки, которое наблюдается во время беременности.



Хирургические операции на органах малого таза. Некоторые виды операций, выполняемых на органах малого таза, способствуют нарушению функций нижних мочевых путей и тазовой диафрагмы. К ним можно отнести радикальную гистерэктомию (удаление матки), радикальные операции по поводу рака прямой кишки, влагалищные операции с широким рассечением тканей. Лучевая терапия области малого таза также может приводить к повреждению нервно-мышечных структур, ответственных за удержание мочи.

Провоцирующие факторы

Ожирение – доказанный фактор риска развития недержания мочи, особенно стрессового. Избыточная масса тела у тучных женщин приводит к повышению внутрибрюшного и соответственно внутрипузырькового давления, а также к напряжению и последующей слабости мышц, нервов и соединительной ткани тазового дна.

Запоры. Задержка каловых масс ведет к «натяжению» мышц тазового дна и торможению их сократительной способности, что способствует развитию стрессового недержания мочи.

Заболевание легких и курение. Заболевания, которые приводят к повышению внутрибрюшного давления (хронический бронхит, эмфизема легких), увеличивают риск развития недержания мочи. Существуют подтвержденные клиническими исследованиями данные о связи курения и недержания мочи. У курящих женщин недержание мочи развивается в 2–3 раза чаще, чем у некурящих.

Инфекция мочевых путей. Существуют данные, что стрессовое недержание мочи может наблюдаться у 25 % женщин с острыми воспалительными заболеваниями нижних мочевых путей.

Декомпенсирующие факторы, воздействуя на организм женщины, ведут к снижению способности к удержанию мочи. Сами по себе они не вызывают недержания мочи, однако при наличии предрасполагающих, стимулирующих и провоцирующих факторов способствуют смещению баланса удержание–недержание в худшую сторону.

Существуют консервативные и хирургические методы лечения стрессового недержания мочи.

Консервативное лечение заключается в изменении жизненных стереотипов, выполнении упражнений для мышц промежности и других видах лечения, которые могут улучшить функциональное состояние мышц



тазового дна. Традиционно консервативное лечение рассматривается как первая линия. Однако результаты этого лечения не вселяют оптимизма. С точки зрения функционального результата хирургические методы лечения, несомненно, более эффективны.

Мне хотелось бы отметить несколько принципиально важных аспектов **хирургического лечения** недержания мочи при напряжении. Первое: **лечение должно быть ориентировано на пациента.** Иными словами, пациентка должна понимать, что она ожидает от предлагаемого лечения. Второе – **хирург, выполняющий вам операцию, не должен проводить такие вмешательства от случая к случаю.** Поэтому оперироваться предпочтительно в клиниках, где работают экспертные специалисты, владеющие всеми методами лечения.

В настоящее время существуют три основных направления хирургических методов лечения недержания мочи при напряжении: субуретральное введение объемобразующих препаратов, субуретральный слинг, коль-посуспензии.

К малоинвазивным методам лечения стрессового недержания мочи относится **введение объемобразующих препаратов в подслизистую мочеиспускательного канала.** В результате просвет канала сужается и моча лучше удерживается. Особенности метода являются невысокая эффективность – около 30 %, ограниченная продолжительность положительного результата – от 3 до 6 месяцев и необходимость повторных процедур. Метод применяется для лечения пожилых пациенток с сопутствующей патологией, не позволяющей провести анестезиологическое пособие, молодых нерожавших женщин или пациенток, отказывающихся от хирургического лечения, но желающих улучшить ситуацию. Все пациентки обязательно должны быть информированы об эффективности этого метода лечения.

Операция **субуретрального слинга** заключается в том, что под среднюю часть мочеиспускательного канала помещается синтетическая петля – слинг. Она исполняет роль своеобразного протеза, создавая опоры для собственного сфинктера, что улучшает его функцию. Петля, изготовленная из биоинертного материала, прорастает собственной тканью и не ощущается женщиной. Операция выполняется через небольшой разрез влагалища – 1,5 см – с помощью индивидуального набора инструментов и продолжается опытными руками приблизительно 15 минут. Женщина

уже на следующий день может быть выписана. Эффективность операции составляет 92 %. Операция очень деликатная, требует хорошего знания хирургической анатомии. Необходимо знать все нюансы методики, чтобы избежать ранения смежных органов, кровотечения, поздних осложнений (эрозии ленты, ухудшения опорожнения мочевого пузыря или гиперактивности при смешанных формах недержания)

Кольпосуспензии могут применяться для лечения пациенток со стрессовым недержанием мочи в сочетании с другой гинекологической патологией. Если пациентке выполняется лапароскопическая гистерэктомия – удаление матки по поводу миомы, нет никакой необходимости делать дополнительный разрез влагалища и устанавливать слинг. Одновременно с основной операцией проводят лапароскопическую кольпосуспензию (операция Бёрча).

В заключение мне хотелось бы отметить, что **недержание мочи, несмотря на распространенность, никак не может рассматриваться как норма или естественный процесс старения организма женщины. Очевидно, что существует возможность решать эту проблему достаточно эффективно.**

