

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО» МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

*(эпидемиология, классификация, патогенез, диагностика, врачебная тактика)*

*Коллектив авторов: Чурилов А. В. - д.м.н., профессор; Мацынин А. Н. - д.м.н., доцент; Чурилов А. А. - врач акушер-гинеколог  
Докладчик - Мацынин А. Н. профессор кафедры акушерства и гинекологии, д. м. н., доцент*

Донецк 2024



# АКТУАЛЬНОСТЬ

Одним из самых распространенных урологических заболеваний у женщин является недержание мочи (НМ) – состояние, которое крайне негативно сказывается на качестве жизни, хотя и не приводит к серьезным нарушениям общего состояния [1] .

До 70% женщин, страдающих недержанием мочи, умалчивают о своей проблеме и мирятся со своим состоянием, что связано не только с интимностью данного вопроса и нежеланием обсуждать, но и с отсутствием доступной информации о современных лечебно-профилактических возможностях.

На этом фоне наиболее приоритетными задачами являются не столько успехи в лечении и профилактике недержания мочи у женщин, кажущиеся наиболее важными задачами, сколько грамотная и массовая профилактическая работа с женским населением, что приведет к улучшению диагностики данного патологического состояния с последующим его лечением.

*1. Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. Lancet 2006;Jan7;367(9504):57-67. doi: 10.1016/S0140-6736(06)67925-7*

## НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Методические рекомендации № 4



Согласно отечественным исследованиям около 38,6 % [2] женского населения отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи.

По результатам опроса более 3 тыс. женщин недержание мочи регулярно проявлялось у 20 %.

Эпидемиологические данные, представленные Международным обществом по проблемам удержания мочи (International Continence Society, ICS), показывают, что НМ при напряжении (НМПН) широко распространено в США и странах Европы, где данным заболеванием страдают от 34 до 38 % женщин.

Несмотря на то, что НМ достаточно широко распространено, обращаемость за помощью в нашей стране низкая. В развитых странах число таких пациенток составляет около 30 %, а в России – не более 10 % [3].

Данный факт обусловлен многими **причинами**, среди которых - **неосведомленность пациентов и врачей амбулаторного звена, отсутствие должной информации, интимностью проблемы и отношение больных к данной проблеме как к естественному процессу старения.**

2. HUNSKAAR S, LOSE G, SYKES D, VOSS S. THE PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN IN FOUR EUROPEAN COUNTRIES. BJU INT. – FEB 2004. – 93 (3): 324 – 3.

3. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ ПОД РЕДАКЦИЕЙ АЛЯЕВА, – М – 2017 Г.

# НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

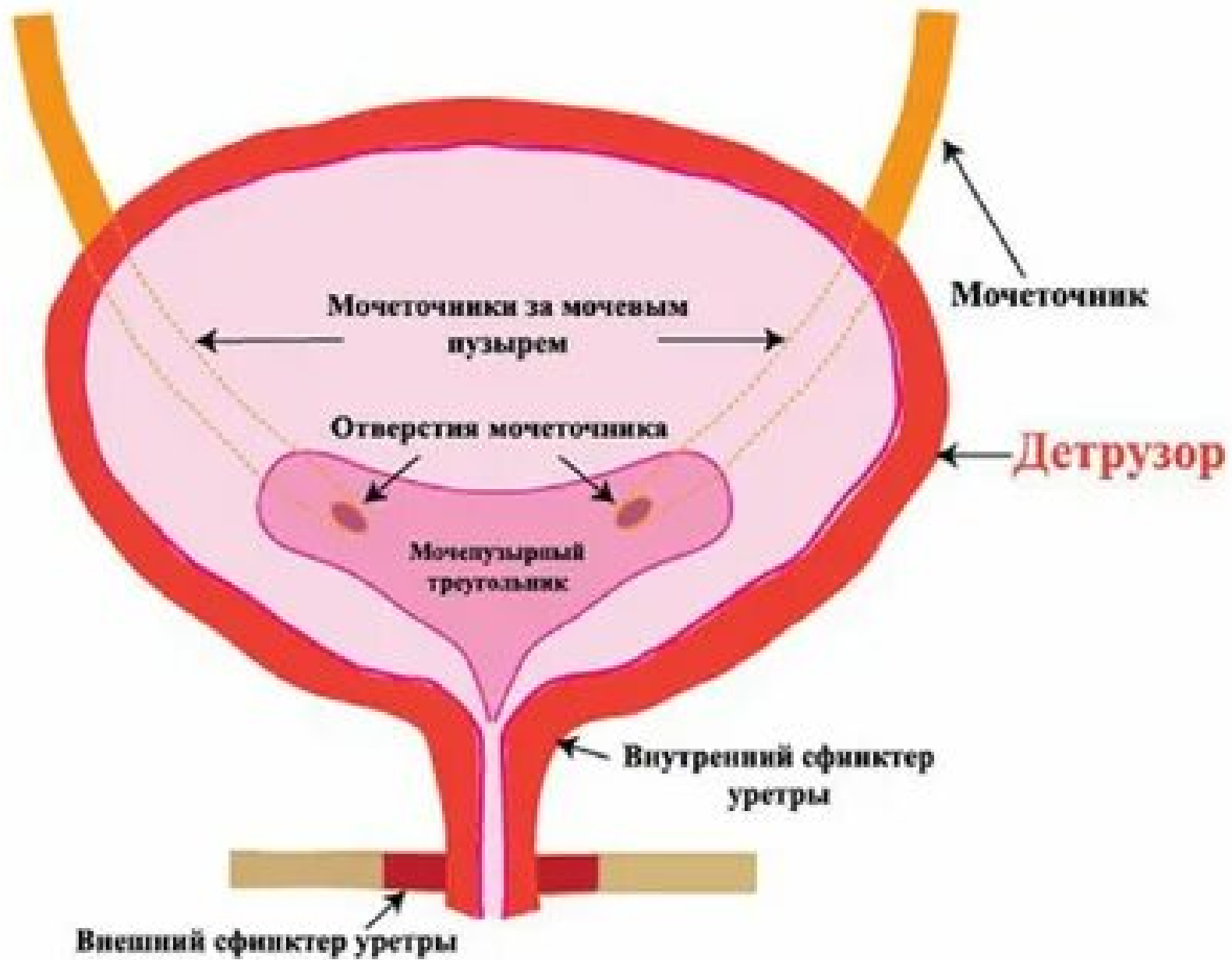
*это патологическое состояние, характеризующееся любым  
непроизвольным выделением мочи из уретры.*



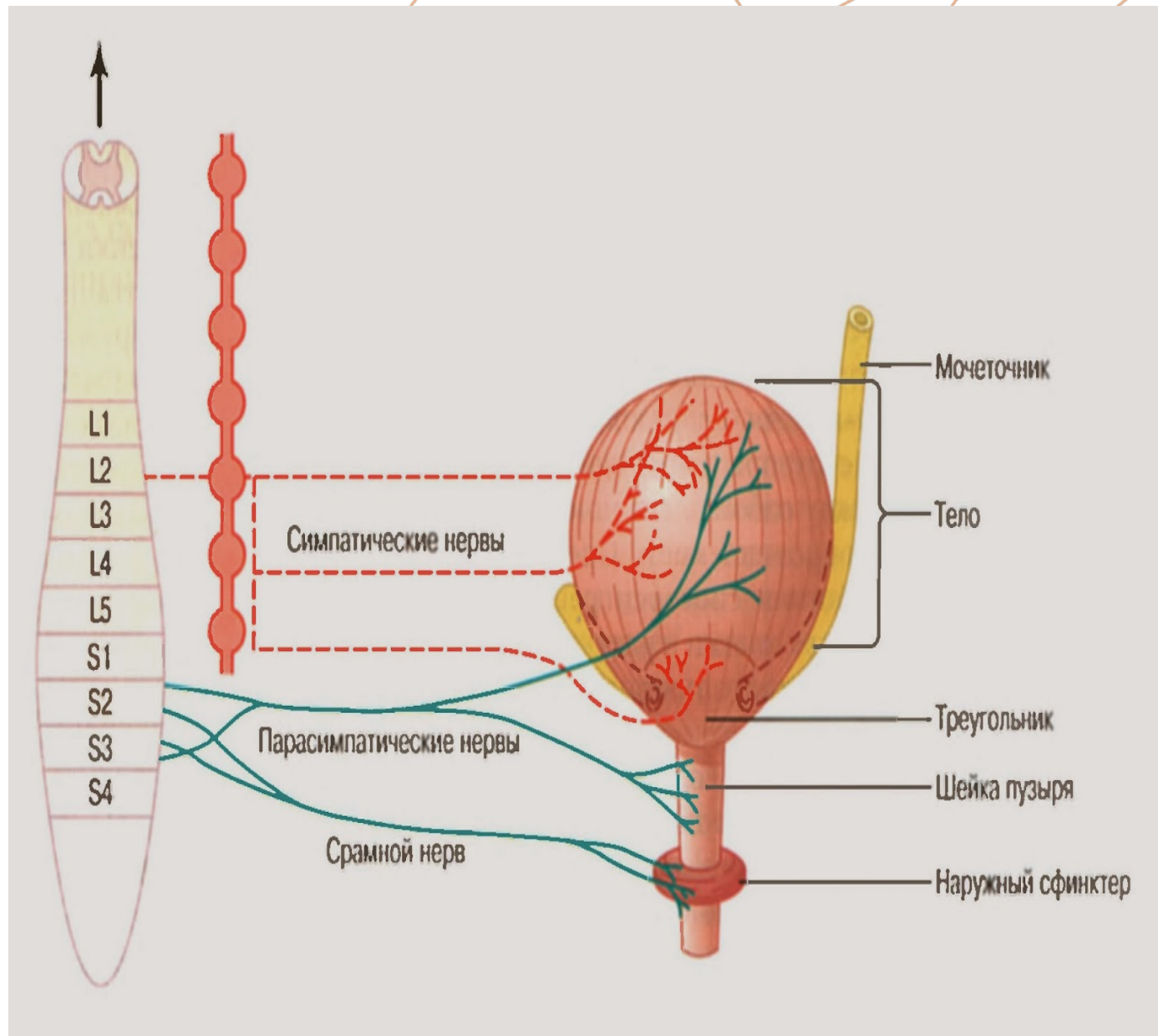
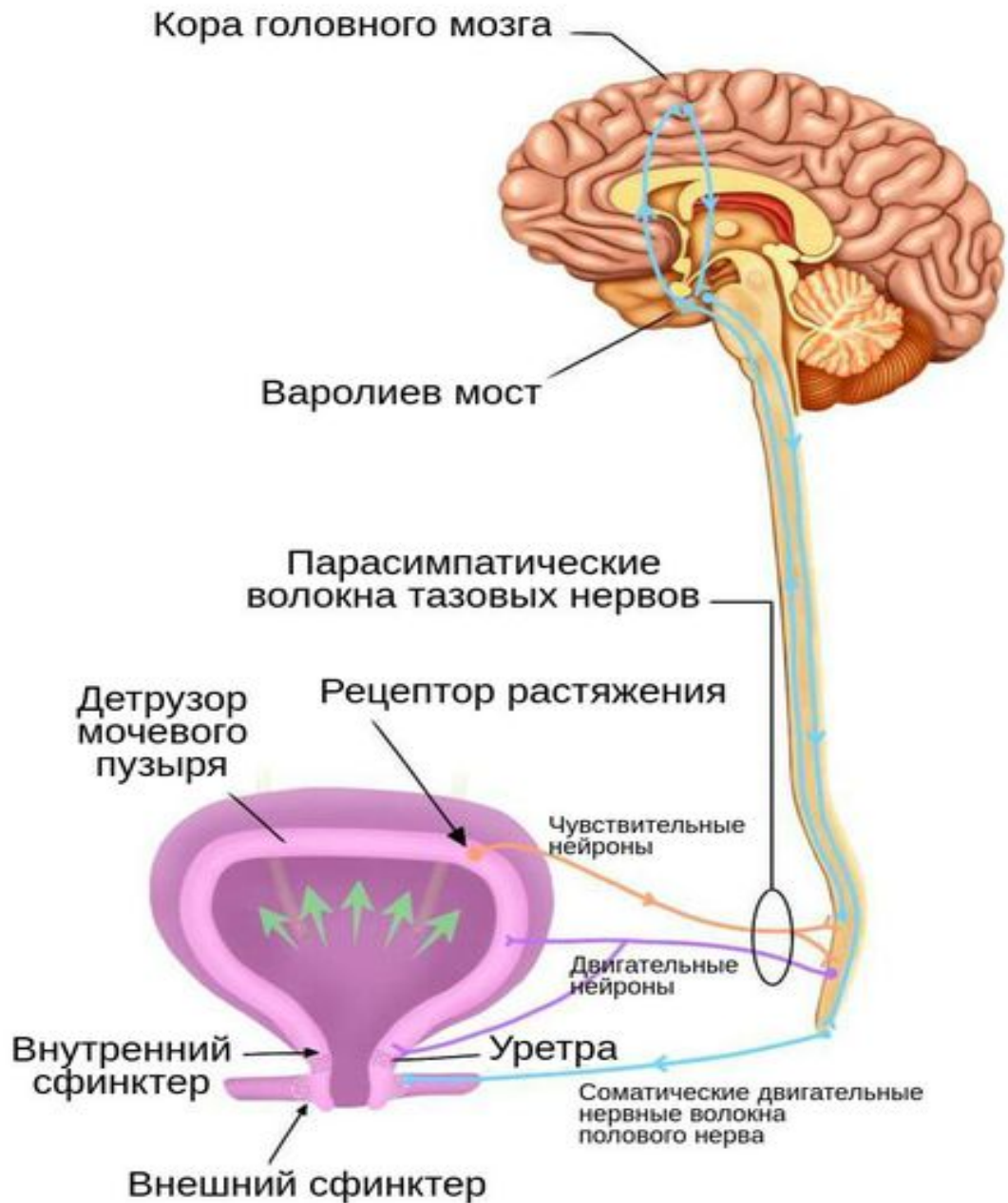
# ТЕРМИНОЛОГИЯ

- Недержание мочи при напряжении (стрессовое) – *непроизвольное выделение мочи из уретры при физических усилиях, кашле и чихании*
- Ургентное (императивное) недержание мочи – *непроизвольное выделение мочи из уретры при интенсивных повелительных позывах к мочеиспусканию*
- Энурез (ночное недержание мочи) – *непроизвольное выделение мочи из уретры во время сна*
- Ситуационное недержание мочи – *непроизвольное выделение мочи из уретры при различных обстоятельствах, например, при половом акте, смехе и т.д.*
- Парадоксальная ишурия – *непроизвольное выделение мочи из уретры при одновременно существующей хронической задержке мочи*
- Гиперактивный мочевой пузырь – *комплекс симптомов, сопровождающийся ургентными позывами к мочеиспусканию, а также учащенным мочеиспусканием и ноктурией, НМ или без такового, при отсутствии доказанной инфекции мочевыводящих путей или другой очевидной патологии нижнего отдела мочевыводящих путей*

# АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ



# АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

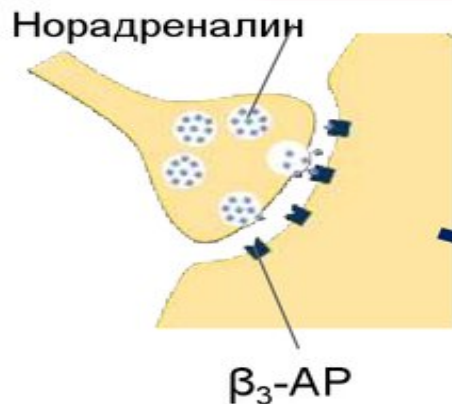


# АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ

## Нервная регуляция нижних мочевых путей

### Наполнение МП

Норадреналин связывается с  $\beta_3$ -АР в мышцах детрузора, способствуя расслаблению<sup>1</sup>



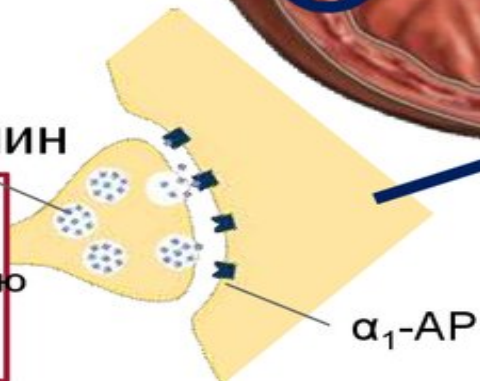
### Опорожнение МП

Парасимпатическая стимуляция опосредована связыванием ацетилхолина с мускариновыми рецепторами, которое приводит к сокращению детрузора<sup>1</sup>



### Норадреналин

Симпатическая стимуляция  $\alpha_1$ -АР приводит к сокращению внутреннего сфинктера<sup>2</sup>



- В мочевом пузыре фаза наполнения цикла мочеиспускания регулируется, прежде всего, симпатической нервной системой<sup>1</sup>
- Напротив, опорожнение мочевого пузыря стимулируется высвобождением ацетилхолина в парасимпатических нервных окончаниях<sup>1</sup>

1. Ouslander JG. N Engl J Med 2004; 350: 786–99
2. Andersson K-E, Wein AJ. In: Wein AJ (Ed). Campbell-Walsh Urology (10th ed). Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2012



# Мочеиспускание

*Мочеиспускание представляет собой сложный рефлекторный акт, заключающийся в одновременном сокращении стенки мочевого пузыря и расслаблении его сфинктера.*

*Непроизвольный рефлекторный центр мочеиспускания находится в крестцовом отделе спинного мозга.*

Первые позывы к мочеиспусканию у взрослых появляются при увеличении объема мочевого пузыря до **150 мл**. Аfferентные (чувствительные) импульсы поступают в спинной мозг в центр мочеиспускания. Отсюда по парасимпатическому нерву импульсы идут к мышце мочевого пузыря и его сфинктеру. Происходит рефлекторное сокращение мышечной стенки и расслабление сфинктера.

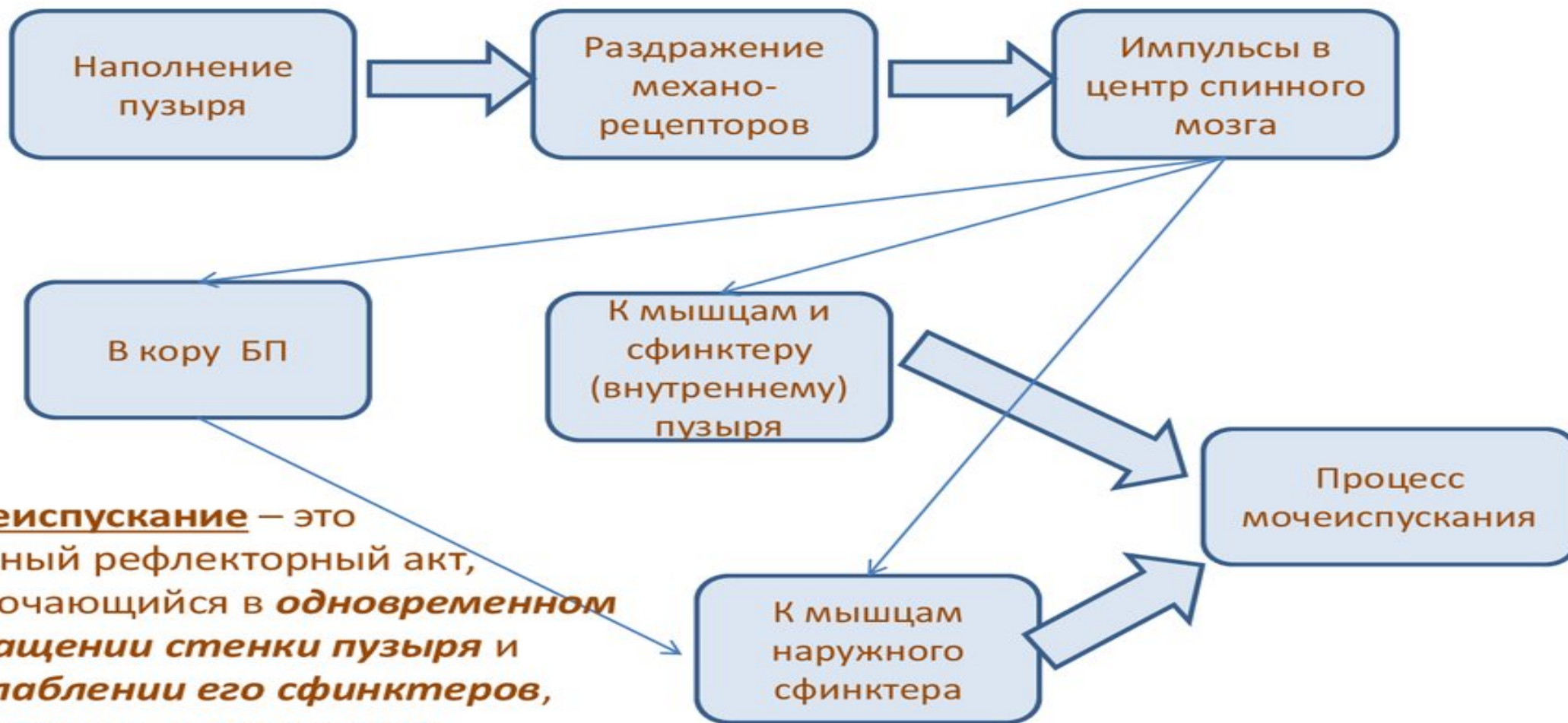
Одновременно от спинального центра мочеиспускания возбуждение передается в кору большого мозга, где возникает ощущение позыва к мочеиспусканию. Импульсы от коры идут к наружному произвольному сфинктеру мочеиспускательного канала. Происходит мочеиспускание.

У новорожденных отсутствует произвольная задержка мочеиспускания, она появляется только к концу первого года. Прочный условный рефлекс задержки мочеиспускания вырабатывается только к концу второго года.

## Физиология мочеиспускания:

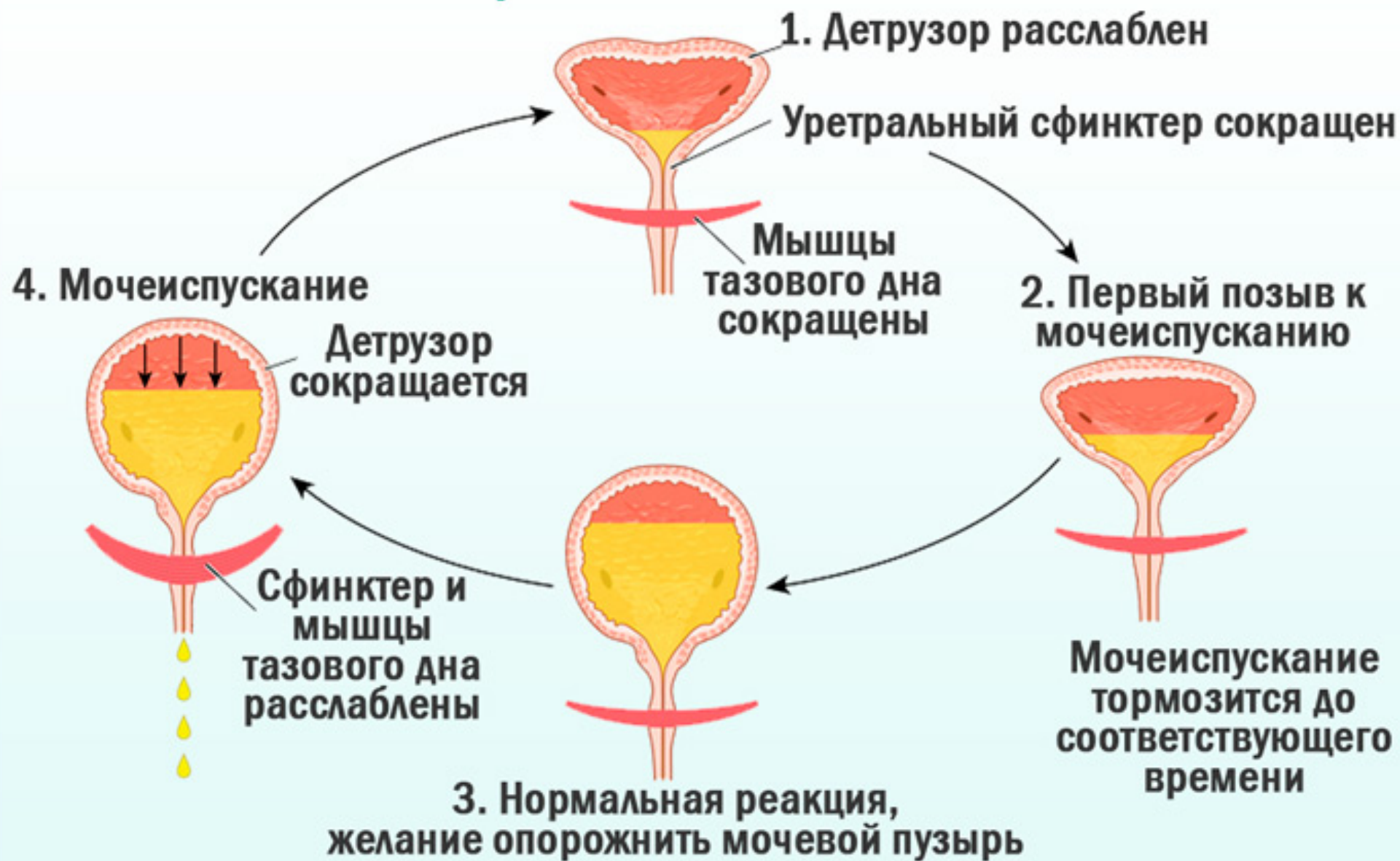
- ✓ В процессе физиологического обеспечения работы нижних мочевых путей организм человека создает и поддерживает определенный тонус поперечно-полосатых мышц передней стенки живота и промежности.
- ✓ Мочевой пузырь медленно накапливает мочу в расслабленный резервуар детрузора ( процесс удержания обеспечивает сомато-висцеральный рефлекс).
- ✓ Физиологически преобладает симпатикотония мочевого пузыря. Детрузор расслаблен. Его размеры медленно адаптируются под объем поступающей мочи.
- ✓ Мочевой пузырь наполняется до физиологически приемлемого уровня. Нервные импульсы по латеральным канатикам спинного мозга поступают в парацентральные доли больших полушарий.
- ✓ Нервная импульсация от двигательной зоны коры больших полушарий к мотонейронам передних рогов S2-4 обеспечивает осознанную регуляцию мочеиспускания.
- ✓ Головной мозг дает команду мышцам брюшного пресса на сокращение и одновременно мышцам наружного сфинктера мочевого пузыря. Реализуется сомато-висцеральный рефлекс.
- ✓ симпатическое влияние угасает и мочевой пузырь переходит под влияние парасимпатической иннервации.
- ✓ Под влиянием ацетилхолина детрузор сокращается, внутренний сфинктер мочевого пузыря расслабляется и накопленная моча покидает мочевой пузырь

# Акт мочеиспускания



**Мочеиспускание** – это сложный рефлекторный акт, заключающийся в **одновременном сокращении стенки пузыря и расслаблении его сфинктеров**, результатом чего является изгнание мочи.

# СХЕМА ПРОЦЕССА МОЧЕИСПУСКАНИЯ



# Регуляция мочевыделения

Нервная регуляция функции мочевого пузыря обеспечивает чередование длительных периодов наполнения и коротких периодов опорожнения.

**Парасимпатические (возбуждающие) волокна** из крестцового отдела спинного мозга в составе тазовых нервов направляются к мышце, выталкивающей мочу (*m. detrusor vesicae*). Возбуждение нервов приводит к **сокращению детрузора и расслаблению внутреннего сфинктера пузыря.**

**Симпатические (задерживающие) волокна** из боковых ядер нижнего отдела спинного мозга направляются в нижний брыжеечный узел. Отсюда возбуждение передаётся по подчревным нервам к мускулатуре пузыря. **Раздражение нервов вызывает сокращение внутреннего сфинктера и расслабление детрузора, то есть приводит к задержке выделения мочи.**

**Чувствительные волокна.** В составе тазовых нервов проходят также чувствительные нервные волокна, **передающие информацию о степени растяжения стенки мочевого пузыря.** Наиболее сильные сигналы о растяжении поступают из заднего отдела мочеиспускательного канала, именно они отвечают за возникновение *рефлекса опорожнения мочевого пузыря.*

**Соматические моторные волокна.** В составе половых нервов проходят соматические моторные волокна, иннервирующие скелетную мускулатуру наружного сфинктера.

# ФОРМИРОВАНИЕ УПРАВЛЯЕМОГО АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ



- Рефлекторная деятельность мочевого пузыря регулируется корой головного мозга - **парацентральная доля**
- **Область передней центральной извилины** – кортикоспинальные волокна в боковых столбах спинного мозга достигают **крестцового отдела (SII – SIV) спинного мозга** – произвольно тормозится или усиливается позыв к мочеиспусканию, за счет ППМ наружного сфинктера
- Чувствительный центр – **средняя треть задней центральной извилины**
- **Субкортикальные центры** – зрительный бугор, гипоталамус

# ФОРМИРОВАНИЕ УПРАВЛЯЕМОГО АКТА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

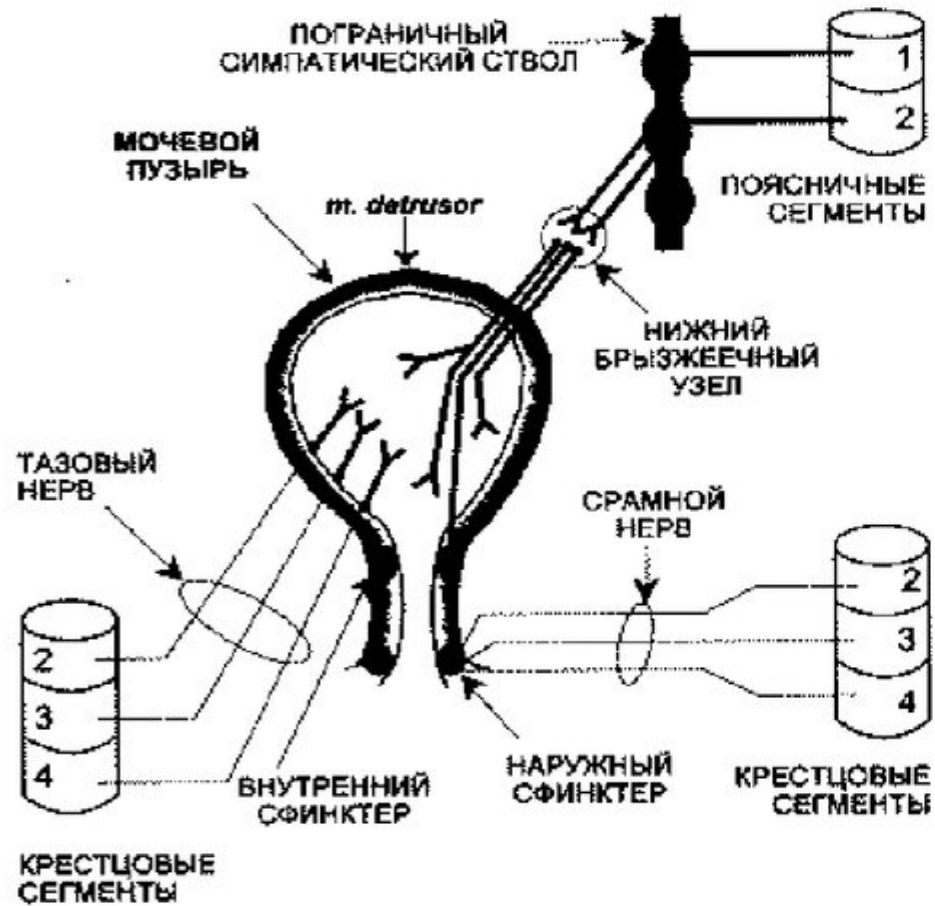


Рис. 1 Иннервация мочевого пузыря

- Основным вегетативным центром является спинальный центр регуляции акта мочеиспускания, располагающийся на уровне пояснично–крестцовых сегментов спинного мозга
- **Симпатический центр (Th XII – L II-III)** за адаптацию МП (по мере заполнения мочевого пузыря мочой давление в нем не повышается)
- **Парасимпатический центр (S1-SIV)** - за вегетативное обеспечение сократительной активности детрузора

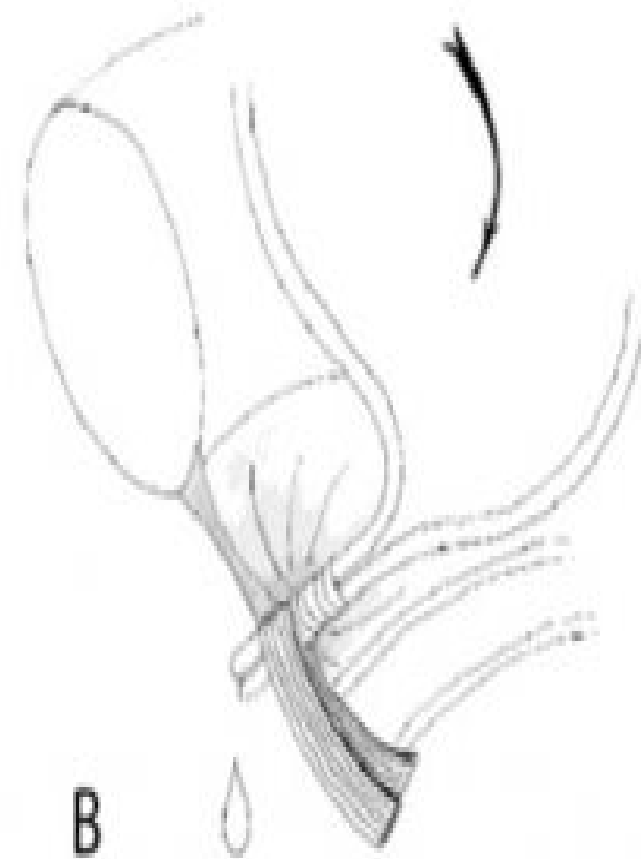
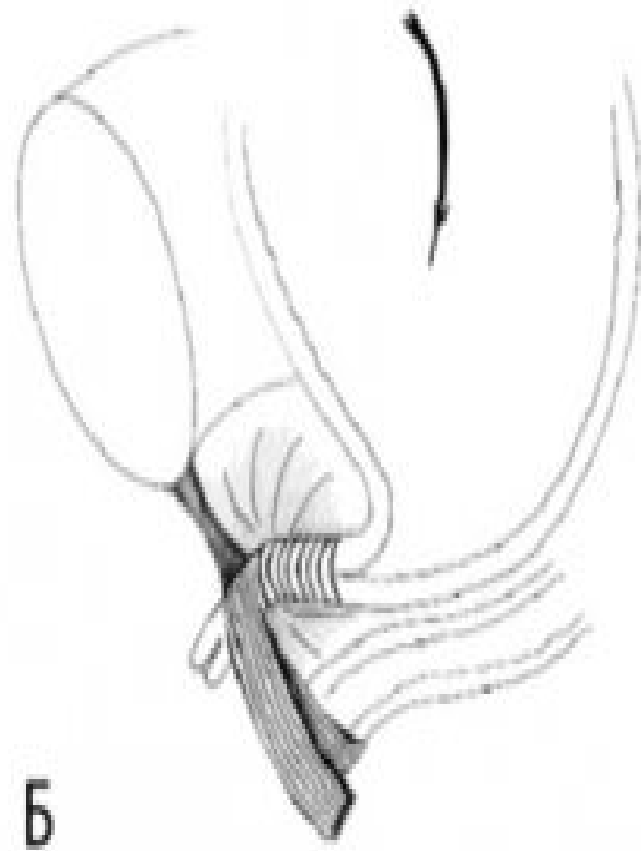
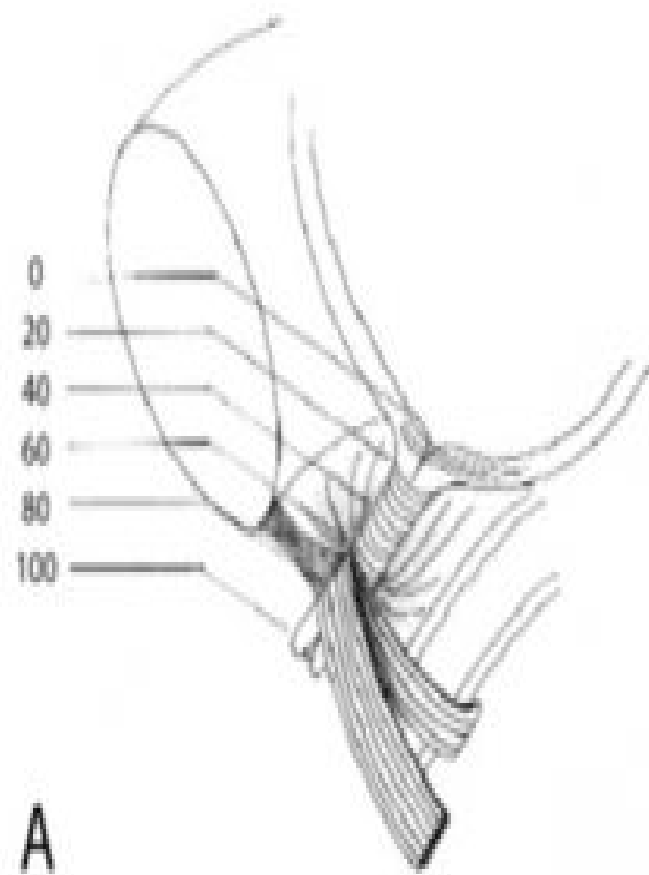
## Механизм удержания мочи при повышении внутрибрюшного давления

Урогенитальная диафрагма располагается на уровне 40–60% длины уретры (рис. А). В норме при резком повышении внутрибрюшного давления (рис. Б) лобково-шеечная фасция, фиксированная посредством *arcus tendineus f. pelvis* к передним отделам леватора, «не успевает среагировать» и шейка мочевого пузыря с проксимальной уретрой перемещаются каудально. При этом состоятельный мышечно-соединительнотканый аппарат урогенитальной диафрагмы удерживает среднюю уретру на месте или даже перемещает ее несколько краниально. Формируется перегиб — «колени» мочеиспускательного канала, где и отмечается создание максимального интрауретрального давления, препятствующего потере мочи.

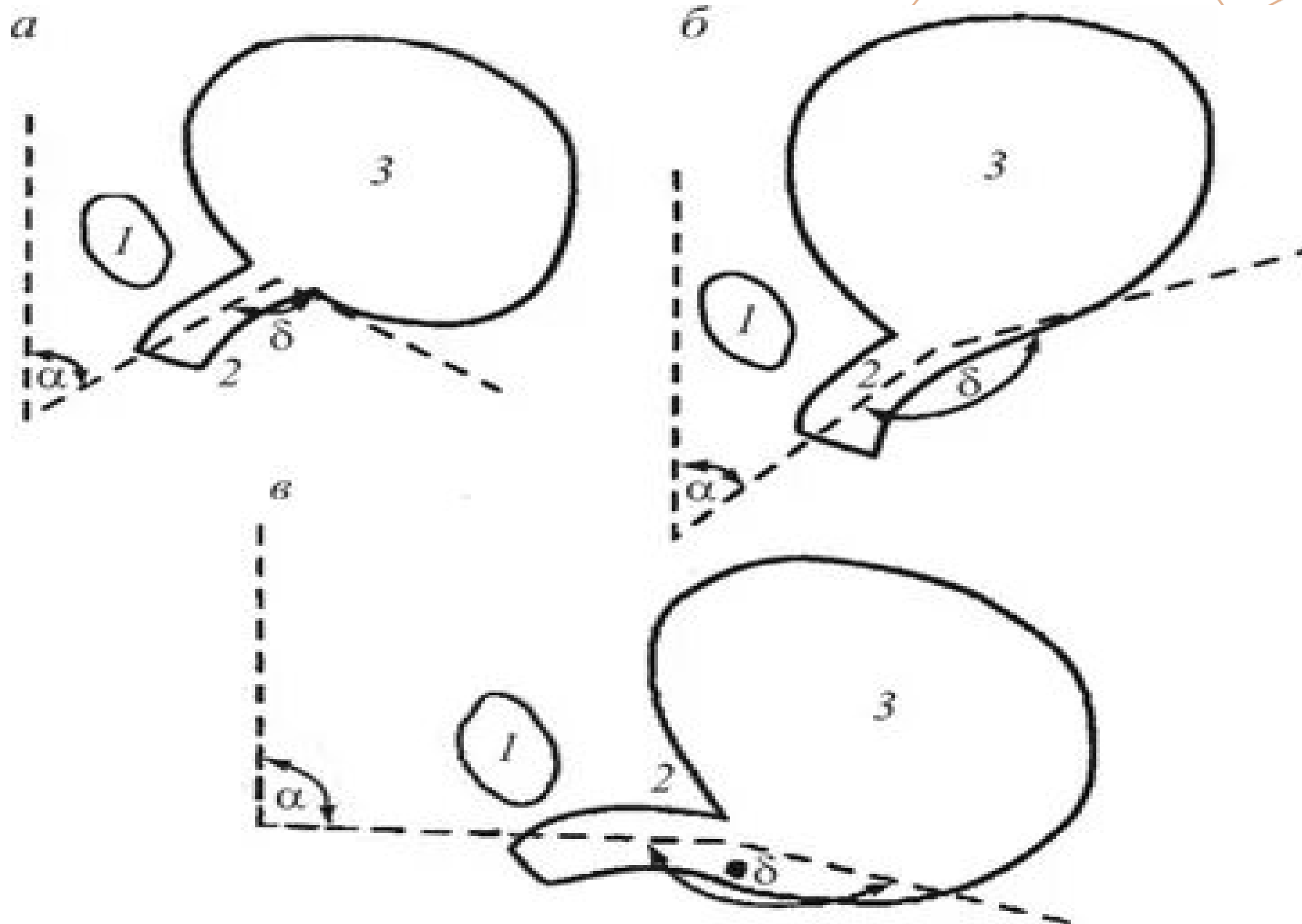
При стрессовой инконтиненции урогенитальная диафрагма функционирует неадекватно и при повышении внутрибрюшного давления средняя уретра вместе с проксимальной смещается каудально (рис. В). «Колена» мочеиспускательного канала при этом не образуется или изгиб оказывается недостаточным. Следовательно, недержание мочи при напряжении является следствием патологии урогенитальной диафрагмы, приводящей к гипермобильности среднего отдела уретры.



# Механизм удержания мочи при повышении внутрибрюшного давления



# Механизм удержания мочи при повышении внутрибрюшного давления



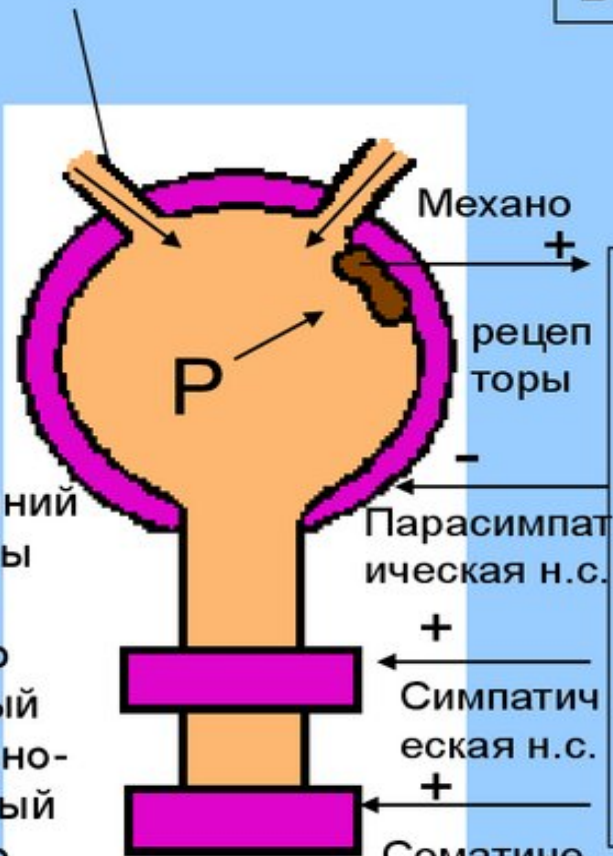
# Регуляция мочеиспускания

## Фаза депонирования

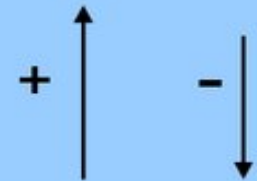
## Фаза эвакуации

Мышцы  
детрузоры

Внутренний  
гладкомы  
щечный  
сфинктер  
наружный  
поперечно-  
полосатый  
сфинктер

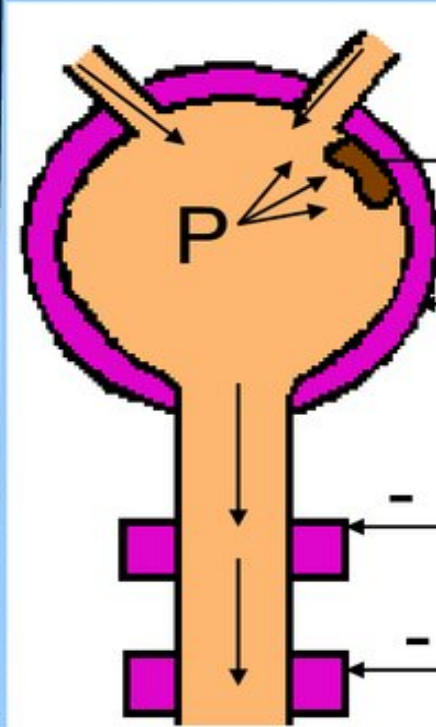


Кора  
лимбическая  
система  
варолиев мост



Спинальный  
центр  
Мочеиспуская  
ния нет  
.Пояснично-  
крестцовые  
сегменты  
спинного  
мозга

Кора  
лимбическая  
система  
варолиев  
мост



Спинальный  
центр  
Мочеиспуская  
ние есть  
Пояснично-  
крестцовые  
сегменты  
спинного  
мозга

# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

## Недержание мочи при напряжении (стрессовое)

- дислокация и ослабление связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента (анатомическое недержание мочи) изменения в самом мочеиспускательном и сфинктерном аппарате, что приводит к нарушению функции замыкательного аппарата



# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

## Ургентное недержание мочи

- непроизвольное сокращение мочевого пузыря может быть связано с нейрогенными проблемами (снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы или же нарушения функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов мочевого пузыря)

## Гиперактивный мочевой пузырь



85% пациентов беспокоит учащенное мочеиспускание



54% испытывают императивные позывы



36% беспокоит ургентное недержание мочи



22% беспокоит nocturia

**20%** Распространенность ГАМП в России



Женщины и мужчины страдают ГАМП примерно одинаково, однако женщины заболевают в более раннем возрасте



**80%**

пациентов не получают адекватного лечения по поводу ГАМП

**Ургентное недержание мочи** - недержание мочи, возникающее на фоне неудержимого позыва на мочеиспускание.

### Первичное:

синдром гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП)

### Вторичное:

- инфекции нижних мочевых путей (цистит);
- нейрогенные дисфункции нижних мочевых путей;
- инфравезикальная обструкция



# ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

## Ситуационное недержание мочи

- непроизвольное сокращением мочевого пузыря, вызванное определенными провоцирующими факторами, схожими с таковыми при ургентном недержании

## Недержание мочи у пожилых

- зачастую обусловлено различными сопутствующими заболеваниями (сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, неврологические заболевания - инсульт и рассеянный склероз, общее когнитивное нарушение, расстройства сна - апноэ во сне, депрессию и метаболический синдром)

## 2. Факторы риска развития недержания мочи при напряжении

Развитие НМ у женщин связано с наличием определенных факторов риска, которые условно можно разделить на 3 группы (табл. 1).

**Таблица 1.** Факторы риска развития недержания мочи у женщин

<b>Предрасполагающие факторы</b>	<b>Акушерские и гинекологические факторы</b>	<b>Провоцирующие факторы</b>
Этническая принадлежность Генетическая принадлежность Сахарный диабет Неврологические заболевания	Количество и травматичность родов Оперативные вмешательства на органах малого таза Пролапс тазовых органов	Возраст Ожирение Курение Запоры Климактерический период Мочевая инфекция Активный спорт

# КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

## Клиническая классификация Д.В. Кана (1978)

- **Легкая степень** - непроизвольное выделение мочи отмечают только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления: сильного кашля, быстрой ходьбы. При этом потеря мочи исчисляется всего несколькими каплями.
- **Средняя степень тяжести** - клинические признаки проявляются во время спокойной ходьбы, при легкой физической нагрузке и др.
- **Тяжелая степени** - больные теряют мочу полностью или почти полностью.

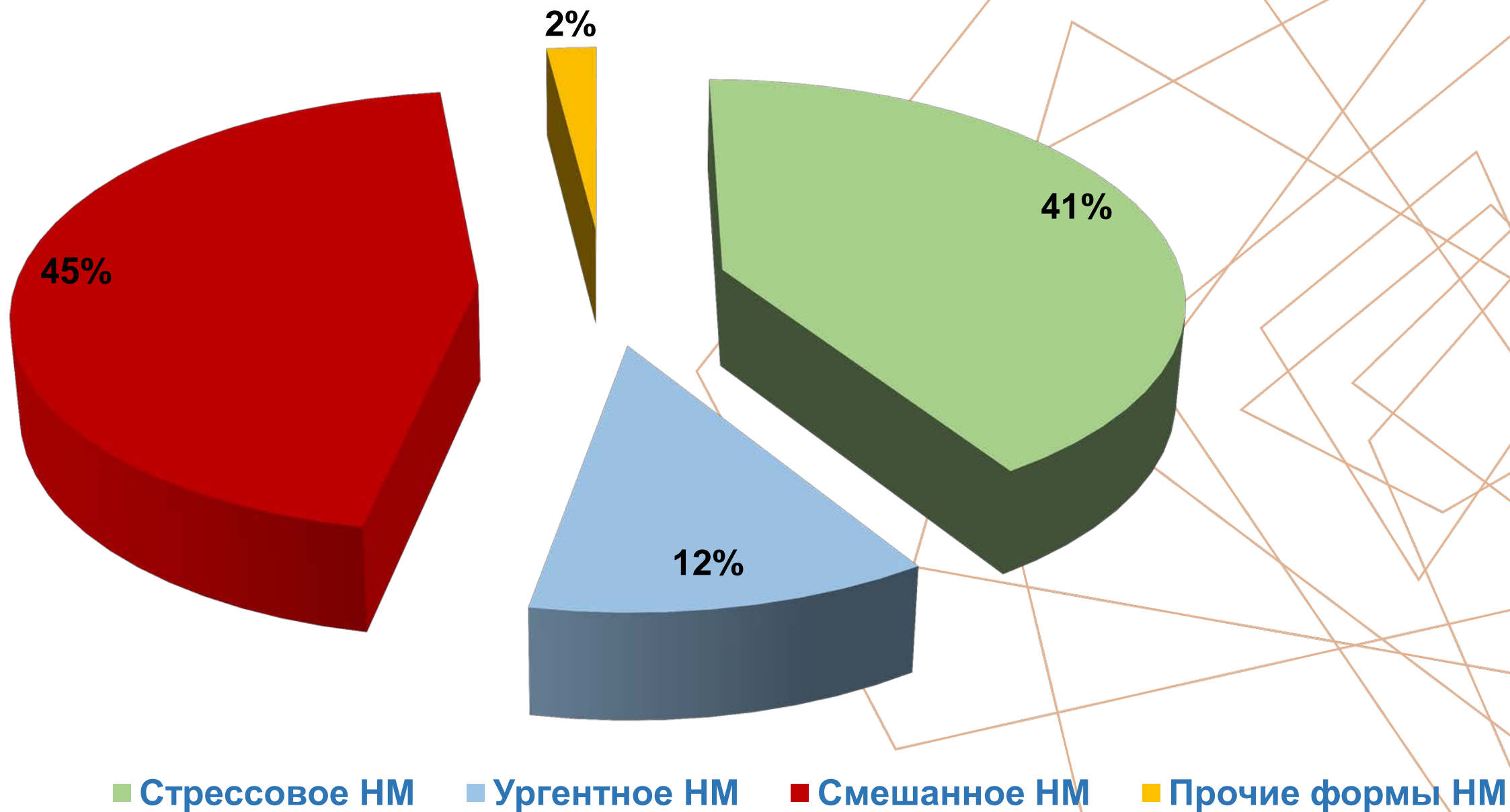


# КЛАССИФИКАЦИЯ

**Международная классификация (E. McGuire, Blavias, 1988) – для определения тяжести НМ**

- **Тип 0** – при осмотре в кресле кашлевой тест отрицательный, однако пациентка предъявляет типичные жалобы, характерные для НМ;
- **Тип 1** – при осмотре в кресле кашлевой тест положительный, имеется гипермобильность уретры;
- **Тип 2** – при осмотре в кресле кашлевой тест положительный, имеется гипермобильность уретры, а также определяется цистоцеле;
- **Тип 3** – наиболее сложный тип. При осмотре в кресле кашлевой тест положительный, имеется фиксированная уретра и сфинктерная недостаточность.

# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ФОРМЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ



# ДИАГНОСТИКА

На основе патогномоничных данных:

## Стрессовое недержание мочи:

- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления;
- физикального обследования – наличие положительной кашлевой пробы;
- инструментального обследования (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

## Ургентное недержание мочи:

- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащенным мочеиспусканием и ноктурией;
- физикальное обследование (наличие отрицательной кашлевой пробы);
- инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

# ДИАГНОСТИКА

## **Смешанное недержание мочи:**

- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с повелительными позывами к мочеиспусканию, иногда сопровождающемуся учащенным мочеиспусканием и ноктурией в сочетании с наличием в анамнезе эпизодов недержания мочи, связанных с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления;
- физикальное обследование (наличие положительной кашлевой пробы);
- инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

## **Парадоксальная ишурия:**

- наличие в анамнезе эпизодов недержания мочи в сочетании с хронической задержкой мочи;
- инструментальное обследование (наличие остаточной мочи при УЗИ).

## **Ситуационное недержание мочи:**

- жалобы на непроизвольное выделение мочи при различных обстоятельствах, например, при половом акте, оргазме, смехе;
- инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

# ДИАГНОСТИКА

Фамилия

Имя

Отчество

Возраст

Врач

Дата следующего посещения врача

## КАК ПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНЯТЬ ДНЕВНИК МОЧЕИСПУСКАНИЙ

(см. образец заполнения)

1. Пожалуйста, заполняйте дневник как можно более подробно.
2. Дневник следует заполнять в течение суток с момента пробуждения (включая ночные мочеиспускания).
3. Записывайте дату заполнения дневника, время пробуждения, время отхода ко сну.
4. Фиксируйте время каждого мочеиспускания, неотложного позыва и подтекания мочи.
5. Старайтесь максимально точно измерять объем мочи.
6. Отмечайте крестиком соответствующую графу (неотложный позыв, подтекание) при наличии у Вас перечисленных симптомов.
7. Пожалуйста, не забудьте сдать дневник врачу во время следующей консультации.

### ОБРАЗЕЦ

Время	Объем выделенной мочи, мл	Неотложный позыв	Подтекание	Объем выпитой жидкости
7.00	Проснулся			
7.15	200	—	—	
7.30	100	×	×	
10.10	150	—	—	
10.30				300
11.30	275	×	—	
12.30	150	—	—	
15.00	220	—	—	
15.45				300
17.30	175	—	—	
18.00				250
19.45	200	—	—	
20.30				250
22.30	100	—	—	
23.00	Лег спать			
3.30	250	—	—	
5.30	100	×	—	
Суточный объем мочи, мл		Суточный объем выпитой жидкости, мл		
1920		1100		



### ДАТА

Время	Объем выделенной мочи, мл	Неотложный позыв	Подтекание	Объем выпитой жидкости
Суточный объем мочи, мл		Суточный объем выпитой жидкости, мл		

Дневник содержит информацию, важную для Вашего лечения. Пожалуйста, заполняйте его как можно более подробно.

**Таблица. Дифференциальная диагностика различных форм недержания мочи**

Симптомы	Оценка симптомов		
	Гиперактивный мочевой пузырь	Стрессовое недержание	Смешанное недержание
Императивность (сильный, внезапный позыв к мочеиспусканию)	Да	Нет	Да
Количество мочеиспусканий с императивными позывами (>8 раз/24 часа)	Да	Нет	Да
Выделение мочи при физической активности (кашле, чихании, смехе, подъеме тяжестей)	Нет	Да	Да
Количество выделенной мочи при каждом эпизоде недержания	Большое (в случае наличия неудержания)	Малое	Вариабельное
Возможность «добежать» до туалета после позыва к мочеиспусканию	Часто нет	Да	Вариабельно
Ночное пробуждение для мочеиспускания	Обычно	Редко	Возможно

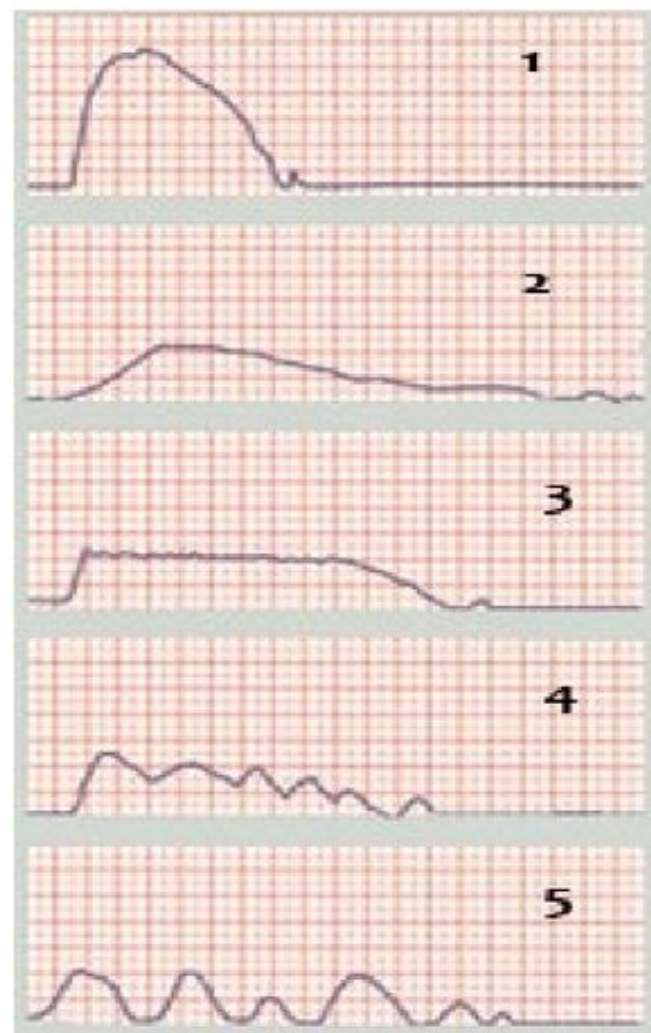
## ДИАГНОСТИКА

- Определение объема остаточной мочи при ультразвуковом исследовании
- **Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ)** – функциональное исследование нижних мочевыводящих путей, включающее в себя несколько тестов: **урофлоуметрию, цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения**



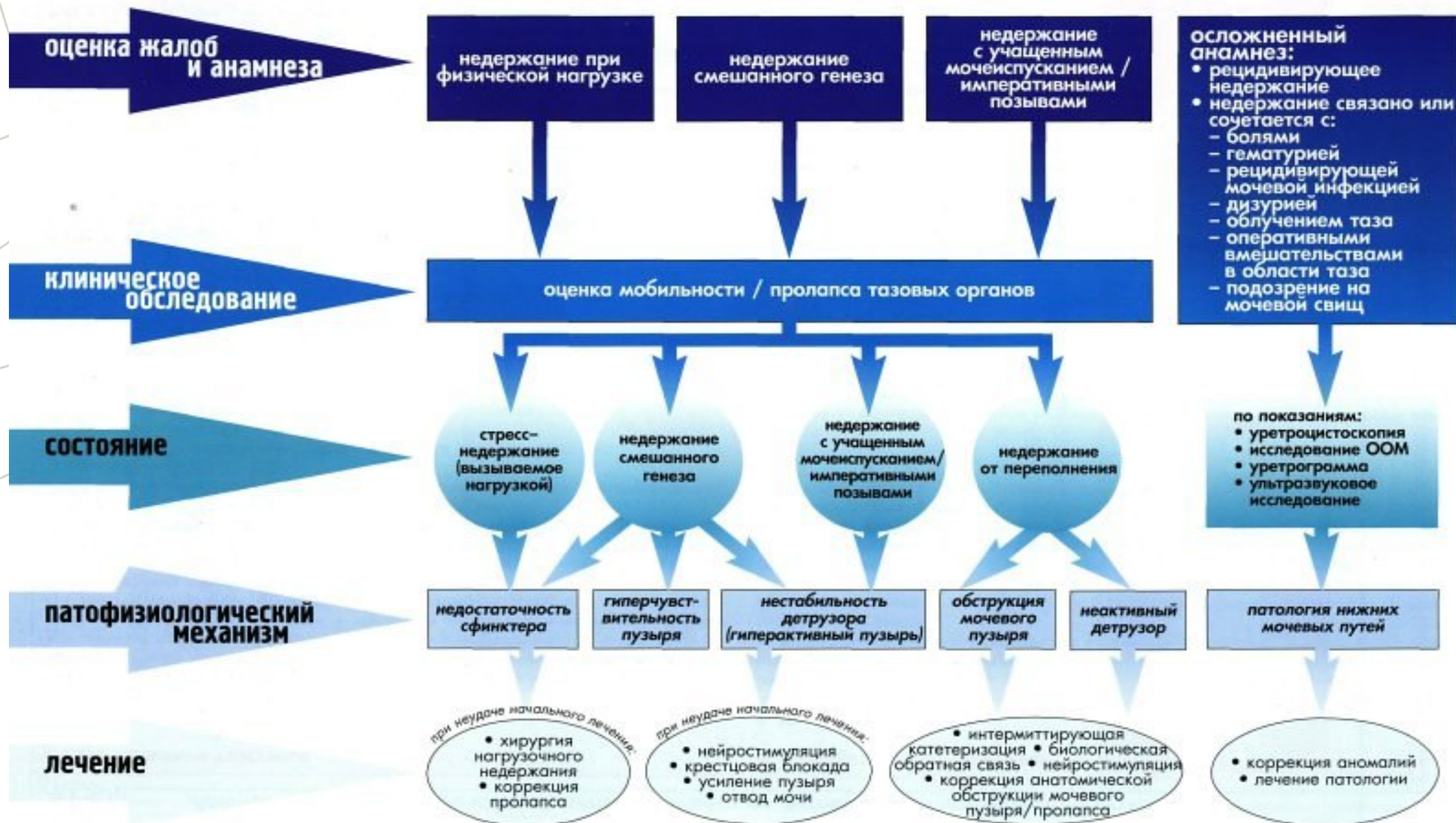
- Визуализация нижних мочевыводящих путей и органов малого таза (УЗИ или обзорная рентгенография)

# Урофлоуметрия





# СПЕЦИАЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН



# ЛЕЧЕНИЕ

## Консервативные методы лечения

- лечение сопутствующих заболеваний
- абсорбирующие средства, мочеприемники и другие вспомогательные устройства
- модификация образа жизни и комплекс физических упражнений, включая **упражнения Кегеля**
- медикаментозная терапия:
  - лекарственные препараты для лечения ургентного недержания мочи
  - лекарственные препараты для лечения стрессового недержания мочи
  - синтетические аналоги вазопрессина

# КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

## Упражнения Кегеля для укрепления мышц тазового дна

1

Исходное положение: ноги на ширине плеч, ладони на ягодицах. Так вы лучше проконтролируете неподвижность этой группы мышц. Напрягайте мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь.



3

Исходное положение: лежа на животе, одна нога согнута в колене. Выполняйте попеременно напряжение и расслабление мышц тазового дна.



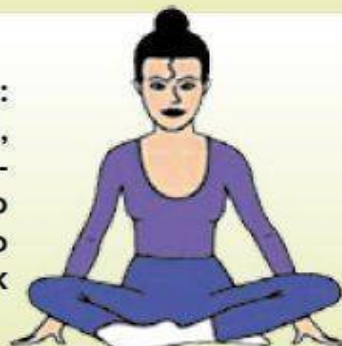
4

Исходное положение: ноги согнуты в коленях и слегка разведены в стороны, пятки на полу. Одну руку положите под ягодицы, а вторую на низ живота. Сжимайте мышцы тазового дна, помогая ладонями.



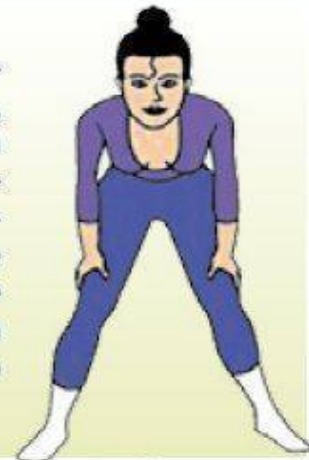
5

Исходное положение: сидя, ноги скрещены, спина прямая. Напрягайте мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь, как бы отрываясь от пола.



6

Исходное положение: ноги в стороны, руки опираются на колени, мышцы тазового дна напряжены. Спину держите ровно и втягивайте мышцы тазового дна по направлению вверх и вовнутрь.



7

Общие советы: напрягая мышцы, медленно сосчитайте до четырех, затем расслабьтесь и снова сосчитайте до четырех. Такое чередование повторяйте 10 раз в день по 10 раз, в любом положении.



2



# ЛЕЧЕНИЕ

## Хирургические методы лечения

Согласно международным рекомендациям врачи хирурги и центры, в которых проводится хирургическое лечение данной категории пациентов, **ДОЛЖНЫ:**

- иметь **достаточный опыт** выполнения каждой операции;
- выполнять **достаточное число операций** для поддержания опыта хирурга;
- **проходить обучение** у специалиста, обладающего должной квалификацией;
- при необходимости **предлагать альтернативные методы** хирургического лечения;
- при необходимости **заниматься осложнениями** хирургического лечения.

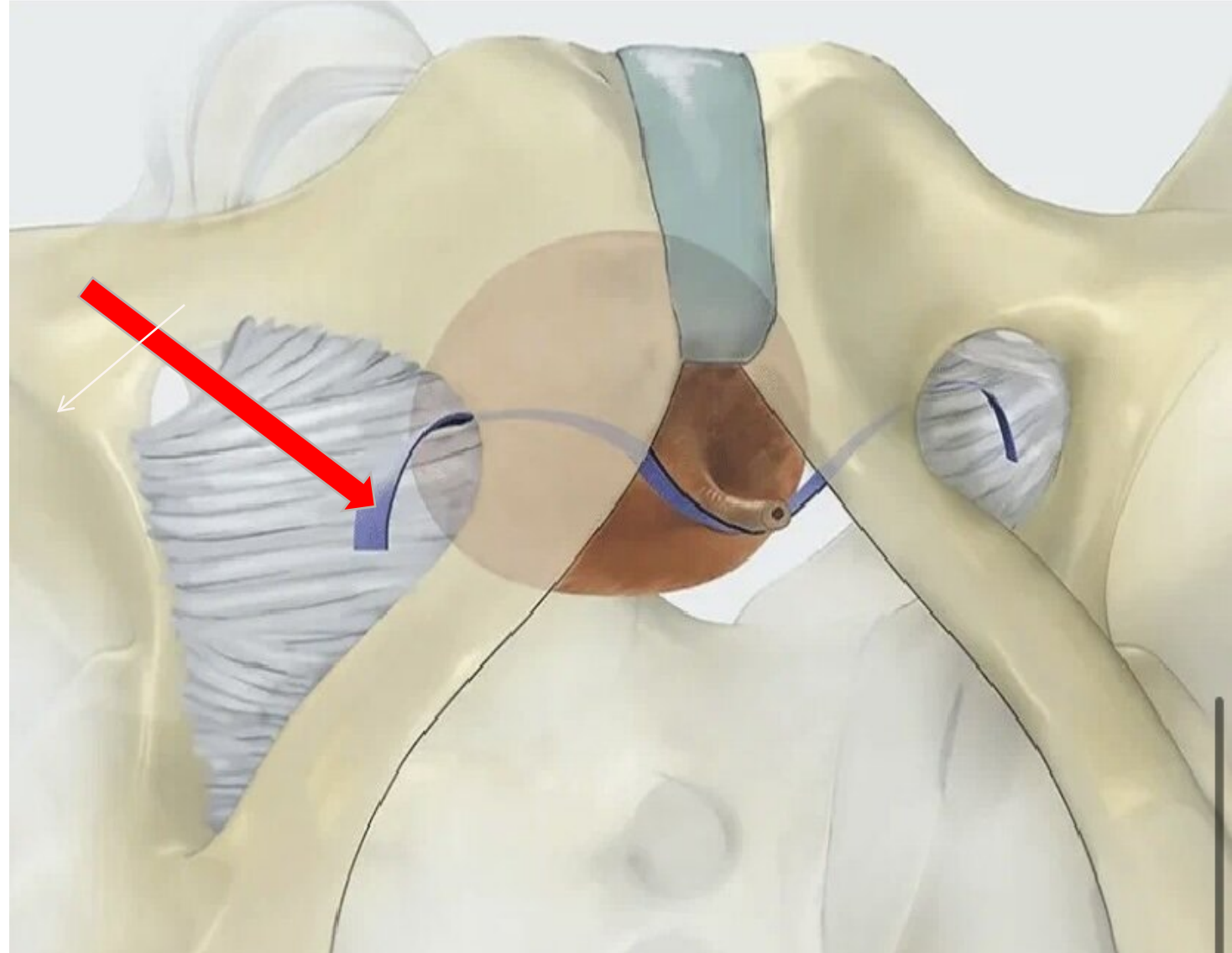
# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

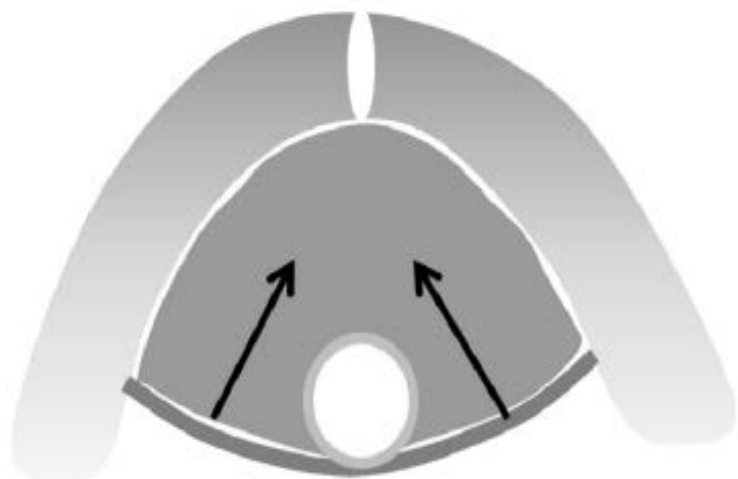
Принято различать несколько групп пациентов с НМ:

1. Пациенты с неосложненным стрессовым НМ
2. Пациенты с осложненным стрессовым НМ

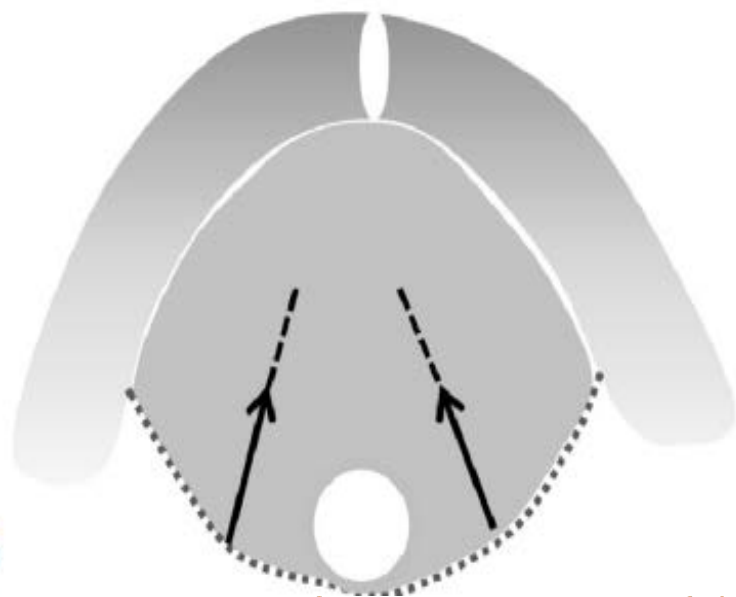
1. Пациенты с неосложненным стрессовым НМ (женщины, которые не планируют беременность, и у которых отсутствуют в анамнезе ранее проведенное хирургическое лечение по поводу недержания мочи, нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей и симптоматический ПТО)

- *Основным методом лечения НМ у данной группы женщин являются **субуретральные** синтетические слинги*

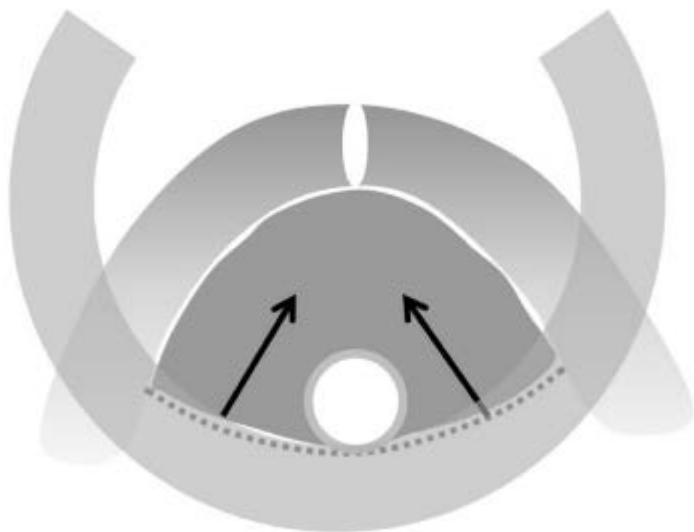




A



Б



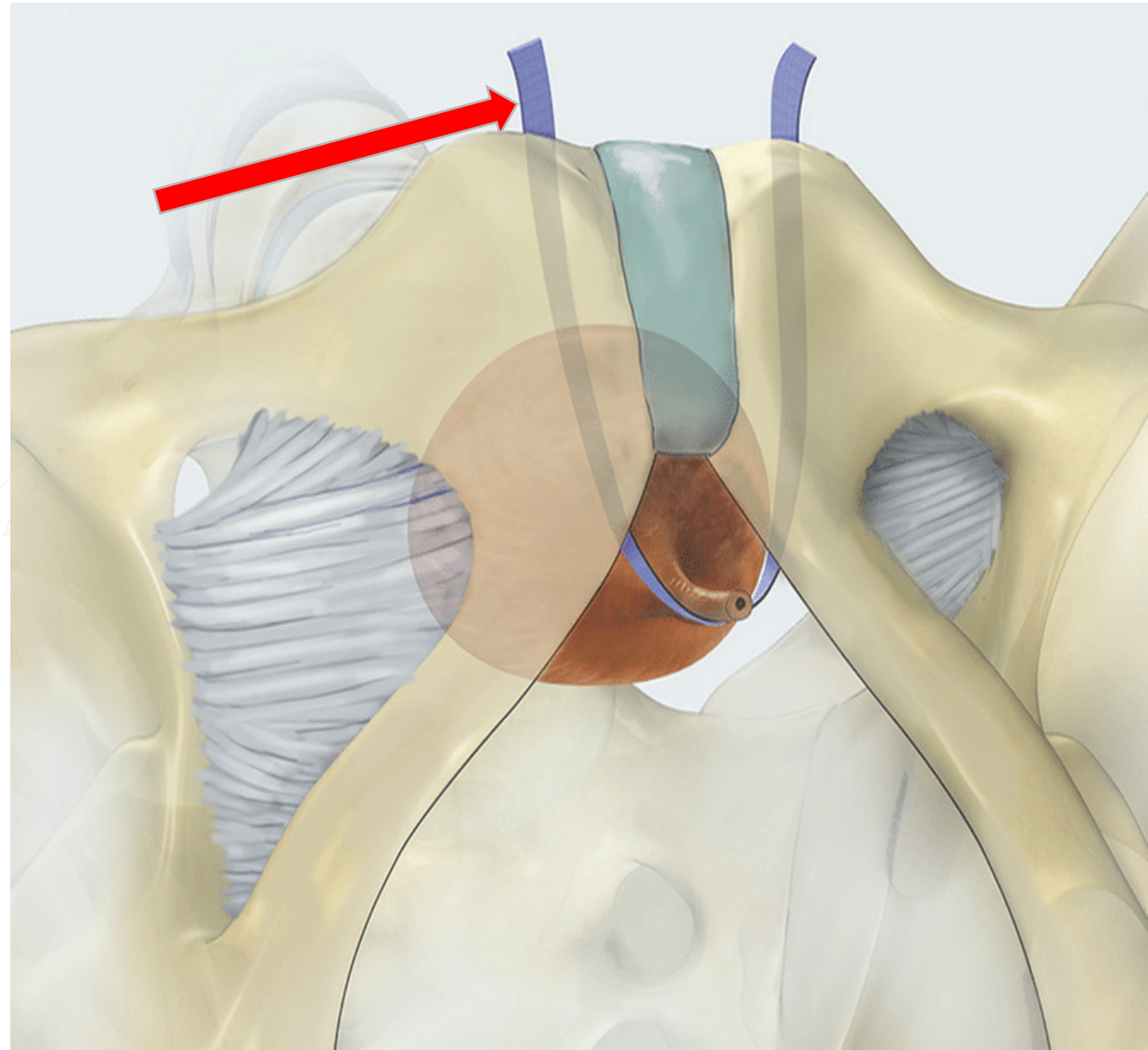
*Механизм действия  
среднеуретрального слинга*

**Функция фасциального  
аппарата  
урогенитальной  
диафрагмы в норме (А) и  
при стрессовом  
недержании мочи (Б)**

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

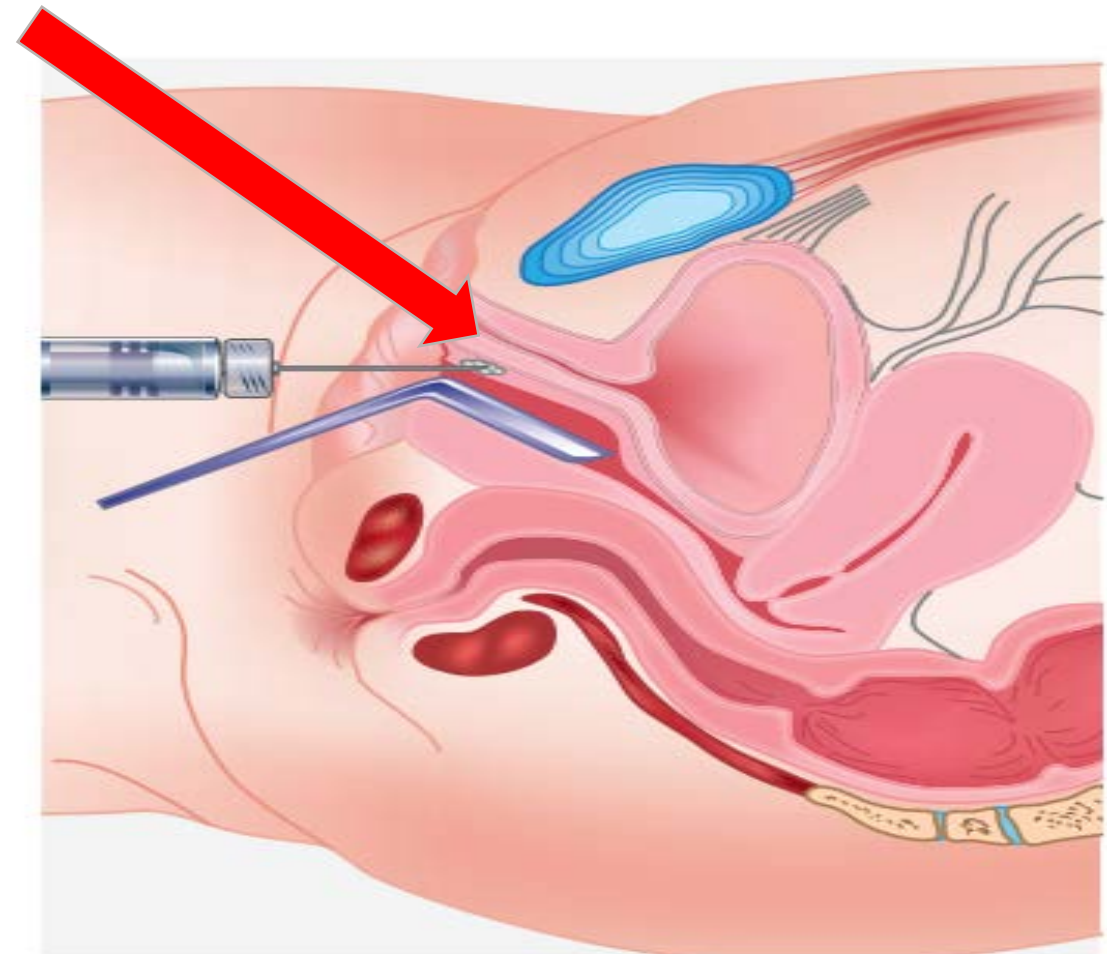
2. Пациенты с осложненным стрессовым НМ (женщины с нейрогенной дисфункцией тазовых органов; женщины с сопутствующим ПТО; женщины, которые планируют беременность после операции, с ургентным НМ и резистентной к медикаментозной терапии гиперактивностью детрузора)

- *С целью лечения рецидивного недержания мочи пациентам, которым ранее проводились хирургические вмешательства по поводу стрессового недержания мочи, не принесшие эффекта, рекомендуется использование **позадилонного доступа** при выполнении повторной операции*
- *Коррекция ПТО и стрессового недержания мочи при наличии и тех и других симптомов, однако следует предупреждать о более высоком риске осложнений при комбинированном лечении по сравнению с поочередной коррекцией*



# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Внутривезикулярная ботулинотерапия (инъекции ботулинотоксина в стенку мочевого пузыря применяют для лечения персистирующего или рефрактерного ургентного НМ)
- Аугментационная цистопластика или деривация мочи в искусственный кишечный резервуар
- Стимуляция сакрального нерва в качестве метода лечения нейрогенной ГАМП
- **Введение объемобразующих препаратов**





# **ОСЛОЖНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ**

**Интраоперационные осложнения и осложнения в ближайшем послеоперационном периоде**

**(до 24 ч) относятся к ранним:**

- кровотечение – 0,9-1,9%;
- гематома – 1,7-1,9%;
- перфорация мочевого пузыря – 4,9-11,0%;
- эрозии влагалища – 0,4-0,9%;
- затрудненное мочеиспускание – 4,9%;
- повреждение запирающего нерва – 0,9%.

**Осложнения, возникшие спустя сутки после операции, называются поздними:**

- вновь (de novo) возникший ургентный синдром – 15%;
- постоянное ощущение дискомфорта в надлобковой области – 7,5%;
- дискомфорт при половой жизни – 20%.

# ПРОФИЛАКТИКА

**Устранении факторов риска заболевания:**

- 
- курение
- хронический кашель
- избыточный вес
- родовой акушерской травмы



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

*Жить на свете – значит постоянно  
бороться и постоянно побеждать.  
Н. Пирогов*