

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АВТОРСКИХ МЕТОДИК ЛФК ПРИ СТРЕССОВОМ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

*Е.О. Макарская, В.А. Макарский, 4 курс  
Научный руководитель – А.П. Апанович, ст. преподаватель  
Полесский государственный университет*

Недержание мочи встречается у женщин различных возрастных групп, что негативно отражается на их качестве жизни, физическом и психоэмоциональном состоянии. Это, в конечном итоге, ведет к их социальной дезадаптации в связи с постоянным запахом разлагающейся мочи, сопутствующими заболеваниями кожных покровов, необходимостью частого посещения туалета и финансовых затрат на приобретение ежедневных средств личной гигиены.

Под недержанием мочи понимают любое непроизвольное, неконтролируемое волевым усилием выделение мочи.

Согласно современным эпидемиологическим исследованиям, недержание мочи диагностируется в случае как минимум двух эпизодов потери мочи в течение одного месяца.

По данным отечественных и зарубежных авторов распространенность недержания мочи у женщин составляет 40-45% в возрасте старше 50 лет. Однако данная проблема встречается и у 24% женщин репродуктивного возраста.

Основной причиной недержания мочи у женщин является дисфункция сфинктера мочеиспускательного канала и мышц тазового дна в следствии компрессии и травматизации во время родов, а так же при хирургическом лечении органов малого таза. В норме мышцы тазового дна удерживают внутренние органы и не принимают активного участия в акте мочеиспускания. Главная роль в контроле над мочеиспусканием принадлежит сфинктеру мочеиспускательного канала, который расположен между листками мочеполовой диафрагмы в составе мышц тазового дна и может часто травмироваться при радикальных операциях на органах малого таза и тяжелых родах. При нарушениях функции мышц тазового дна повышается риск опущения органов малого таза, что так же затрудняет удержание мочи. Кроме того, компрессия и травма мышц тазового дна в период родов способны вызвать нарушение их иннервации, что ведет к нарушению контроля над мочеиспусканием. Важная роль в проблеме недержания мочи принадлежит так же инволюционному снижению эластичности стенки мочевого пузыря, его гиперактивности, недостаточности сфинктера уретры и др. Таким образом, основными факторами риска развития недержания мочи у женщин является:

беременность и роды,  
хирургическое лечение органов малого таза (гистероэктомия),  
избыточная масса тела,  
возраст старше 50 лет.

Кроме, того, в развитии недержания мочи доказана роль наследственной предрасположенности, этнической принадлежности и вредных привычек (курение).

Ведущие симптомы недержания мочи – частые позывы к мочеиспусканию, прерывание ночного сна из-за позывов к мочеиспусканию, эпизоды недержания мочи при физической нагрузке (кашле, чихании), наличие императивных позывов к мочеиспусканию, а так же неспособность своевременно дойти до туалета после позыва к мочеиспусканию.

Среди основных форм недержания мочи выделяют стрессовую форму, проявляющуюся недержанием мочи при физической нагрузке (кашле, чихании), ургентную форму, характеризующуюся возникновением сильных позывов к мочеиспусканию, смешанную форму, сочетающую в себе симптомы стрессовой и ургентной формы.

Для оценки степени тяжести недержания мочи используют Кашлевой тест (интенсивное покашливание при наполненном мочевом пузыре), Pad-тест (определение веса сухой прокладки и веса прокладки после определенного периода времени) и др. Однако, ведение дневника мочеиспускания является наиболее удобным методом в оценке данной патологии и дает объективную информацию о числе мочеиспусканий, суточном распределении мочеиспусканий, а так же объеме выделенной мочи. В клинической практике при оценке потери мочи выделяют три степени тяжести:

- 1 степень – выделение нескольких капель мочи;
- 2 степень – мокрое нижнее белье или гигиеническая прокладка;
- 3 степень – мокрая верхняя одежда или памперс.

Методы современной диагностики недержания мочи так же включают в себя лабораторные и инструментальные исследования (ОАМ, УЗИ, цистоуретрография, Q-tip тест – оценка мобильности уретры, исследования уродинамики), гинекологический осмотр и др. Однако анамнестические данные, дневник недержания мочи и кашлевая проба по-прежнему играют важнейшую роль при установке диагноза недержания мочи.

Медицинская реабилитация женщин с недержанием мочи основывается на использовании современной фармакотерапии, применении (по показаниям) хирургического лечения (2 и 3 степень тяжести), различных видов ФТЛ (электростимуляция поверхностными электродами, магнитная стимуляция и чрескожная стимуляция заднего большеберцового нерва) и т.д. Важным фактором реабилитации является отказ от вредных привычек и выполнение рекомендаций по ведению здорового образа жизни.

Европейская ассоциация урологов в рамках консервативной тактики лечения недержания мочи у женщин рекомендует применение тренировки мочевого пузыря и мышц тазового дна.

Среди методик применяемых при недержании мочи у женщин наиболее распространена методика Кегеля. Данная методика широко применяется у пациенток акушерско-гинекологического профиля в период беременности, подготовки к родам, послеродовом периоде, патологии расположения матки, после хирургического лечения органов малого таза и т.д. Методика, разработанная калифорнийским ученым Арнольдом Кегелем, основана на применении биологической обратной связи (БОС) и направлена на развитие сильного рефлекторного сокращения мышц тазового дна в ответ на внезапное повышение внутрибрюшного давления.

В основе методики разработанной Д.Н. Атабековым и К.Н. Прибыловым (1954) и модифицированной в 1980 году советским урологом Ф.А. Юнусовым лежит принцип соблюдения заранее установленного плана мочеиспусканий. При недержании мочи происходит формирование определенного стереотипа мочеиспускания, который заключается в стремлении опорожнить мочевой пузырь даже при минимальном позыве. Стремление опорожнить мочевой пузырь обусловлено страхом перед возможным не удержанием мочи, которое может возникнуть в неподходящей обстановке. Данная методика включает три компонента: обучение, создание плана мочеиспусканий и его выполнение. Кроме, того методика Юнусова предполагает выбор исходных положений в зависимости от формы и степени недержания мочи, исключает упражнения способные повышать внутрибрюшное давление, акцентирует важность своевременной фазы вдоха и выдоха во время выполнения упражнений.

Однако при недержании мочи важно не только повышать эластичность мышц тазового дна, но и тренировать сфинктер мочеиспускательного канала, который часто травмируется при тяжелых родах (быстрые и стремительные, затяжные роды с долгим стоянием головки в родовых путях). При этих состояниях происходит длительное сдавление шейки мочевого пузыря и мышц промежности. Учитывая, что в основе развития недержания мочи лежит не только нарушение функции мышц тазового дна, но и нарушение функции сфинктера мочеиспускательного канала возникает необходимость прибегать к выбору оптимальной тренировочной методики, способной непосредственно влиять на восстановление перечисленных анатомических структур.

Методика тренировки при недержании мочи, разработанная в 1954 году Д.Н. Атанбековым и К.Н. Прибыловым и модифицированная советским урологом Ю.А. Юнусовым, внедрена в практику физической реабилитации пациентов урологического профиля в 80-е годы 20 века и направлена на тренировку сфинктера мочеиспускательного канала, что способствует контролю над мочеиспусканием. Кроме того, автор дифференцирует подход к выбору исходных положений согласно форме и степени тяжести недержания мочи.

Учитывая, что недержание мочи обусловлено полифакторным поражением перечисленных анатомических структур, мы попытались сравнить эффективность названных авторских методик при легкой степени стрессового недержания мочи у женщин.

**Цель исследования.** Сравнить эффективность авторских методик ЛФК (Кегеля и Юнусова) при стрессовом недержании мочи у женщин в возрасте 49-60 лет.

**Методы и организация исследования.** Исследование проводилось в период с 15.01.2020 по 30.03.2020 на базе ПолесГУ. При исследовании и интервьюировании нами соблюдались этические нормы согласно Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения медицинских исследований с участием человека». Исследование проводилось в два этапа. Первый этап исследования заключался в анкетировании и интервьюировании сотрудниц различных структурных подразделений с использованием анкеты ICIQ-SF для выявления у них синдрома недержания мочи. Основным критерием исследования этого этапа являлся возраст 45-60 лет. Критерием исключения считался отказ от участия в исследовании. Из 40 опрошенных у 21 сотрудницы при анкетировании имели место различные по частоте и обильности эпизоды недержание мочи. На основе дневника самоконтроля и, проведенной Кашлевой пробы определялась степень тяжести и форма недержания мочи. Затем испытуемые были рандомизированы на 2 группы. В группе К (n 10) испытуемые тренировались по методике Кегеля. В группе Ю (n11) - по методике Юнусова. Испытуемые обеих групп вели дневники мочеиспускания.

Второй этап исследования проводился через 2 месяца. Выполнялось анкетирование и интервьюирование при помощи стандартизированной анкеты ICIQ-SF, использовавшейся на первом этапе, повторялся Кашлевой тест и оценивался дневник мочеиспускания за период исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Испытуемые обеих групп были сопоставимы по большинству критериев. Среди жалоб в обеих группах преобладала неспособность удерживать мочу при кашле, чихании, тяжелых физических нагрузках.

Средний возраст исследуемых составлял 55 лет.

Индекс массы тела не превышал 31,2.

У большинства испытуемых выявлялась стрессовая форма недержания мочи (95%) легкой степени тяжести. У 5% испытуемых – смешанная форма недержания мочи также легкой степени тяжести.

Испытуемые обеих групп не курили.

Низкая физическая активность отмечалась у 30% испытуемых.

Большинство женщин были замужними.

В анамнезе всех испытуемых были роды и родоразрешения через естественные родовые пути - 100% и 91% .

Хирургическое лечение органов малого таза было в анамнезе у 30% исследуемых.

Кашлевой тест был положительным у 90% исследуемых.

Структура жалоб испытуемых, тренировавшихся по авторским методикам (Кегеля и Юнусова) через 2 месяца выглядела следующим образом. Появление контроля над мочеиспусканием отмечали в группе К 50 % женщин, в группе Ю 72%.

Снижение императивных позывов на мочеиспускание отмечали в группе К 40% женщин и в группе Ю 82%.

Увеличение продолжительности времени между мочеиспусканиями в группе К отмечали 40% испытуемых, в группе Ю – 72%.

Кашлевой тест был положительным в группе К у 70 % исследуемых, в группе Ю – у 45% .

В основе методики разработанной Д.Н. Атабековым и К.Н. Прибыловым (1954) и модифицированной в 1980 году советским урологом Ф.А. Юнусовым лежит принцип соблюдения заранее установленного плана мочеиспусканий. При недержании мочи происходит формирование определенного стереотипа мочеиспускания, который заключается в стремлении опорожнить мочевой пузырь даже при минимальном позыве. Стремление опорожнить мочевой пузырь обусловлено страхом перед возможным не удержанием мочи, которое может возникнуть в неподходящей обстановке. Данная методика включает три компонента: обучение, создание плана мочеиспусканий и его выполнение. Кроме, того методика Юнусова предполагает выбор исходных положений в зависимости от формы и степени недержания мочи, исключает упражнения способные повышать внутрибрюшное давление, акцентирует важность своевременной фазы вдоха и выдоха во время выполнения упражнений.

**Вывод.** Данное исследование представило хорошие результаты применения методики тренировки мочевого пузыря и мышц тазового дна по Ю.Ф.Юнусову как средства физической реабилитации женщин при стрессовом недержании мочи легкой степени тяжести.

Основная трудность и недостаток метода Кегеля заключается в том, что 50% тренировавшихся женщин испытывали трудности при попытке изолированно сократить мышцы тазового дна, т.к. эти мышцы не визуализируются по причине их анатомической скрытости. Вместо активизации мышц тазового дна, испытуемые пытались сокращать мышцы-антагонисты – ягодичные мышцы, прямую мышцу живота и мышцы бедра, что могло привести к повышению внутрибрюшного давления. Неправильное выполнение упражнений не только не эффективно, но и способно усугублять недержание мочи, так как при повышении внутрибрюшного давления возрастает давление органов малого таза на мышцы промежности, приводя их к смещению.

Исследование показало, что тренировка мышц тазового дна и мочевого пузыря по методике Юнусова является доступным, простым в понимании и применении, эффективным и безопасным средством реабилитации при легкой форме стрессового недержания мочи у женщин, оправданно заслуживающим более широкого внедрения и применения как самостоятельно, так и в комплексе с медицинскими методами лечения и профилактики.

### **Список использованных источников**

1. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии : материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию кафедры акушерства и гинекологии УО "ГрГМУ", 20-21 окт. 2011 г. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Упр. здравоохранением Гродн. облисполкома, УО "Грод. гос. мед. ун-т" ; [отв. ред. Т. Ю. Егорова]. – Гродно : ГрГМУ, 2011.
2. Бурьяк Д.В. недержание мочи у женщин в практике акушера-гинеколога: возможности консервативного лечения
3. Е.Н. Савченко Деликатная тема: недержание мочи №5 1998
4. Ермакова Е.И. БОС в лечении недержания мочи, Лечащий врач, Москва, 2014, №3
5. С.О.Сосновский Возрастные особенности лечения и диагностики гиперактивного мочевого пузыря у лиц пожилого и старческого возраста.