

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисова Л. Р. Альгоменорея у девушек пубертатного возраста: Автореф. дис. д-ра мед. наук. — М., 1990.
2. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной эндокринологии — М., 1998.
3. Старцева Н. В. Акуш. и гин. — 1983. — № 2. С. 44—46.

УДК 618.173

## КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ

*В. Н. Хаютин, Г. Д. Кузьмина*

Уральская медицинская академия, г. Екатеринбург

В климактерическом периоде от 12 до 17% женщин страдают функциональным недержанием мочи. Коррекция данного заболевания является одной из труднейших задач урогинекологии.

Заболевание проявляется непроизвольным истечением мочи из уретры во время напряжения. Напряжение по своей силе может быть различным: от легкого смеха, кашля, до подъема тяжести. При этом женщины теряют от нескольких капель до всей мочи.

Больные страдают от постоянно исходящего от них запаха, привязанности к туалету, смены большого количества гигиенических прокладок. Пациенты многократно путешествуют от уролога к гинекологу и обратно, не находя ни у кого помощи.

### Этиология

Наиболее частой причиной недержания мочи у женщин является родовая травма. Роды крупным плодом, функционально узкий таз, дискоординация родовой деятельности, неправильные вставления головки плода приводят к ишемическим расстройствам в области шейки мочевого пузыря, что в свою очередь вызывает дистрофические изменения и замещение мышечной ткани соединительной и как следствие утрата сфинктером способности к активным сокращениям.

Второй группой причин являются различные операции на половых органах: экстирпация, ампутация матки, удаление забрюшинных опухолей.

Физическое перенапряжение, тяжелый физический труд являются третьим фактором в происхождении данной патологии.

Немаловажное значение играет недостаточность мышц тазового дна и связанное с этим опущение стенок влагалища вместе с мочевым пузырем (четвертый фактор).

В менопаузе к вышеперечисленным причинам присоединяется дефицит эстрогенов и связанные с этим дистрофические изменения слизистой влагалища, уретры и мочевого пузыря. При этом стенки уретры и мочевого пузыря теряют эластичность, легко травмируются и воспаляются (пятый фактор).

Определенную роль играют и хронические инфекции мочеполовой системы: циститы, уретриты, связанные с заболеваниями, передающимися половым путем (шестой фактор).

Какой-либо из вышеперечисленных факторов может быть определяющим и в более раннем, чем менопауза периоде жизни женщины. Нередко недержание мочи впервые возникает после травматических родов в молодом возрасте. Чем раньше появляется недержание мочи, тем, как правило, последнее более выражено.

### **Степени выраженности недержания мочи при напряжении:**

1. **Легкая степень** (поднятие тяжести, бег, сильный кашель)
2. **Средняя степень** (легкая физическая нагрузка, смех, спокойная ходьба)
3. **Тяжелая степень** (перемена положения тела).

Диагностика данной патологии затруднений не вызывает. Необходимо исключить органическую патологию и хроническую инфекцию.

Все методы лечения делятся на оперативные и консервативные.

Показанием к операции является: сочетание недержания мочи и недостаточности тазового дна; отсутствие эффекта от консервативной терапии; недержание мочи тяжелой степени.

Учитывая, что данной патологией в большинстве случаев страдают женщины пожилого и старческого возраста, при наличии тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологии, консервативная терапия приобретает особо важное значение.

### **Физиотерапевтические методы**

1. Вибрационный массаж
2. Гальванические и диадинамические токи
3. Электростимуляция мышц диафрагмы таза и уретры с помощью аппарата «Амплипульс»

### **Лекарственная терапия**

1. Антихолинергические средства (дриптан)
2. Симпатомиметики

3. Антихолинэстеразные препараты (прозерин 0,0003 г. × три раза 15—20 дней)

4. Тонизирующие средства (стрихнин, женьшень, сернокислая магнезия)

5. Местная терапия (туширование уретры 1% раствором азотнокислого серебра 10—12 сеансов через 2—3 дня).

6. Гормональная терапия (эстрогены, андрогены).

Нами проведен сравнительный анализ различных методов терапии недержания мочи при напряжении.

#### **Характеристики обследованных женщин, страдающих недержанием мочи**

Всего — 86 женщин.

Распределение по возрасту: до 45 лет — 12

45—55 лет — 35

старше 55 лет — 39

Сохраненная менструальная функция — 16

Н. М. Ф. климактерического характера — 26

Менопауза — 44

#### **Степень недержания мочи:**

— легкая степень — 18 (20%)

— средняя степень — 50 (60%)

— тяжелая степень — 18 (20%)

Сочетание недержания мочи с опущением половых органов — 21 (23%)

1 ст. — 6. 2 ст. — 10. 3 ст. — 5.

#### **Этиологические факторы:**

Осложненные роды, большое количество аборт (больше 10) — 40%

Тяжелая физическая работа — 35%

Гинекологические операции — 4%

Выраженные трофические изменения слизистой влагалища и уретры — 60%

Хронический цистит — 34%.

#### **Сравнительный анализ различных методов лечения недержания мочи**

**Хирургическое лечение — 21 пациентка**

Операции: — пластика уретры по методу Лукича-Кана — 6

Эффективность 50%

— передне-задняя пластика — 9

Эффективность 40%

— срединная кольорофия — 6

Эффективность 75%.

Подготовка к операции — овестин-крем, 21 день, значительно улучшает исход операции.

### **Консервативная терапия — 65 женщин**

Дрипан по 1 т. × 2 р. в день от 1 мес. до 2 мес.

Лечебная гимнастика — комплекс Атабекова

Физиотерапия

Овестин-крем или влагаллищные свечи. Три недели.

Полный эффект, т. е. нормализация мочеиспускания 50%

Частичный эффект 40%

Отсутствие эффекта 10%.

### **Выводы:**

1. Современная консервативная терапия приводит к выраженному положительному эффекту в 90% случаев.

2. Лекарственная терапия должна сочетаться с физиотерапевтическими методами и лечебной гимнастикой.

3. Наиболее эффективным методом лечения недержания мочи является препарат антихолинергического действия «дрипан» в сочетании с местной эстрогенотерапией «овестином».

### **ЛИТЕРАТУРА**

Руководство по акушерской и гинекологической урологии. Кан Д. В. М. 1978 г.

УДК 618.146—053.8—085

## **АНАЛИЗ РОЛИ ИНФЕКЦИИ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ**

*В. В. Цуцор, В. Б. Цуцор, А. Б. Бакуринских,  
Г. В. Цуцор*

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 УГМА  
Научный руководитель засл. деят. науки, профессор  
И. И. Бенедиктов, г. Екатеринбург

В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты фоновых заболеваний шейки матки у женщин репродуктивного возраста, что связывают с ростом числа инфекций, передаваемых половым путем [3]. Проникновение инфекционных агентов в шейку матки происходит с помощью сперматозондов, трихомонад, возможен пассивный транспорт микроорганизмов, последнее место занимают гематогенный и лимфогенный путь [1, 2, 3], поэтому применение только консервативного или хирургического лечения