

вибромассаж, диадинамические и гальванические токи, амплипульс, электрофорез.

Электростимуляция мышц тазового дна показана пациенткам, не способным самостоятельно выполнять вышеуказанные упражнения. Известно несколько различных вариантов электрической стимуляции: промежностный, влагалищный, анальный, сакральный. Механизм действия данного вида лечения включает непрямую стимуляцию мускулатуры тазового дна через ветви полового нерва.

Фармакологическое лечение. Недержание мочи, наступившее в период климакса или менопаузы, в ряде случаев успешно лечится назначением заместительной гормональной терапии.

Лекарственные средства позволяют затормозить сокращение стенок мочевого пузыря, вызвать сокращение сфинктера или снизить выработку мочи. Наибольшего эффекта можно достичь при сочетании с гормональной терапией. Необходимо подчеркнуть, что из большого количества лекарств, предложенных для лечения недержания мочи, лишь назначение препаратов с антихолинергической активностью (троспия хлорид, оксибутинин) является патогенетически обоснованным.

Остальные препараты, относящиеся к различным фармакологическим группам, обладают лишь опосредованным действием на нижние мочевые пути, а действие некоторых из них является их побочным эффектом (пикамилон, имипрамин, баклофен, диклофенак, эфедрин, профенид).

Коррекция лекарственной терапии. Существует ряд лекарственных препаратов, способствующих учащенному мочеиспусканию посредством расслабления мышц тазовых органов таким образом, что человек перестает контролировать акт мочеиспускания. К ним можно отнести мочегонные средства, антидепрессанты, седативные препараты, некоторые средства для снижения кровяного давления и антигистаминные препараты. У пожилых людей эти препараты с большей вероятностью являются причинами недержания мочи.

Хирургическое лечение. Целью оперативного лечения СНМ является восстановление нормальных анатомических соотношений малого таза и нижних мочевых путей. При дислокации нормального уретровезикального сегмента и проксимальной части мочеиспускательного канала основной целью оперативного лечения является восстановление измененных топографо-анатомических соотношений путем перемещения и фиксации уретровезикального сегмента в нормальном анатомическом положении (различные варианты уретроцистоцервикопексий).

Если уретра и шейка мочевого пузыря не функционируют более как сфинктер и представлены чаще ригидной трубкой и рубцово-измененным уретровезикальным сегментом, то пациенты нуждаются в формировании дополнительной опоры мочеиспускательному каналу и шейке мочевого пузыря, а также в создании пассивного удержания мочи путем