

Российский Университет Дружбы Народов
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии с курсом
перинатологии

Заведующий кафедрой профессор, д.м.н., член-корреспондент РАН, Радзинский В.
Е.

ICS. Методы диагностики недержания мочи у женщин. Уродинамическое исследование.



Российский университет
дружбы народов

Цель диагностических мероприятий – установление формы недержания мочи, определение степени выраженности патологического процесса, оценка функционального состояния нижних мочевых путей, выявление возможных причин возникновения инконтиненции, выбор метода коррекции.

• подтверждать факт
недержания мочи и
его тип;
оценить
анатомическое и
функциональное
состояние тазового
дна у женщин
доступными
способами;
выявить или
опровергнуть связь
недержания мочи с
дисфункцией тазовых
органов.

равильной постановки диагноза и
ра наиболее эффективного метода
лечения необходимо:

Диагностика

Методы оценки взаимосвязи дистопии гениталий и мочевыводящих путей с явлениями недержания мочи

Кашлевая проба

Проба Бонне

Проба Вальсальвы,
или проба с
натуживанием

Метод бус

Проба с
аппликатором



При выполнении осмотра пациентки в гинекологическом кресле обращают внимание на следующие моменты:

-оценка состояния промежности и наружных половых органов



-вагинальный (в зеркалах) осмотр, выявление опущения, выпадения половых органов или прямой кишки.



-бимануальное обследование таза и аноректальный осмотр, оценка функции мышц тазового дна и т.д.;

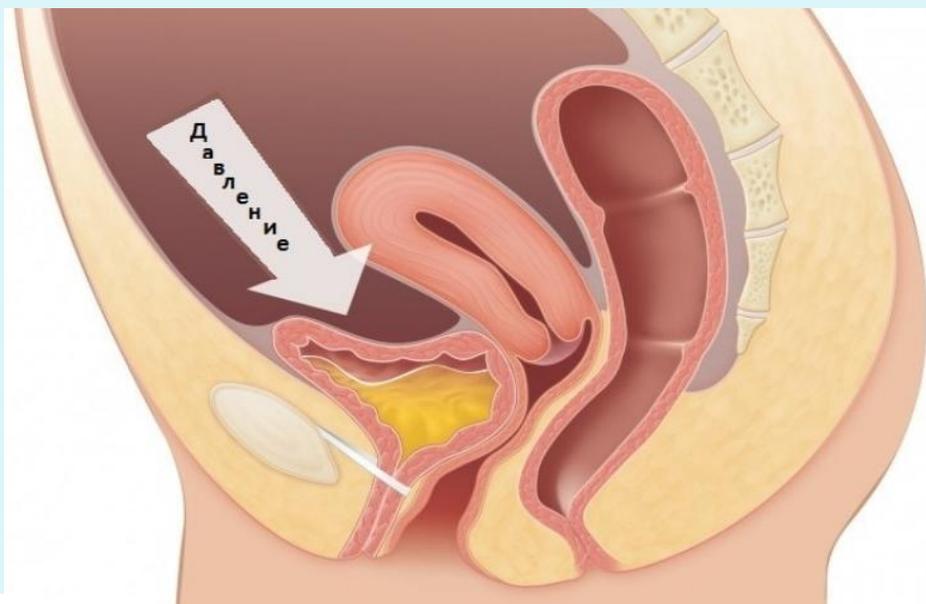
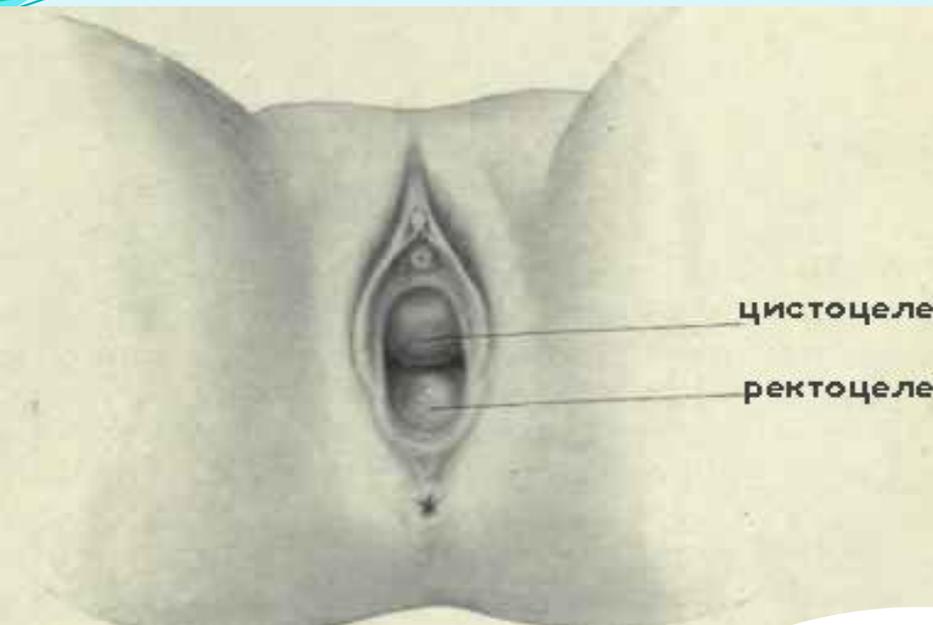


-стресс-тест для выявления недержания мочи при напряжении (кашлевая проба) с наполненным мочевым пузырем.



-Рекомендуется выполнение стандартного осмотра в гинекологическом кресле с кашлевым тестом всем пациенткам с недержанием мочи [1–5, 7].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)



Ультрасонографическое исследование.

Показаниями являются не только исключение или подтверждение заболеваний гениталий, но и исследование уретровезикального сегмента, определение состояния сфинктера уретры у больных со стрессовым недержанием мочи.

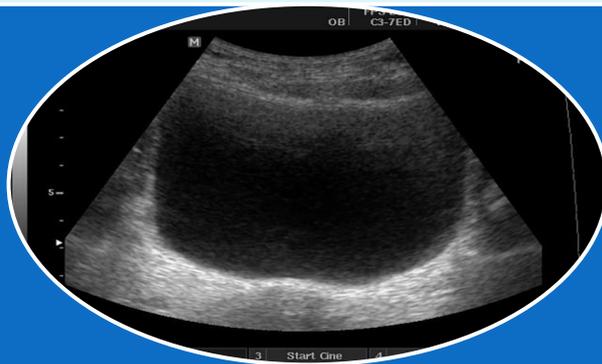
Промежностное сканирование дает возможность определить локализацию дна мочевого пузыря, отношение его к верхнему краю лона, измерить длину и диаметр уретры на всем протяжении, задний уретровезикальный угол (β) и угол между уретрой и вертикальной осью тела (α), оценить конфигурацию шейки мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, положение шейки мочевого пузыря по отношению к симфизу.

Стрессовое недержание мочи при двухкамерном сканировании дает УЗ-симптомокомплекс:

* дислокация и патологическая подвижность уретровезикального сегмента- ротация угла отклонения уретры от вертикальной оси – 20 и более и заднего уретровезикального угла при пробе Вальсальвы:

* уменьшение анатомической длины уретры, расширение уретры в проксимальном и среднем отделах;

* увеличение расстояния от шейки мочевого пузыря до лона в покое и при пробе Вальсальвы



У пациентов с подозрением на дисфункции мочевыводящих путей определение остаточной мочи должно быть частью первоначального обследования, особенно если результат исследования, скорее всего, будет влиять на выбор лечения .

Для измерения остаточного объёма мочи рекомендуется УЗИ.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)



Визуализация нижних мочевыводящих путей и органов малого таза рекомендуется, только если при первоначальном обследовании есть подозрение на возможно совместно существующую патологию нижних мочевыводящих путей и органов малого таза.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Визуализация верхних мочевыводящих путей рекомендуется в конкретных ситуациях.

К ним относятся:

- наличие гематурии;
- наличие нейрогенного недержания мочи, например, при миелодисплазии, травмах спинного мозга;
- наличие недержания мочи, которое ассоциировано с наличием значительного количества остаточной мочи;
- наличие сосущей боли в пояснице (в области почек);
- выявление выраженного пролапса тазовых органов, ранее не леченного;
- подозрение на экстрауретральное недержание мочи;
- у детей с недержанием мочи и инфекцией мочевыводящих путей;
- полученные результаты уродинамического исследования указывают на низкую растяжимость (комплаентность) мочевого пузыря.

Цистоуретроскопия не рекомендуется всем больным, исследование должно быть выполнено в определенных случаях:

- **у пациентов с осложнённым и рецидивирующим недержанием мочи (например, после неудачной хирургической операции).**
- **при первоначальном обследовании выявлена другая патология, например гематурия;**
- **при наличии боли или дискомфорта в области мочевого пузыря у пациентов с симптомами со стороны мочевыводящих путей эндоскопия может выявить внутрипузырное поражение (например, опухоль);**
- **при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи.**

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Не рекомендуется рутинное выполнение исследований по визуализации верхних мочевых путей и цистоскопии у больных недержанием мочи.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендовано выполнять комплексное уродинамическое исследование, если его результаты могут повлиять на выбор инвазивного метода лечения. Кроме того, уродинамическое исследование следует выполнять у больных с рецидивными формами недержания мочи, нейрогенным недержанием мочи. [7, 19].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – 2)

Уродинамическое исследование включает в себя урофлоуметрию, цистометрию, профилометрию.

Электромиографическое исследование – определяют состояние мышц тазового дна.

Урофлоуметрия- оценка функционального состояния мочевого пузыря и мочевых путей(измерение объема мочи, выделенной в единицу времени; мл/с).

Цистометрия – регистрация взаимосвязи объема пузыря и давления в нем во время его наполнения(дает информацию об адаптации мочевого пузыря при увеличении его объема, а также контроле со стороны ЦНС за рефлексом мочеиспускания).

Оценка профиля уретрального давления - позволяет оценить функцию уретры. Является графическим выражением давления внутри уретры в последовательно взятых точках ее длины.



- в случаях, когда результаты могут изменить выбор лечения, например, выбор более инвазивного метода лечения недержания мочи и урогенитального пролапса;
- после неудачного лечения, если требуется больше информации для планирования дальнейшей терапии;
- в рамках начальной и долгосрочной программы наблюдения при некоторых типах нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей;
- у больных с рецидивами недержания мочи после хирургических операций по устранению недержания;
- в случае осложнённого недержания мочи.

КУДИ выполняется с целью:

- воспроизведения симптомов пациента и их корреляции с результатами уродинамического исследования;
- оценки чувствительности мочевого пузыря;
- обнаружения гиперактивности детрузора;
- оценки компетенции уретры при наполнении мочевого пузыря;
- определения функции детрузора во время мочеиспускания;
- оценки уретрального сопротивления (выявления инфравезикальной обструкции) во время мочеиспускания;
- измерения остаточной мочи.

Не рекомендовано рутинное выполнение комплексного уродинамического исследования всем больным при проведении консервативного лечения недержания мочи [7, 19].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.5 Иная диагностика

Видеоуродинамическое исследование может быть полезным в лечении недержания мочи у детей, у пациентов с неудачными результатами оперативного лечения, а также у некоторых нейрогенных пациентов с целью получения дополнительной анатомической информации. Могут быть использованы и УЗИ, и рентгенография.

Если необходима более подробная оценка функции мочеиспускательного канала, рекомендуются следующие дополнительные тесты:

- **профилометрия уретрального давления;**
- **определение точки утечки абдоминального давления;**
- **видеоуродинамика;**
- **электромиография мышц тазового дна.**

Комментарии: если начальное уродинамическое исследование не смогло продемонстрировать причину недержания у пациента, обязательно проводят:

- **повторное уродинамическое исследование;**
- **амбулаторное уродинамическое исследование [19].**

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

Рекомендовано выполнить тест с прокладкой, когда необходимо количественно определить объём потерянной мочи [7].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 4)

Спасибо за внимание

