

Стрессовое недержание мочи

Информационное пособие

1. Что такое стрессовое недержание мочи?
2. Функция мочевого пузыря.
3. Причины стрессового недержания мочи.
4. Диагностика стрессового недержания мочи.
5. Дополнительные методы обследования.
6. Консервативные методы лечения стрессового недержания мочи.
7. Хирургическое лечение.

Что такое стрессовое недержание мочи?

Стрессовое недержание мочи - это непроизвольное подтекание мочи во время напряжения мышц живота. Обычно подтекание мочи происходит при смехе, кашле, чихании, подъеме тяжестей или выполнении физических нагрузок.

Стрессовое недержание мочи существенно снижает качество жизни женщины. Недержание влияет на многие аспекты жизни женщины, ограничивает ее физическую активность. Стрессовое недержание мочи встречается у 10-20% женщин, многие из которых не знают, что существуют простые и эффективные способы лечения.

Функция мочевого пузыря.

Когда организм производит мочу, она собирается в мочевом пузыре, при этом стенки мочевого пузыря расслабляются и растягиваются. Когда мочевой пузырь наполняется до определенного уровня женщина начинает чувствовать позывы к мочеиспусканию. В тот момент, когда женщина готова, кора головного мозга посылает сигналы, которые вызывают одновременное сокращение стенки мочевого пузыря и расслабление сфинктера (запирающей мышцы) мочеиспускательного канала. Сочетание этих факторов обеспечивает мочеиспускание. В среднем мочевой пузырь опорожняется 5-7 раз в день и один-два раза за ночь.

Мочеиспускательный канал (трубчатый орган, выводящий мочу из мочевого пузыря) поддерживается в нормальном положении мышцами тазового дна. Эти мышцы автоматически сокращаются во время кашля, чихания и физических нагрузок, чтобы предотвратить непроизвольное отхождение мочи. Когда эти мышцы ослаблены или повреждены, происходит непроизвольное отхождение мочи (недержание).

Причины стрессового недержания мочи.

- Повреждение мышц тазового дна в результате

беременности и влагалищных родов.

- Ожирение, хронический кашель, подъем тяжестей, запор - все эти проблемы могут вызвать повышение внутрибрюшного давления и ухудшить стрессовое недержание мочи.
- Наследственные факторы.

Диагностика стрессового недержания мочи.

Врач задаст вам вопросы об обстоятельствах, при которых происходит недержание, и выполнит гинекологический осмотр, чтобы определить наличие сопутствующих заболеваний (например выпадение матки). Женщины страдающие стрессовым недержанием мочи, также могут страдать от ургентного (срочного) недержания мочи, недержания стула и газов прямой кишки. Обязательно сообщите лечащему врачу обо всех своих проблемах.

Дополнительные методы обследования.

- Чтобы определиться с диагнозом, ваш врач может попросить вас покашлять с наполненным мочевым пузырем.
- Вас могут попросить вести дневник мочеиспусканий, в котором вы будете записывать объем потребленной жидкости, количество и время эпизодов мочеиспускания, объем мочи во время эпизодов мочеиспускания. В этот же дневник рекомендуется записывать все эпизоды недержания (непроизвольного мочеиспускания).
- Вам могут порекомендовать уродинамическое обследование мочевого пузыря. При этом описываются возможности мочевого пузыря наполняться и опорожняться, а также механизм и причины недержания.
- Ультразвуковое обследование (УЗИ) используется, чтобы определить количество мочи, которое остается в мочевом пузыре после мочеиспускания. Также УЗИ может указать на некоторые иные причины недержания.
- По показаниям, выполняют анализ мочи на инфекцию.

В результате полноценного обследования врач сможет спланировать оптимальное для вас лечение.

Консервативные методы лечения стрессового недержания мочи.

Обычно в первую очередь рекомендуется консервативное (не хирургическое) лечение.

- *Изменение образа жизни.* Пейте достаточно жидкости, чтобы моча отходила 4-6 раз в день (обычно 1.5- 2 литра). Поддержание здорового веса существенно облегчает симптомы недержания. Избегайте запоров, воздерживайтесь от курения - это также поможет избежать недержания.
- *Упражнения на мышцы тазового дна.* До 75% женщин отмечает улучшение состояния при выполнении упражнений на повышение тонуса и выносливости мышц тазового дна. Как и в случае с любыми другими упражнениями, оптимально регулярное выполнение упражнений на протяжении длительного времени. Обычно эффект наступает в течение 3-6 месяцев регулярных нагрузок. Вам могут дать направление к физиотерапевту, который специализируется на упражнениях для мышц тазового дна. Существуют также специальные упражнения для облегчения ургентного недержания мочи.
- *Механические устройства для удержания мочи.* Для контроля за отделением мочи возможно использование

специальных влагалищных устройств. Эти устройства можно применять, как перед ожидаемой физической нагрузкой (занятиями спортом), так и на постоянной основе (пессарий). Некоторые женщины используют обычные тампоны для предотвращения недержания во время физической нагрузки, занятий спортом. Подобные устройства обычно используются женщинами со слабо выраженными симптомами или теми, кто ожидает операции.

Хирургическое лечение.

Цель хирургического лечения - исправить слабость связочного аппарата поддерживающего шейку (нижнюю часть) мочевого пузыря. Беременность и роды существенно ухудшают результаты подобных операций. В связи с этим, многие хирурги избегают хирургического лечения, до тех пор пока женщина не примет решения о том, что она больше не планирует иметь детей.

Петлевая (слинговая) операция с расположением петли под мочеиспускательным каналом. До 1993 года лечение стрессового недержания мочи обычно заключалось в операции с большим разрезом на животе. В настоящее время общепринятыми являются операции с использованием перманентной петли (слинга). Петля размещается под средней частью мочеиспускательного канала и поддерживает канал во время напряжения мышц живота (при кашле, чихании, физических нагрузках). Для выполнения этой операции хирург выполняет небольшой надрез (около 1-2 см) во влагалище и петля размещается в нужном положении.

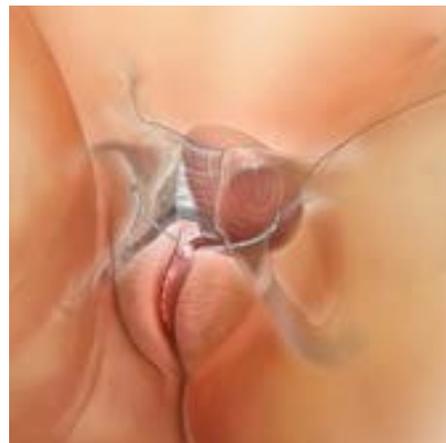
- Существует несколько вариантов размещения петли. Позадилонная петля проходит под мочеиспускательным каналом, позади лобковой кости и выходит через два небольших разреза на животе перед лобковой костью.

Позадилонная петля.



- Трансобртураторная петля проходит под средней частью мочеиспускательного канала и выходит через два небольших разреза на промежности.

Трансобртураторная петля



- Мини-слинги проходят под мочеиспускательным каналом и фиксируются в толще тканей промежности. В отличие от позадилонной и трансобртураторных петель, которые выводятся на кожу, у мини-слингов разрезов на коже нет. Мини-слинги наименее инвазивны, но и наименее изучены на данный момент.

Мини-слинг.



Большинство женщин (80-90%), которым устанавливается позадилонная или трансобртураторная петля, отмечают существенное улучшение симптомов или полностью излечиваются. Данные по долговременному применению мини-слингов пока отсутствуют.

Петлевые (слинговые) операции не предназначены для лечения симптомов ургентного недержания. В то же время до 50% женщин отмечают улучшение симптомов ургентного недержания после такой операции. К сожалению, у небольшого количества женщин ургентное недержание может стать хуже после установления слинга.

Период восстановления после операции обычно составляет 2-4 недели. Некоторые женщины испытывают боли в промежности на протяжении нескольких недель. Нередко наблюдается небольшое влагалищное кровотечение.

Синтетический материал, из которого сделана петля, хорошо зарекомендовал себя и применяется на протяжении многих лет. Однако использование сходных синтетических материалов для иной операции (пластики влагалища), привело к осложнениям. В связи с этим мы разработали дополнительное информационное пособие (см. www.yourpelvicfloor.org/mesh-mid-urethral-slings/).

Аутогенные фасциевые петли (слинги). Аутогенные петли изготавливаются из собственной ткани пациентки. Операция делается под общей анестезией и включает в себя два этапа. На первом этапе хирург забирает отрезок фасции (слой плотной соединительной ткани) шириной 1-3 см из прямой брюшной стенки через поперечный разрез на животе (похожий на разрез при кесаревом сечении); либо из мышц внутренней поверхности бедра через небольшой разрез на коже бедра. На втором этапе операции небольшой разрез выполняется во влагалище под мочеиспускательном каналом и отрезок фасции размещается под каналом и фиксируется к стенке брюшной полости. Разрез влагалища зашивают. Результаты такой операции сравнимы с установлением синтетической петли, больные излечиваются или отмечают существенное улучшение в 80-90%.

Операция Берча (кольпосуспензия). На протяжении длительного времени считалась общепринятой для лечения стрессового недержания. Она проводится либо через большой (10-12 см) разрез внизу живота (открытая кольпосуспензия), либо через небольшие отверстия на животе, с помощью эндоскопических инструментов (лапароскопическая кольпосуспензия). Во время операции ткани влагалища, расположенные под мочевым пузырем, подшиваются к задней поверхности лонной кости путем наложения 4-6 швов из постоянного шовного материала. Эти швы поддерживают шейку мочевого пузыря и мочеиспускательный канал, и тем самым восстанавливают функцию удержания мочи. Открытая кольпосуспензия сравнима по результатам со слинговыми операциями, лапароскопическая кольпосуспензия может иметь сходный результат, если выполняется опытным хирургом.

Наполнители. Определенные вещества (наполнители) вводятся в область вокруг шейки мочевого пузыря или напрямую в сфинктер (запирательную мышцу) мочеиспускательного канала. Наполнители вызывают уменьшение диаметра мочеиспускательного канала. Обычно эта операция выполняется под местной анестезией. Некоторые женщины испытывают временное жжение и неприятные ощущения во время отхождения мочи после операции. Нередко инъекцию приходится выполнять несколько раз. Другие возможные осложнения зависят от конкретного наполнителя - обсудите их с врачом.

Дополнительную информацию вы можете найти по ссылке www.YourPelvicFloor.org.