

1. [Понятие недержания мочи, классификация](#)
2. [Физиология](#)
3. [Причины недержания мочи у взрослых](#)
4. [Лечение больных с недержанием мочи](#)
5. [Медикаментозное лечение](#)
6. [Лечебная гимнастика в терапии недержания мочи при напряжении у женщин](#)
 - [Специальные физические упражнения при недержании мочи у женщин \(по Епифанову В.А., 1989\)](#)
 - [Перечень специальных упражнений, укрепляющих мышцы живота и тазового дна \(по Васильевой В.Е.\)](#)
 - [Перечень специальных упражнений, предложенных Д.Н.Атабековым](#)
 - [Физические упражнения для лечения женщин, страдающих недержанием мочи при напряжении \(по Ф.А.Юнусову, 1985\)](#)
 - [Комплекс упражнений для больных с недержанием мочи](#)
7. [Прогноз](#)
8. [Литература](#)

Понятие недержания мочи, классификация

Недержанием мочи называется состояние, при котором происходит непроизвольное подтекание мочи.

Недержание мочи влияет практически на все стороны жизни больных, существенно ухудшая их социальную, бытовую, профессиональную и семейную адаптацию, то есть то, что принято обозначать термином "качество жизни".

Проблема недержания мочи находится на стыке нескольких областей медицины. Больными занимаются как урологи, так и гинекологи и неврологи. Кроме того, недержание мочи - не самостоятельное заболевание, а проявлением различных патологических процессов, подходы к лечению которых существенно различаются.

Существует несколько типов недержания мочи.:

- Стрессовое недержание мочи - непроизвольное подтекание мочи во время кашля, смеха, бега и других физических действиях, приводящих к повышению внутрибрюшного и, следовательно, внутрипузырного давления. Характерной особенностью стрессового недержания мочи является отсутствие позыва на мочеиспускание.
- Ургентное недержание мочи характеризуется непроизвольным подтеканием мочи, связанным с непреодолимым сильным позывом на мочеиспускание. Такой позыв называют "повелительным" или "императивным". Больные жалуются, что не успевают добежать до туалета при возникновении позыва. Иногда подтекание мочи происходит практически внезапно, с очень коротким или даже отсутствием предшествующего позыва.

Чтобы назвать причины недержания мочи, рассмотрим как осуществляется нормальное мочеиспускание.

При мочеиспускании происходит выведение из организма жидкости вместе с ненужными продуктами обмена веществ. Моча образуется в почках, которые фильтруют жидкость сосудистого русла и "захватывают" эти ненужные вещества. Затем моча поступает по мочеточникам в мочевой пузырь.

Именно он является тем центральным органом, от которого в значительной степени зависит нормальное мочеиспускание. Вместе с мочеиспускательным каналом мочевой пузырь образует так называемые нижние мочевые пути.

Весь цикл мочеиспускания можно разделить на две составляющие: фазу наполнения мочевого пузыря и фазу выделения мочи. В фазе наполнения мочевой пузырь действует как резервуар и в нем собирается моча. Во время наполнения сфинктер мочевого пузыря находится в сокращенном состоянии, обеспечивая высокое давление в мочеиспускательном канале и препятствуя истечению мочи. При мочеиспускании происходит сокращение мышечного слоя мочевого пузыря, и одновременно наступает расслабление сфинктера, уменьшение сопротивления току мочи в мочеиспускательном канале. Это обеспечивает достаточно легкое и свободное мочеиспускание, которое может быть произвольно начато и также произвольно прервано. Таким образом, недержание мочи наступает в результате нарушения функции сфинктеров мочевого пузыря, в которых происходят анатомические гормональные изменения. По мнению многих исследователей, одним из факторов развития стрессового недержания мочи является уменьшение анатомической длины уретры (3 сантиметра - критическая длина мочеиспускательного канала, позволяющая женщине удерживать мочу).



Наполнение и опорожнение мочевого пузыря регулируется нервными клетками головного и спинного мозга. У человека имеется несколько отделов нервной системы, играющих ведущую роль в регуляции мочеиспускания - так называемые центры мочеиспускания. Обычно здоровый человек мочится пять - шесть раз в сутки. Ночью не должно возникать позывов на мочеиспускание. Почему днем человек мочится, а ночью нет? Ночью почки образуют меньшее количество мочи, чем днем, выделяется больше гормонов, уменьшающих выделение жидкости через почки. Если у человека возникают ночные позывы на мочеиспускание, то это можно рассматривать как отклонение от нормы.

Причины недержания мочи у взрослых

Стрессовое недержание мочи

Ослабление мышц тазового дна является основной причиной развития стрессового недержания мочи у женщин. Функция тазового дна может нарушаться вследствие одной или сочетания нескольких причин: ослабления тазовых мышц, повреждения соединительно-тканых структур тазового дна, нарушения координации различных мышечных групп.

У здоровых людей любые значимые физические нагрузки, например, подъем тяжести, бег, кашель, могут привести к увеличению внутрибрюшного давления, повышенное давление передается на мочевой пузырь и приводит к повышению внутрипузырного давления. Давление в мочеиспускательном канале значительно превышает внутрипузырное давление и моча удерживается в мочевом пузыре. При резких и сильных подъемах внутрибрюшного давления, например, при очень сильном кашле, мышечные элементы тазового дна могут рефлекторно сокращаться, тем самым еще дополнительно увеличивая давление в мочеиспускательном канале. Именно этот активный механизм удержания является ведущим у здоровых. Снижение тонуса тазового дна приводит к опущению тазовых органов: матки, влагалища, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки. При повышении внутрибрюшного давления внутрипузырное давление будет повышаться в большей степени, и может превысить давление в мочеиспускательном канале. Это обстоятельство является причиной истечения мочи из мочевого пузыря, то есть стрессового недержания мочи.

У женщин со стрессовым недержанием мочи содержание коллагена в тазовых связках и в коже на 40% меньше, чем у здоровых женщин такого же возраста. Следствием уменьшения количества коллагена является ослабление тазового дна и возникновение опущения тазовых органов. Низкое содержание коллагена может быть врожденной, индивидуальной особенностью организма. Поэтому недержание мочи может развиваться у молодых нерожавших женщин, у которых все другие причины ослабления тазового дна практически исключены.

Другим объяснением нарушений коллагенового баланса могут быть гормональные изменения, наблюдаемые у женщин в менопаузе. Некоторые исследователи большое значение придают недостатку в организме витамина С (аскорбиновой кислоты). Это приводит к снижению прочности любых структур, в состав которых входит коллаген. Установлено, что курение приводит к снижению содержания в организме витамина С. Этот факт может объяснить большую частоту стрессового недержания мочи у курящих женщин по сравнению с некурящими соответствующего возраста.

Одной из причин недержания может быть непосредственное повреждение структуры сфинктера. Чаще наружный сфинктер повреждается при тяжелых сочетанных травмах, сопровождающихся переломами тазовых костей. К недостаточности сфинктера могут привести травмы спинного мозга.

Ослабление замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря и уретры возникает обычно в результате родовой травмы (сопровождающейся разрывами мышц и рубцами в области сфинктера мочевого пузыря), тяжелой физической работы, гинекологических операций и гормональных нарушений. Основным звеном патогенеза этого заболевания является ослабление мышечно-связочного аппарата тазового дна и нарушение трофики тканей уретровезикального сегмента. Причиной функционального недержания мочи у

женщин может быть и опущение передней стенки влагалища, низкое стояние дна мочевого пузыря.

Чаще встречается и легче поддается функциональному лечению относительное недержание мочи, которое появляется при резких мышечных усилиях, прыжках, кашле, чихании. Полное, или абсолютное, недержание мочи является одним из наиболее тяжелых психологических страданий. Больные, имеющие недержание мочи, угнетены своим состоянием, скованы в движениях, заторможены, часто теряют надежду на выздоровление.

Лечение больных с недержанием мочи

В настоящее время имеется три основных методы лечения недержания мочи: немедикаментозный, медикаментозный и хирургический. Для каждого из них есть определенные показания, и выбор оптимального подхода к лечению конкретного больного с недержанием мочи производит врач после тщательного обследования пациента. Хирургическое лечение применяется только при безуспешности консервативной терапии.

Немедикаментозное лечение недержания мочи

К немедикаментозному лечению недержания мочи относятся проведение тренировки мочевого пузыря, выполнение упражнений для тазовых мышц.

Тренировка мочевого пузыря

Методика тренировки мочевого пузыря включает три основных компонента: обучение, создание плана мочеиспусканий и его выполнение.

Основной смысл тренировки заключается в соблюдении больным заранее установленного и согласованного с врачом плана мочеиспусканий, то есть пациент должен мочиться через определенные интервалы времени. У пациентов в течение нескольких лет заболевания формируется своеобразный стереотип мочеиспускания, заключающийся в стремлении опорожнить мочевой пузырь при возникновении даже незначительного позыва. Это стремление обусловлено страхом перед возможным неудержанием мочи, которое может произойти в неподходящей обстановке.

Программа тренировки мочевого пузыря направлена на прогрессивное повышение интервала между мочеиспусканиями. При этом больной должен стараться мочиться не когда возникает позыв на мочеиспускание, а в соответствии со своим индивидуальным планом на день. Для этого пациенты должны сдерживать возникающие позывы на мочеиспускание посредством сильного сокращения анального сфинктера.

Лечение по программе тренировки мочевого пузыря обычно продолжается несколько месяцев. Рекомендуется повышать интервал между мочеиспусканиями на полчаса каждые 2-3 недели до достижения периода времени в 3-3,5 часа.

Тренировка мочевого пузыря чаще всего проводится в сочетании с медикаментозным лечением. Ко времени окончания курса медикаментозной терапии, обычно продолжающейся 3 месяца, должен быть сформирован новый психологический стереотип мочеиспусканий. Прекращение приема препаратов вследствие этого не должно приводить к возобновлению учащения мочеиспускания и недержанию мочи.

Тренировка мочевого пузыря назначается всем больным с расстройствами мочеиспускания.

У больных с тяжелыми интеллектуальными нарушениями и отсутствием контроля за нижними мочевыми путями и недержанием мочи рекомендуется использовать специально адаптированную методику "мочеиспускания по подсказке". Она состоит из трех основных этапов:

- На первом этапе необходимо научить умственно отсталого больного отмечать состояния, когда он мокрый из-за мочеиспускания в постель, а когда сухой. При успешном выполнении целей первого этапа можно приступить ко второму этапу лечения.
- Важнейшей задачей второго этапа является научить больного воспринимать позыв на мочеиспускание и давать знать об этом окружающим.
- Целью третьего этапа тренировки является достижение больным полного контроля над мочеиспусканием.

Отмечено, что весьма эффективно при проведении лечения такой категории больных поощрять их каким-либо образом на каждом этапе лечения.

Так же рекомендуется выполнять упражнения для тренировки тазовых мышц. В последние годы упражнения для тазовых мышц достаточно широко применяются в целях профилактики недержания мочи, еще до возникновения первых симптомов.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение применяется при всех формах недержания мочи, однако наибольшая эффективность отмечается у больных с ургентным недержанием.

Задачами медикаментозного лечения у таких пациентов являются снижение сократительной активности мочевого пузыря и увеличение его функциональной емкости.

Клинически это должно выражаться в урежении мочеиспусканий, уменьшении интенсивности позывов и исчезновении неудержания мочи.

Препаратами, рекомендуемыми для лечения ургентного недержания мочи в качестве "первой линии" терапии, являются спазмолитические препараты и антидепрессанты.

Одним из наиболее эффективных препаратов является дриптан. Его эффект обусловлен прямым расслабляющим действием на мышцу мочевого пузыря, кроме того, дриптан прерывает раздражающие нерегулярные импульсы со стороны центральной нервной системы. Под действием дриптана мочевой пузырь "успокаивается", "расслабляется", увеличивается его объем, он начинает накапливать мочу, благодаря чему исчезают настоятельные позывы. Вы будете реже ходить в туалет.

Дриптан после принятия необходимой дозы начинает действовать в течение 30 минут - 1 часа. Исчезновение или ослабление болезненных симптомов наступает через 1 месяц от начала лечения. Для каждого из вас необходим индивидуальный подбор дозы дриптана. Для одних это будет 1 / 2 таблетки 1-2 раза в день, для других немного больше. В каждом конкретном случае эффективную дозировку подбирает только врач. Не пытайтесь принимать дриптан самостоятельно.

Продолжительность одного курса лечения больных с ургентным недержанием мочи обычно не превышает 3 месяцев.

После окончания лечения его эффект обычно сохраняется несколько месяцев, реже дольше. При недостаточной эффективности первого курса лечения или развития возобновления недержания возможно проведение еще одного или нескольких повторных курсов терапии.

Хирургическое лечение

Хотя у большинства больных с недержанием мочи достигаются хорошие результаты при применении консервативных методов лечения, некоторым из них приходится применять хирургические методы. Выбор метода операции определяется формой недержания мочи и эффективностью предшествующего нехирургического лечения. Чаще всего оперативное лечение применяется у больных с стрессовым недержанием мочи и недержанием переполнения, реже - при ургентной форме недержания. Эффективен метод лечения недержания мочи при напряжении с использованием свободной синтетической петли (TVT).

Лечебная гимнастика в терапии недержания мочи при напряжении у женщин

Среди консервативных методов лечения ведущее место занимает лечебная физкультура.

Терапевтический эффект лечебной физкультуры связан с тем, что гимнастические упражнения, повышая тонус всей мускулатуры тела, повышают тонус и мышц дна полости малого таза, что значительно улучшает их функцию. Ряд специальных упражнений непосредственно воздействуя на мышцы данной области, также благотворно влияет на их сократительные свойства, что и дает общий лечебный эффект.

Большое значение имеет и попеременное повышение и понижение внутрибрюшного давления, наблюдающееся при выполнении упражнений, что также рефлекторно влияет на мышцы дна полости малого таза.

Проводить ЛФК рекомендуется по методике [Д.Н.Атабекова \(1949\)](#) и [К.Н.Прибылова \(1954\)](#) в модификации [Ф.А.Юнусова \(1985\)](#). При этом ЛФК должна решать следующие задачи:

1. стимулировать компенсаторно-приспособительные реакции в поврежденных тканях замыкательного аппарата мочевого пузыря и уретры с целью нормализации его деятельности;
2. улучшать трофику органов малого таза, устранять неконтролируемые сокращения детрузора;
3. укреплять мышечно-связочный аппарат тазового дна, мышцы уретры, таза, живота и спины;
4. способствовать восстановлению анатомо-топографических взаимоотношений органов малого таза;
5. содействовать снятию патологической доминанты в коре головного мозга;
6. оказать общеукрепляющее воздействие на организм.

Эти задачи наилучшим образом решаются при выполнении упражнений в отведении и разведении бедер в исходном положении лежа на спине с приподнятым тазом; упражнений для нижних конечностей с сопротивлением в этом же исходном положении; упражнений,

выполняемых в исходном положении стоя при плотно сомкнутых бедрах и напряжении приводящих мышц бедер; ходьбы короткими и скрестными шагами, ходьбы с зажатым между ногами набивным мячом. При явных признаках улучшения можно включать в занятия упражнения с более широким разведением бедер, приседания, а также упражнения, имитирующие фехтовальные шаги и ходьбу на лыжах.

При использовании ЛФК в коррекции недержания мочи при напряжении у женщин, наряду с общими принципами физической тренировки, необходимо учитывать следующие методические указания:

1. Дифференцированность ЛФК в зависимости от степени тяжести (легкая, средней тяжести и тяжелая) и формы (чистая, комбинированная) заболевания согласно классификации Д.В. Кана (1978).
2. Использовать исходные положения:
 - при легкой степени - разнообразные (стоя и сидя - только со второй половины курса лечения);
 - при средней степени - те же, исключив положение стоя (стоя на коленях и сидя можно включить со второй половины курса лечения);
 - при тяжелой степени - коленно-локтевое, лежа на спине горизонтально, антиортостатическое (лежа на спине на наклонной плоскости с приподнятым ножным концом, угол которой можно менять до 30 градусов в зависимости от переносимости отрицательной гравитационной нагрузки), лежа на боку (сидя, отклонившись назад, и коленно-кистевое можно применять со второй половины курса лечения).

При комбинированной форме заболевания (наличие нестабильности детрузора) дополнительно соответственно степени тяжести недержания мочи при напряжении исключить исходные положения:

- стоя, стоя на коленях и сидя,
- стоя на коленях и сидя,
- коленно-кистевое.

Независимо от тяжести и формы болезни физические упражнения не следует выполнять в исходном положении на животе.

3. Чтобы предотвратить повышение внутрибрюшного давления и истечение мочи при выполнении физических упражнений, целесообразно наряду с другими исходными положениями использовать антиортостатическое положение. Это положение противопоказано больным с сопутствующей артериальной гипертензией, нарушениями мозгового кровообращения.
4. Применять специальные динамические физические упражнения и изометрические напряжения с целью максимального укрепления мышечно-связочного аппарата тазового дна, мускулатуры уретры, таза, глубоких мышц спины, а также для восстановления замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря и уретры, устранения анатомо-топографических изменений органов малого таза. Большинство специальных динамических упражнений следует выполнять с сокращением и расслаблением мышц промежности, что осуществляется соответственно в фазу вдоха

и выдоха. Для полноценного сокращения всех мышц промежности - мышц урогенитальной и тазовой диафрагм - необходимо одновременно втянуть анус, сжать влагалище и попытаться замкнуть наружное отверстие мочеиспускательного канала.

5. Изометрические напряжения мышц необходимо выполнять каждый раз с максимальной интенсивностью. В зависимости от периода курса ЛФК число таких напряжений мышц варьирует от 1 до 4 (при комбинированной форме заболевания увеличивают до 6-7 в процедуре лечебной гимнастики), длительность напряжения - 2-7 сек.

При выполнении изометрических напряжений необходимо также учитывать следующие методические указания:

- применять преимущественно исходные положения лежа на спине и "антиортостаз";
- дыхание должно быть равномерным, глубоким и с некоторым удлинением выдоха, не допускать задержки дыхания;
- "рассеивать" и чередовать напряжения с динамическими физическими упражнениями;
- после каждого повторения упражнения и их циклов выполнять упражнения дыхательные и в произвольном расслаблении мышц.

6. Исключить в занятиях бег, быструю ходьбу, прыжки, подскоки, рывковые движения, резкие перемены положений, натуживания, всякую задержку дыхания, а в начале лечения - и наклоны вперед. Все упражнения следует выполнять ритмично, в медленном или среднем темпе.
7. Продолжительность лечебной гимнастики в течение курса увеличивать с 20 до 50 мин. Занятия проводить 3 раза в неделю (еженедельно добавлять по одному самостоятельному занятию до ежедневного выполнения процедур), желательно с музыкальным сопровождением. После занятий как групповых, так и индивидуальных, необходимо произвести туалет промежности и переодеться.
8. На основании периодических исследований внутрибрюшного давления, показателей уродинамики нижних отделов мочевых путей и перинеотонографии индивидуализировать в процессе лечения назначение отдельных исходных положений, физических упражнений и степень угла наклона плоскости, применяемой для выполнения упражнений.
9. Применять у больных одновременно с лечебной гимнастикой самостоятельные занятия, включающие циклы ритмичных изометрических напряжений мышц тазового дна: максимально сократить указанные мышцы - вдох, расслабить их - выдох. Это упражнение можно выполнять в исходных положениях стоя, сидя и лежа. Рекомендуется следующая схема занятий: на 1-й неделе - 10 упражнений плюс отдых 30 сек. (выполнять 2 раза подряд), в течение дня 3-5 занятий; на 2-й неделе - 13 упражнений плюс отдых 30 сек. (выполнить 3-4 раза подряд), в течение дня 6-8 занятий; с 3-й недели - 15 упражнений плюс отдых 30 сек. (выполнить 5 раз подряд), в течение дня 10 занятий.
10. Через 1-1,5 месяца отмечается, как правило, значительное улучшение.
11. При отсутствии полного выздоровления и выявления улучшения удержания мочи при физических напряжениях у больных повторить курс лечения. У больных с тяжелой степенью недержания мочи при напряжении проводить ЛФК с целью комплексной предоперационной подготовки и получения более стойких послеоперационных результатов.
12. По окончании поликлинического курса ЛФК рекомендовать больным продолжение занятий лечебной гимнастикой в домашних условиях не менее 4-6 мес.

13. Для получения большего эффекта применять ЛФК в сочетании с функциональной электростимуляцией мышц тазового дна, медикаментозной терапией и акупунктурой.

Кроме общеукрепляющих, дыхательных и упражнений на расслабление, больной рекомендуют специальные физические упражнения (для мышц промежности, таза, живота и спины), которые способствуют эффективному восстановлению замыкательной функции сфинктеров мочевого пузыря и уретры.

Специальные физические упражнения при недержании мочи у женщин (по Епифанову В.А., 1989)

Упражнения для мышц тазового дна

А. Упражнения в изотоническом режиме

В положении лежа на спине горизонтально и на наклонной плоскости с приподнятым ножным концом

1. Втягивание ануса, влагалища и попытка замкнуть наружное отверстие мочеиспускательного канала с последующим расслаблением мышц.
2. Приподнимание таза и поясницы вверх с опорой на пятки прямых ног и плечевой пояс.
3. Ноги согнуть в коленях. Поднимать максимально вверх тазовый пояс с сокращением мышц тазового дна.
4. Поворот таза и согнутых в коленях ног влево (вправо) до опускания на пол.
5. Заведение правой (левой) ноги за бедро противоположной с сокращением мышц тазового дна.
6. Поочередное и одновременное подтягивание к груди ног, согнутых в коленях.

В положении лежа на боку

1. Подтягивание согнутой ноги к груди.
2. Максимальное поднимание вверх прямой ноги с последующим замедленным ее опусканием.
3. Поочередное отведение прямой ноги вперед, затем назад.

В положении сидя на полу

1. Согнутые ноги притянуты к груди руками, перекаат на спину и возвращение в исходное положение.
2. Ноги согнуты и подтянуты к тазу, руки в упоре сзади. Разведение и сведение колен.
3. Ноги согнуты, руки на голени. Переставляя ноги, передвигаться на ягодицах вперед, назад.

В положении стоя на коленях

1. Руки за головой. Поочередно сесть вправо и влево от стоп.
2. Переставляя ладони по полу, поворачивать корпус вправо, затем влево.
3. Колени разведены. Садиться между пяток.
4. Прогнуть позвоночник с опорой рук сзади, затем наклониться вперед.

В коленно-локтевом положении

1. Выпрямляя руки, поднять вверх тазовый пояс и выгнуть спину с одновременным сокращением мышц тазового дна.
2. Выпрямляя руки и ноги, поднять вверх тазовый пояс с сокращением мышц тазового дна.
3. Круговые движения отведенной назад прямой левой (правой) ногой.
4. Упражнение "Ласточка".

Б. Упражнения в изометрическом режиме.

В положении лежа на спине горизонтально и на наклонной плоскости с приподнятым ножным концом

1. Максимально привести ноги, сократить мышцы тазового дна и ягодиц в течение 3-7 сек.
2. Ноги согнуть в коленях, таз поднять вверх. Максимально привести бедра и голени, сократить мышцы тазового дна и ягодиц в течение 3-7 сек.
3. Максимально привести ноги, сократить мышцы тазового дна и ягодиц с одновременным втягиванием передней брюшной стенки и надавливанием поясничной областью на плоскость в течение 3-7 сек.
4. Ноги скрестить и поднять вверх на гимнастическую рейку. Максимально сжать ноги, сократить мышцы тазового дна и ягодиц в течение 3-7 сек.
5. Ноги согнуть в коленях, между ними установить мяч. Максимально сжимать мяч коленями с одновременным сокращением мышц тазового дна и ягодиц в течение 3-7 сек.

Перечень специальных упражнений, укрепляющих мышцы живота и тазового дна (по Васильевой В.Е.)

Упражнения из исходного положения лежа на спине

1. Поочередно перенести одну ногу через выпрямленную другую.



2. Поочередно согнуть ноги в коленях, скользя пятками по кровати к ягодицам.
3. Поочередно каждой ногой, сгибая ее в коленном и тазобедренном суставах, прикоснуться стопой одной ноги к бедру другой.



4. Одновременно согнуть ноги в коленях, отрывая пятки от кровати.

5. Поочередно сгибать ноги, стараясь коснуться коленом груди.
6. Одновременно согнуть ноги в коленях, стараясь прижать их к груди.
7. Поочередно поднять то одну, то другую выпрямленную ногу вверх.
8. Выполнить движения ногами, как при езде на велосипеде.
9. Поднять прямые ноги вверх.
10. Скрестить и развести в стороны прямые ноги, поднятые под углом 50-90 градусов.
11. Выполнить ногами движения, как при плавании стилем брасс.
12. Руки вдоль туловища, ноги, согнутые в коленных и тазобедренных суставах, стоят на полной ступне. Поочередно притягивать бедро к животу, стараясь коснуться коленом груди.



13. Руки вдоль туловища, ноги вместе. Скольжением рук по туловищу согнуть их, кисти к подмышечным впадинам с одновременным сгибанием ног в коленных суставах и разведением их.



14. Руки под голову. Поднять обе прямые ноги вверх, развести в стороны, согнуть в коленных суставах, выпрямить, привести вместе и вернуться в и.п.
15. Ноги согнуты в коленных суставах, стопы соединены. Свести и развести колени.



16. Ноги согнуты, стопы соединены. Развести руками колени в стороны, свести колени, вытянуть ноги.
17. Ноги согнуты, ступни около ягодиц. Поднять таз вверх, опираясь на локти, плечевой пояс и ступни. При этом сильно напрягать ягодичные мышцы, втягивая в себя задний проход.



18. Ноги согнуты в коленях, пятки около таза. Поднять таз вверх, опираясь на стопы и плечевой пояс с одновременным подниманием выпрямленной ноги вверх и отведением ее в сторону.

19. Руки вдоль туловища, ноги врозь. Одновременно с движением прямых рук в стороны ладонями вверх развести ноги в тазобедренных суставах носками наружу. Затем, переходя в исходное положение, повернуть руки ладонями вниз, а ноги пятками внутрь.



20. Руки вытянуты вдоль туловища, ноги выпрямлены. Поднять таз (опираясь на пятки, локти, плечевой пояс и голову), втягивая задний проход. Возвращаясь в и.п., расслабить область заднего прохода.



21. Прямые ноги скрещены. Приподнять таз вверх, опираясь на пятки и плечевой пояс, напрягая ягодичные мышцы и втягивая в себя задний проход.



22. Прижать подколенные области к кровати, одновременно втягивая задний проход и напрягая ягодичные мышцы.



23. Перейти в положение сидя с помощью рук.

24. Ноги закреплены. Перейти в положение сидя без помощи рук.

25. То же упражнение с усложнением его различными исходными положениями рук (руки к плечам, на голову, вверх и т.д.).

26. Ноги закреплены, руки вдоль тела. Сесть, согнуться вперед, касаясь руками ступней ног.

27. Руки на животе. Сделать глубокий вдох, сильно выпячивая при этом живот, при выдохе живот втянуть.



28. Руки вдоль тела, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, прижаты друг к другу. Поворачивать обе ноги в левую сторону вместе с нижней частью туловища, стараясь положить их на бок. Голова и плечевой пояс должны быть в первоначальном положении. То же проделать в другую сторону.



Упражнения из исходного положения лежа на животе

29. Руки под головой. Поочередно поднять выпрямленную правую и левую ногу с одновременным втягиванием заднего прохода.



30. Руки вдоль тела, ноги врозь, носки оттянуты. Поднять одновременно обе выпрямленные ноги вверх и опустить.



31. Руки вдоль тела, пальцы ног упираются в пол. Поочередно разогнуть правую и левую ногу в коленном суставе с одновременным напряжением мышц бедра и ягодицы выпрямленной ноги.



32. Руки под головой, ноги врозь. Приподнять правую половину туловища вверх, напрягая мышцы бедра, ягодицы и сокращая мышцы промежности. То же с левой половиной туловища.



33. Руки вдоль тела, пальцы ног упираются в пол. Разогнуть одновременно обе ноги в коленных суставах, втягивая задний проход и сокращая ягодицы.

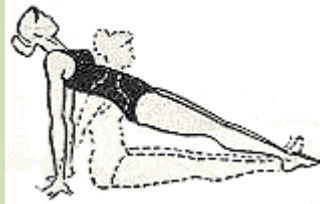


Упражнения из исходного положения "сидя на полу"

34. Упор сзади. Развести и свести выпрямленные ноги, не отрывая их от пола.



35. И.п. - то же. Приподнять таз от пола.



36. Наклонить туловище вправо, опереться кистями обеих рук справа около таза. Переставляя кисти рук по полу, наклонить туловище влево. То же в другую сторону.



37. Упор руками сзади на уровне ягодиц, пятки прижаты друг к другу. Не отрывая пяток друг от друга и от пола, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, стараясь пошире развести колени и втянуть промежность. Затем вернуться в исходное положение, также не отрывая пяток друг от друга и от пола, при этом промежность расслабить.



38. Руки перед грудью, спина прямая. Повернуть туловище направо, выпрямляя правую руку. То же в другую сторону.

Упражнения из различных исходных положений (стоя на четвереньках и стоя на коленях)

39. Ноги врозь, руки на пояс. Круговые движения туловища в правую и левую сторону.

40. Ноги шире плеч, руки вверх. Наклонить туловище вперед, стараясь кистями рук коснуться сначала правой, потом левой ступни.

41. Ноги шире плеч, руки на пояс. Поочередно согнуть ногу с переносом веса тела на нее.

42. Ноги врозь, руки перед грудью. Повернуть туловище вправо с одновременным отведением назад руки; то же в другую сторону.

43. Ноги врозь, руки на пояс. Наклонить туловище в сторону, вправо и влево.

44. Руки в стороны. Поочередно поднять выпрямленную ногу вперед, в сторону и назад.

45. Глубокое приседание из различных исходных положений.

46. Ходьба в полуприседе, скрестным шагом, с высоким подниманием коленей.

47. Руки на пояс. Оторвать от пола правую ногу, смещая вверх правую половину таза. То же другой ногой.



48. Стоя на четвереньках. Не отрывая рук от пола, сесть направо на пол, потом налево.



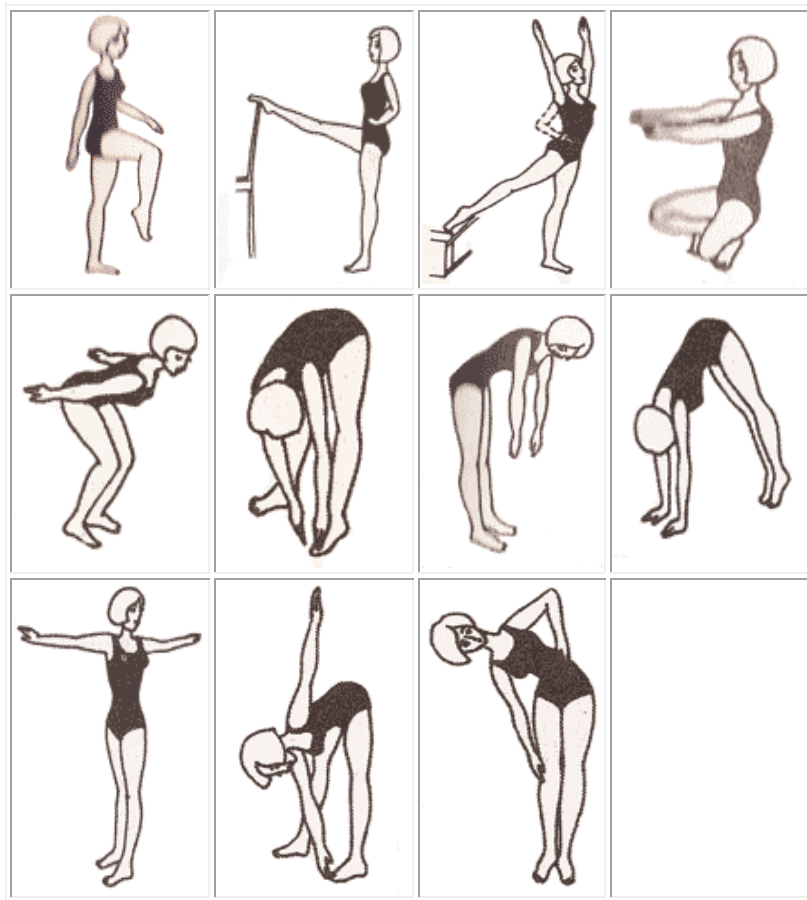
49. Стоя на коленях, с опорой на локтях, сесть на пятки, расслабить мышцы тазовой области; возвратиться в и.п. сильно напрягая ягодичные мышцы.



50.И.п. - то же. Достать коленом правой ноги локоть левой руки, то же другой ногой.

Перечень специальных упражнений, предложенных Д.Н.Атабековым

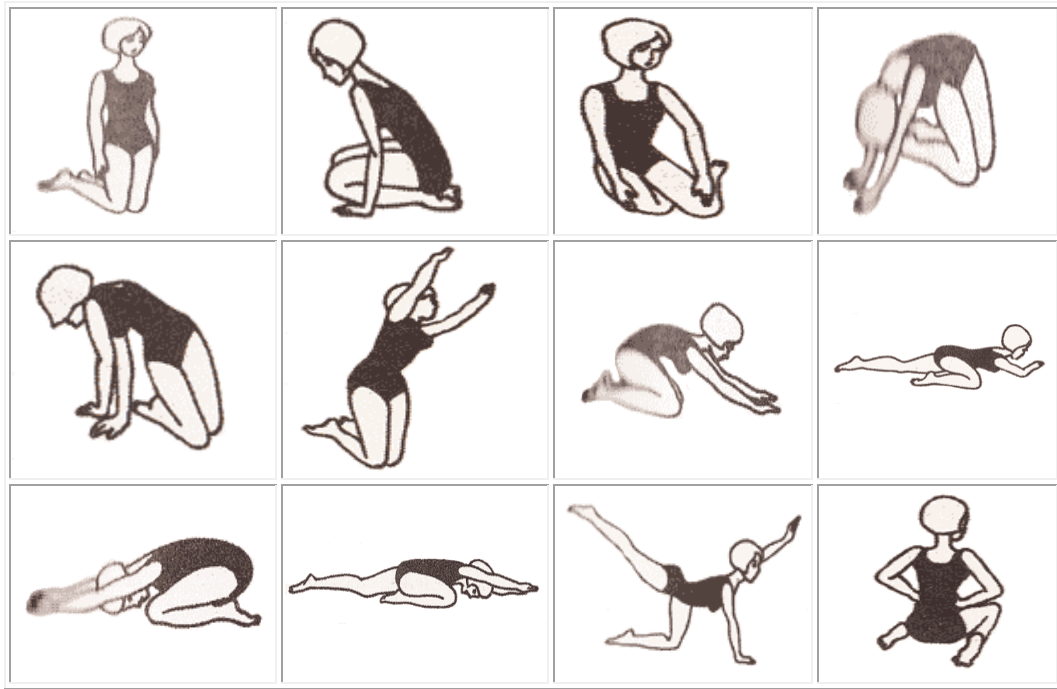
Общеразвивающие упражнения



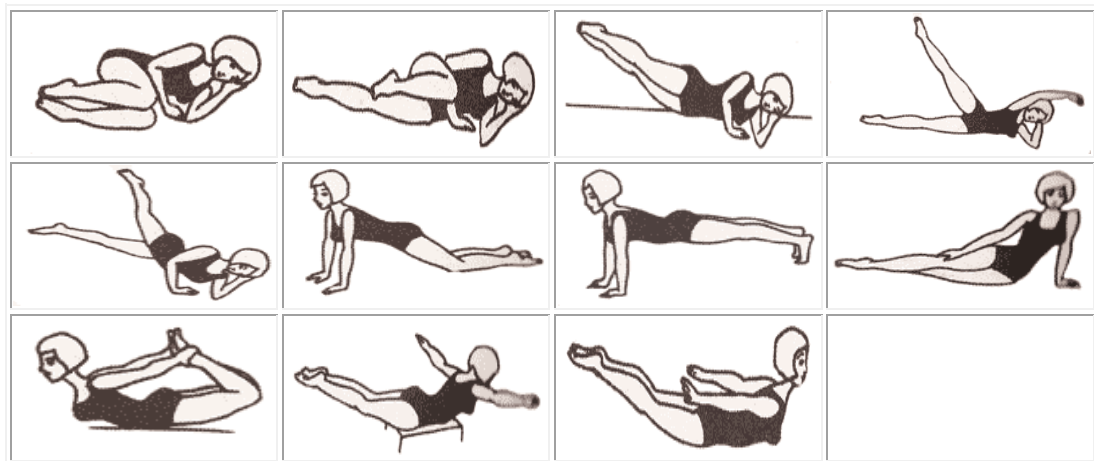
Упражнения для мускулатуры тазового дна



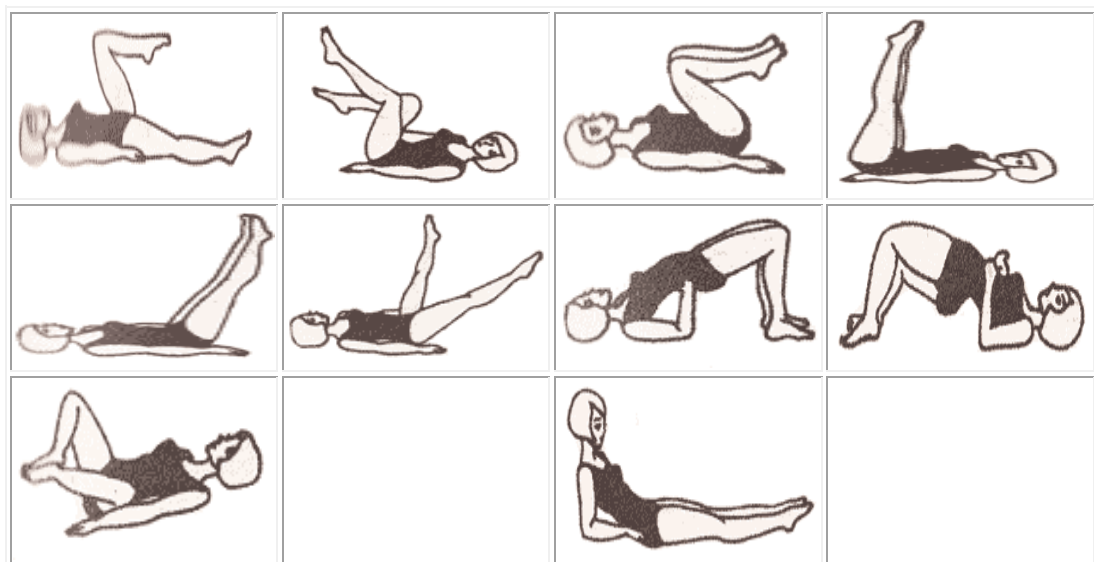
Упражнения для мышц брюшного пресса и приводящих мышц бедра



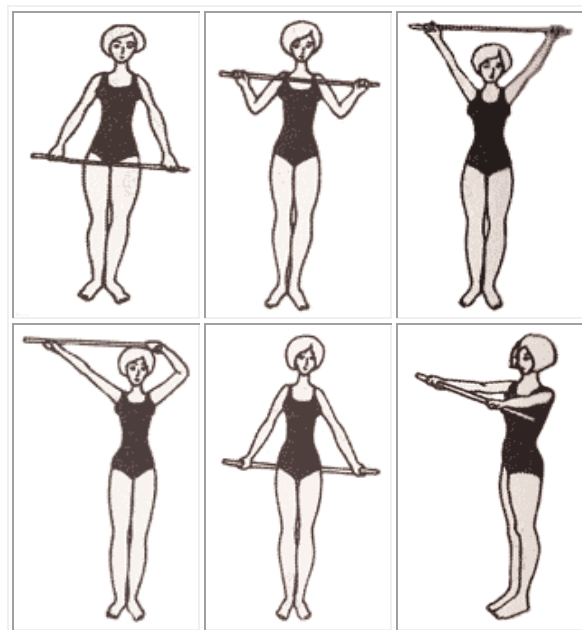
Упражнения для мышц спины и брюшного пресса



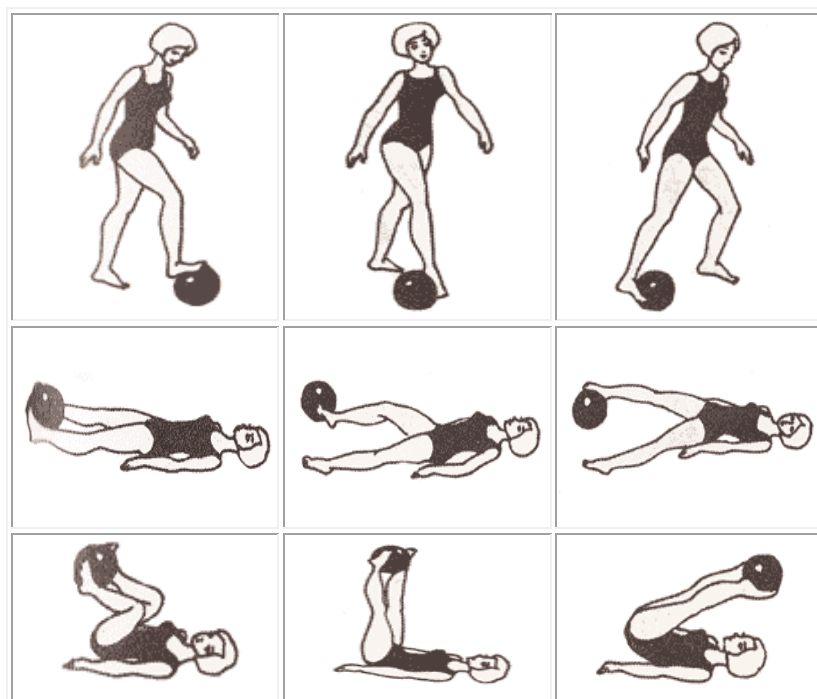
Упражнения в основном для мышц брюшного пресса



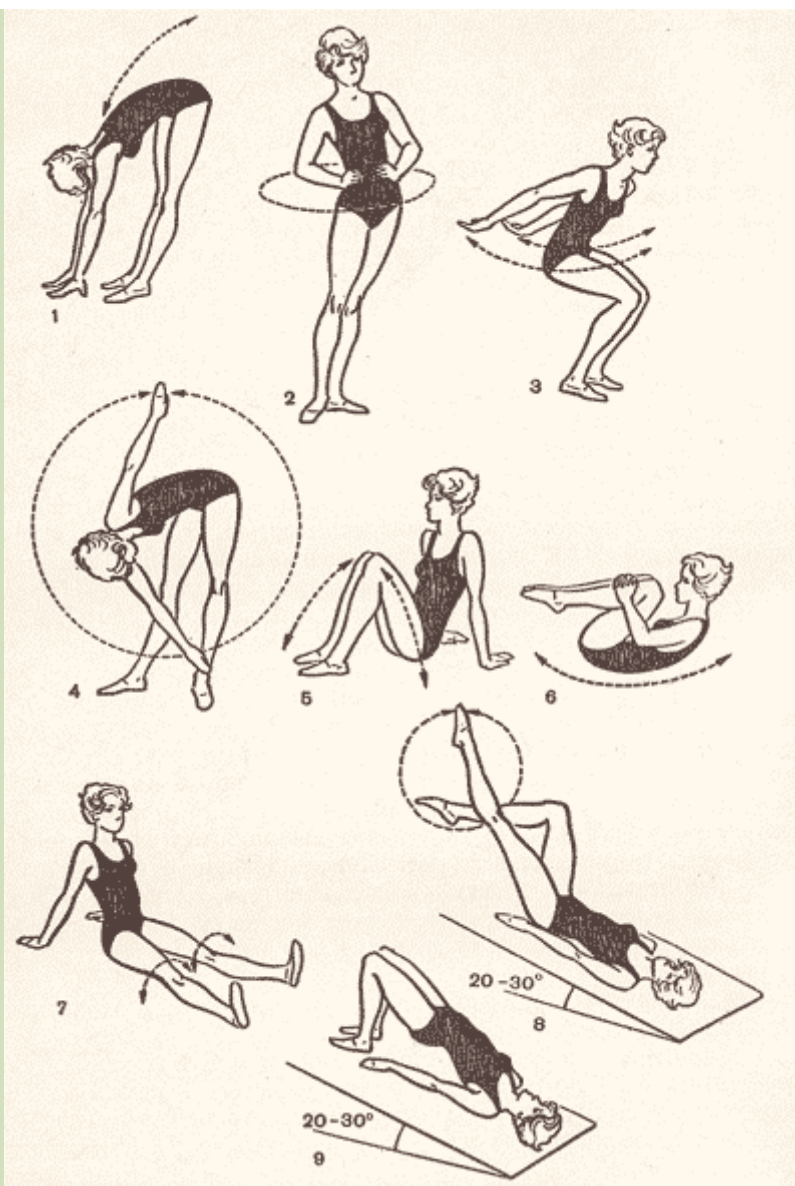
Общеразвивающие упражнения, главным образом плечевого пояса, для обработки хорошей осанки и тренировки дыхательных мышц



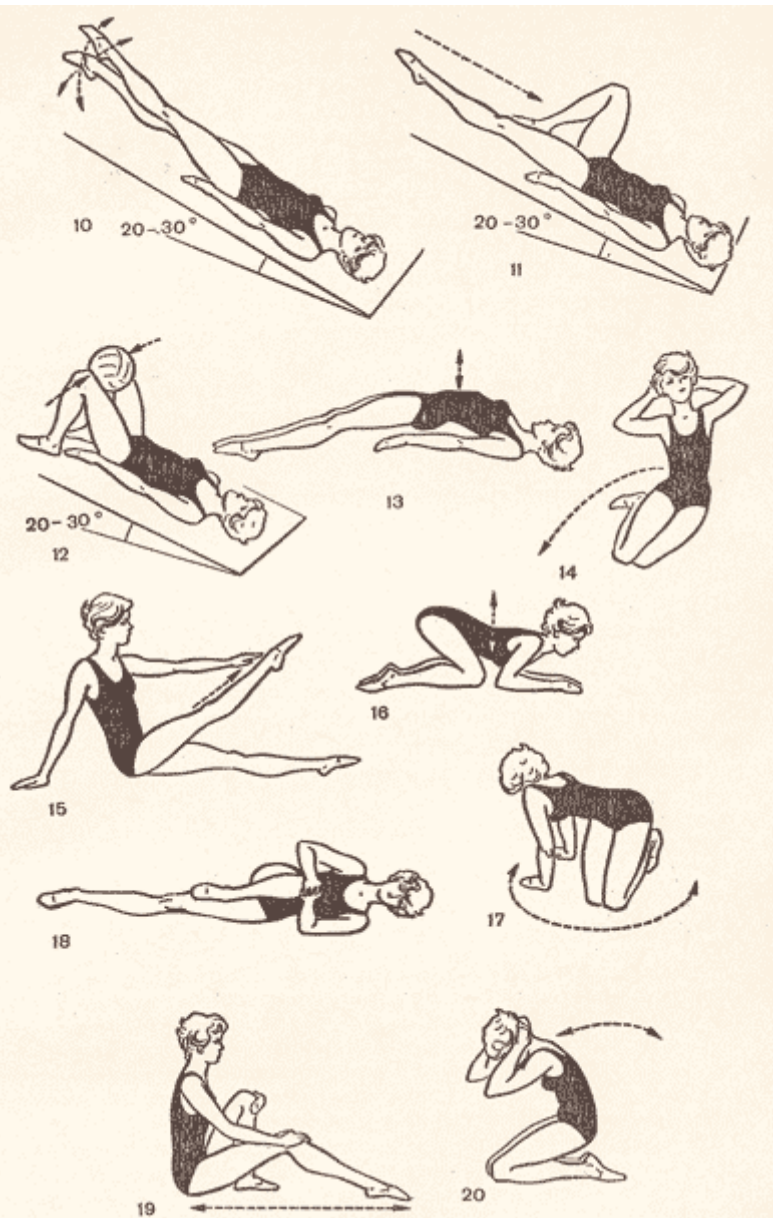
Упражнения с нагрузкой на нижние конечности и частично брюшной пресс



Физические упражнения для лечения женщин, страдающих недержанием мочи при напряжении (по Ф.А.Юнусову, 1985)



1. Наклоны туловища
2. Круговые вращения тазом
3. Пружинистые приседания
4. Попеременные повороты туловища вправо и влево
5. Приведение колен и напряжение мышц промежности с последующим их расслаблением
6. Лежа на спине, перекаты
7. Ротация ног кнутри с сокращением мышц промежности, ротация ног кнаружи с расслаблением этих групп мышц
8. Имитация движений, как при езде на велосипеде
9. Изометрическое напряжение мышц промежности, бедра и голени



10. Перекрестное движение ногами
11. Попеременное сгибание ног в коленном суставе
12. Сжимание мяча коленями
13. Приподнимание таза
14. Попеременно сесть вправо, влево
15. Подъем правой (левой) прямой ноги с касанием ее левой (правой) рукой
16. Прогибание, выгибание в грудном отделе с одновременным сокращением мышц промежности
17. Поворот туловища вправо-влево, переставляя ладони
18. Попеременное приведение колена к груди с одновременным сокращением мышц промежности
19. Передвижение на ягодицах
20. Дыхательные упражнения динамического характера

**Комплекс упражнений для больных с недержанием мочи (Смоленский областной
врачебно-физкультурный диспансер (составлено по материалам Архангельского
ОВФД))**

1. Ходьба на месте с продвижением вперед и различным положением рук.
2. И.п. стоя. Счет 1-2 руки через стороны вверх - вдох, счет 3-4 опустить вниз - выдох.
3. И.п. стоя, руки опущены, в руках палка. Счет 1 - поднять руки вверх, 2 - положить палку на лопатки, 3 - руки вверх, 4 - опустить руки.
4. И.п. стоя, руки вверх с палкой, почти на ширине плеч. Счет 1-2 наклон вправо, 3 - выпрямиться. То же в другую сторону.
5. И.п. стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Счет 1 - руки в стороны, наклон туловища назад. Счет 2-3 - наклон туловища вперед, руками коснуться носка левой ноги, затем правой. Счет 4 - и.п.
6. Повторить упражнение №2.
7. И.п. лежа на спине, захватив стопами мяч, руки вдоль туловища. Поднимание ног. Ноги медленно опустить вниз.
8. И.п. сидя, ноги вместе, руки вперед. Счет 1-2-3 коснуться руками стоп, 4 - и.п.
9. И.п. сидя, ноги разведены, руки в стороны. Счет 1-2 поворот туловища влево, правой рукой коснуться носка левой ноги. Счет 3-4 то же в другую сторону.
10. И.п. лежа на спине. Имитация велосипедной езды.
11. Поочередное произношение звуков "О" - "И" (утрирование).
12. И.п. лежа на спине, приподняв ноги развести в стороны. Скрестное движение ног.
13. Лежа на спине, ноги согнуты в коленях и приведены к животу. Поочередно сгибать и разгибать ноги.
14. Повторить упражнение №2.
15. И.п. стоя, руки к плечам. Круговое движение рук вперед на счет 1-2-3-4. То же назад.
16. И.п. стоя с опорой у стула. Поочередное маятникообразное движение ног вперед, назад, в стороны.
17. И.п. стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. На 4 счета круговое вращение туловища вправо и влево.
18. И.п. стоя с опорой у стула. Поочередное взмахивание ноги. Взмахи ног вперед, назад, в стороны.
19. И.п. стоя с опорой у стула. Круговые движения ног, поочередно правой и левой ногой.
20. Повторить упражнение №2.
21. И.п. стоя. Броски мяча от груди, из-за головы.
22. Ходьба.
23. Повторить упражнение №2.

При недержании мочи применяют также гинекологический массаж.

Для объективной оценки эффективности ЛФК в комплексной терапии используют урофлоуметрию, цистометрию, определение профиля уретрального давления, уретроцистографию, перинеотонографию и электромиографию мышц тазового дна.

Прогноз

При отсутствии своевременного лечения - инфекции мочевых путей, депрессивно-тревожные состояния. При хирургическом лечении - излечение в 84% случаев, улучшение - в 4%. При проведении ЛФК - соответственно 12 и 75. При лекарственном лечении 14 и 60 соответственно.

К недержанию мочи необходимо относиться так же, как к любым другим заболеваниям. В нем нет ничего предосудительного или постыдного. Его причинами являются известные отклонения в структуре и функции некоторых систем организма, которые могут эффективно устраняться различными методами лечения.

Недержание мочи у пожилых не должно рассматриваться как естественное проявление старения организма. Независимо от возраста больного, всегда можно найти приемлемое решение в каждом конкретном случае.

Необходимо учитывать, что эффективность лечения во многом зависит от своевременности обращения за медицинской помощью. Чем раньше начать лечения, тем лучших результатов можно добиться.

Профилактически рожавшие женщины должны обязательно пройти консультацию уролога и гинеколога, даже при отсутствии недержания мочи.

Литература

1. Васильева В.Е. Лечебная физкультура
2. Гинекология: новейший справочник . Под общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: Изд-во Эксмо; СПб.: изд-во Сова, 2005. - 688 с., илл.
3. Епифанов В.А. ЛФК: справочник. - М.: Медицина,1987. - 528 с.
4. <http://www.hospital1.ru/>

[К оглавлению](#)