

АО « Медицинский Университет Астана»

**Различные виды недержание
мочи,
диагностика и тактика на
амбулаторном этапе.**

Выполнила: Усенова А.Б.

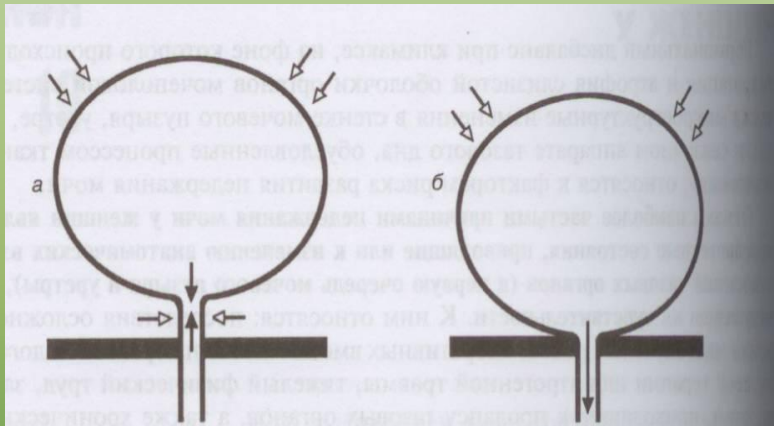
Астана 2016 год

ТЕРМИНОЛОГИЯ

- *Согласно Международному обществу по проблеме недержания мочи - ICS*
- **Недержание мочи** - любое непроизвольное выделение мочи
- **Стрессовое недержание мочи** - непроизвольное выделение мочи в ответ на физическое напряжение, кашель, чихание. Возникает из-за ослабления и растяжения связочного аппарата таза, создающего «гамак» для уретры.
- **Императивное недержание мочи (неудержание)** - непроизвольное выделение мочи, сопровождаемое или следуемое сразу после императивного позыва к мочеиспусканию (следствие ГМП).
- **Смешанное недержание мочи** - непроизвольное выделение мочи, связанное с императивным позывом, а также с физическим напряжением, кашлем или чиханием (сочетание).

- Как правило смешанному недержанию мочи сопутствует несостоятельность мышц тазового дна в виде цистоцеле, опущения или выпадения матки, ректоцеле, переднего или заднего энтероцеле (пролапс органов таза).

Причины недержания мочи при напряжении



- Ослабление мышц тазовой диафрагмы
 - Тяжелые роды
 - Травма
 - Операции на тазовых органах
- Эстрогенодефицитные состояния
 - Возраст

При этих состояниях возникает гипермобильность уретры и она смещается из зоны, где она сдавливается на мышечно – фасциальном гамаче таза.

Причины появления недержания мочи у мужчин

- Поражения центральной нервной системы (ЦНС):
 - вследствие заболеваний (инсульта, болезни Паркинсона, рассеянного склероза, нарушений кровообращения в мозге);
 - травматического происхождения (врожденных пороков развития ЦНС, повреждений головного или спинного мозга);
 - при хронической интоксикации (диабетической, алкогольной, наркотической и др.).
- Постоперационное недержание мочи вследствие хирургических манипуляций на органах малого таза, мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, предстательной железе, особенно, при неудачных операциях.

- Постоперационное недержание мочи вследствие хирургических манипуляций на органах малого таза, мочевом пузыре, мочеиспускательном канале, предстательной железе, особенно, при неудачных операциях.
- Возрастные нарушения местного кровоснабжения, нейрогуморальной регуляции физиологических функций.
- Дисфункции мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, мочеточников нейрогенного происхождения.
- Опухоли органов мочевой системы и малого таза, в том числе рак и доброкачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы (ДГПЖ).
- Инфекционные заболевания мочевыводящих путей (простатит, цистит, уретрит).

- Опушение (птоз) или смещение внутренних органов брюшной полости и малого таза, оказывающих давление на мочевой пузырь и простату, которое происходит при ослаблении мускулатуры и соединительных тканей, чрезмерных физических нагрузках, малоподвижном образе жизни или хроническом запоре.
- Мочекаменная и почечнокаменная болезнь.
- Наружная дистанционная лучевая терапия при лечении рака простаты.
- Хронические стрессы или психические заболевания.
- Побочные эффекты при лекарственной терапии (вследствие приема антидепрессантов, транквилизаторов, диуретиков, антигистаминных и противозастойных препаратов, влияющих на мышечный тонус и др.).
- Аномалии развития органов мочеполовой системы (врожденные пороки) и генетические причины.

Факторы риска

1. Европеоидная раса
2. Наследственность (при наличии заболевания у ближайших родственников или случаев энуреза в детстве риск недержания больше)
3. Ожирение (особенно в сочетании с сахарным диабетом)
4. Неврологические заболевания (инсульт, инфаркт, паркинсонизмы, травмы позвоночника)
5. Инфекция мочевыводящих путей
6. Расстройства пищеварения
7. Прием некоторых медикаментов анемия

Классификация недержания мочи

1. Стрессовое. Типы: 0, 1, 2, 2а, 2б или 3.
2. Ургентное.
3. Парадоксальное, или недержание переполнения.
4. Транзиторное, или временное.
5. Смешанное.

В соответствии с другой классификацией инконтиненция бывает:

1. Стрессовая.
2. Экстрауретральная.
3. Ночной энурез.
4. Императивная форма.
5. Неосознанная (рефлекс-недержания).
6. Утечка после мочеиспускания.

Стрессовое недержание мочи (Stress Incontinence)

- Несмотря на то, что стрессовая инконтиненция, или недержание под влиянием усилия (напряжения), намного чаще встречается у женщин, ей подвержены и мужчины. Она проявляется на фоне внезапного резкого повышения брюшного давления в результате кашля, чихания, смеха, подъема тяжестей, вставания из положения «сидя» или «лежа», потери равновесия во время ходьбы и некоторых других провоцирующих ситуаций. Ключевой особенностью этого вида недержания мочи является отсутствие позыва к мочеиспусканию непосредственно перед неконтролируемым выделением урины, степень недержания — капельная или легкая.

Ургентное (императивное) недержание мочи (Urge Incontinence)

- Характеризуется внезапными, сильными и нестерпимыми позывами к мочеиспусканию, которые очень трудно или невозможно преодолеть, отложив поход в туалет на более позднее время. Даже незначительное наполнение мочевого пузыря провоцирует его спазм, в результате которого происходит потеря урины. Характерно, что ограниченное потребление жидкости не дает положительного эффекта, дополнительными факторами риска при данном виде недержания могут являться звук льющейся воды, а также прикосновение к струе. При ургентной инконтиненции потребность в пользовании туалетом возникает не более чем через 2 часа, причем этот интервал сохраняется и днем и ночью. Внезапность и сила позывов такова, что страдающий от этого недуга зачастую не успевает своевременно опорожнить мочевой пузырь и теряет урину по дороге, например, от кровати до туалета. Но встречаются отдельные случаи, когда «повелительные» позывы к мочеиспусканию не сопровождаются выделением мочи.
- Присина ГМП.

Смешанное (комбинированное) недержание мочи (Combined Incontinence)

- Как следует из названия, подобное недержание мочи у мужчин предполагает комбинацию 2-х и более видов инконтиненции, чаще всего — ургентной и стрессовой, симптоматика которых может быть выражена в различной степени.

Послеоперационное недержание мочи (Post-treatment Incontinence)

Причиной послеоперационной инконтиненции является хирургия на предстательной железе и мочеиспускательном канале, например:

- радикальная простатэктомия (удаление простаты при онкологии);
- чрезпузырная или позадилоная аденомэктомия (удаление доброкачественной опухоли простаты);
- трансуретральная резекция (усечение, удаление) простаты (ТУР простаты при раке, доброкачественных новообразованиях, хронических воспалительных процессах);
- операции при стриктурной болезни уретры;
- операции при травматических повреждениях мочеиспускательного канала;
- другие операции и манипуляции на мочеиспускательном канале.

Недержание от переполнения (Overflow Incontinence)

- Данный вид инконтиненции, называемый также парадоксальная ишурия, обусловлен блокировкой уретры на фоне гипертрофии предстательной железы, через которую проходит мочеиспускательный канал, и различных видов опухолей самого канала. Таким образом уретра сужена, и сама собой является педпузырным барьером, вследствие чего моча выделяется в небольших объемах, но часто. По этой причине данную форму недержания мочи у мужчин часто называют капельной инконтиненцией.

При недержании урины у мужчин от переполнения мочевого пузыря наблюдаются:

1. постоянные неконтролируемые выделения мочи в малых объемах на протяжении суток;
2. частое посещение туалета;
3. ощущение тяжести, давления на мочевой пузырь, может присутствовать тупая боль над лоном;
4. невозможность полного опорожнения;
5. при мочеиспускании урина выделяется слабой и тонкой струйкой, что также сопровождается ощущением переполнения.

Транзиторное (временное) недержание мочи (Transient Incontinence)

- К типичным причинам неконтролируемого мочеиспускания у мужчин, носящего временный характер, относятся инфекционные заболевания, нарушения работы кишечника, различные интоксикации, нежелательные эффекты от приема некоторых медикаментов (см. выше), заболевания, нарушающие работу нервно-мышечной деятельности, относящейся к регуляции функции опорожнения мочевого пузыря, сильные психоэмоциональные переживания. При устранении внешнего провоцирующего фактора транзиторное недержание мочи у мужчин проходит самостоятельно.

Классификация

По степени тяжести:

1. Легкая степень - характеризуется выделением мочи во время резкого внезапного повышения внутрибрюшного давления;
2. Средняя — выделение мочи во время смеха, кашля, чихания, легкой физической нагрузки;
3. Тяжелая — при ходьбе, переходе из горизонтального положения в вертикальное, во время полового акта.

Диагностика (женщин)

- Расспрос, анкетирование пациентов для выявления признаков стрессового и императивного НМ, заполнение больной дневника мочеиспускания в течение суток;
- Осмотр на гинекологическом кресле (анатомическое взаиморасположение мочеполовых органов, наличия пролапса тазовых органов, подвижности уретры);
- «Кашлевая проба» — выявление подтекания мочи при кашле и тест элевации шейки мочевого пузыря;
- Консультация гинеколога (исключение гормонзависимых опухолей, инфекции половых органов);
- Определение остаточной мочи (не более 100 мл.) и объема мочевого пузыря (не менее 300 мл.);
- Лабораторные исследования (анализы мочи и крови, б/х анализ, бактериурия, RW, коагулограмма, свертываемость);
- инструментальные методы (КУДИ, УЗИ, цистоскопия, цистограмма стоя и лежа).
- ЭКГ, ФЛГ.

ДИАГНОСТИКА (МУЖЧИН)

Физикальное обследование пациента:

1. Опрос больного необходим для сбора анамнеза. Врач выясняет причину недержания, детали развития патологии, продолжительность, степень выраженности непроизвольного выделения мочи, частоту мочеиспусканий в ночное и дневное время, принимает ли пациент лекарственные препараты и какие. Собирает сведения об имеющихся гинекологических или урологических заболеваниях.
2. Гинекологический осмотр необходим для оценки гинекологического статуса. Выявляются воспалительные процессы, опущение или полное выпадение матки и влагалища, цистоцеле.
3. Пальпация низа живота помогает выявить локализацию болей (если они есть), наличие опухоли и т. д.

1. **Дневник мочеиспусканий** – пациент на протяжении 2 дней должен вести дневник, в котором записывать чистоту мочеиспусканий за сутки, объем мочи, выделенной при каждом опорожнении пузыря, количество эпизодов неконтролируемой утечки мочи.
2. **Методы лабораторной диагностики:**
 - Посев мочи на микрофлору. После посева проводится бактериологический анализ с целью идентификации микроорганизма и определения его восприимчивости к антибиотикам или другим химиотерапевтическим препаратам.
 - Общий анализ мочи. Для выявления воспаления.
 - Гистологическое и цитологическое исследование биоптата, взятого во время пункции либо удаления новообразования хирургическим путем. Диагностика направлена на выяснение характера опухоли, если она обнаружена во время общего обследования.

Методы инструментальной диагностики:

1. **УЗ-диагностика мочевого пузыря и остальных органов, располагающихся в малом тазу.** Направлено на определение анатомического состояния тазового дна, воспалительных заболеваний, опухолевых образований.
2. **Ретроградная цистометрия** - уродинамическое обследование мочевого пузыря. Оценивается резервуарная функция органа путем определения внутрипузырного давления при его наполнении.
3. **Цистография** - рентген мочевого пузыря с контрастным веществом.
4. **Урофлоуметрия** - исследование уродинамики. Метод широко используется для оценки сократительной функции мышц тазового дна и проходимости уретры. Проводится регистрация скорости вытекания струи мочи во время мочеиспускания.
5. **Уретроцистоскопия** - эндоскопический метод диагностики полости мочевого пузыря с применением цистоскопа.
6. **Электромиография** - электрофизиологический метод диагностики, во время которого регистрируется электрическая активность мышц и нервов мочевого пузыря. Оценивается сократительная способность сфинктеров и мышц.
7. **Цистоуретрограмма** - рентгенодиагностика мочевого пузыря. Делается рентгенологический снимок пузыря после его опустошения и введения йодсодержащего контраста.

Уродинамические тесты

1. **Стресс-тест мочевого пузыря.** При наполненном пузыре пациента просят покашлять или потужиться. Врач подтверждает факт самопроизвольного вытекания мочи.
2. **Тест Бонни** разработан для выявления недержания при напряжении. Мочевой пузырь наполняется жидкостью, после чего пациента просят сильно покашлять или напрячь мышцы живота. Этот тест отличается от обычного стрессового теста поднятием шейки пузыря специальным инструментом или пальцем, который вводят через влагалище.
3. **Тест прокладок.** Обычные одноразовые прокладки помогают определить примерный объем самопроизвольно вытекающей мочи и частоту утечек.
4. Возможны другие тестирования: одночасовой прокладочный тест; проба Вальсальвы; стоп тест с введенным тампоном-апликатором.

- Дневник мочеиспусканий
- Дневник мочеиспусканий представляет собой отчет пациента о характеристиках его мочеиспускания за последние дни (около 3-х), включающий подсчет кол-ва опорожнений мочевого пузыря, характер дневных и ночных мочеиспусканий (самопроизвольные или контролируемые), кол-во выпиваемой жидкости и др.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ):
 - Мочевого пузыря;
 - Почек.
- Уродинамическое исследование
- После всех проведенных исследований при неясности диагноза проводят полное уродинамическое исследование мочеполовой системы, при котором видна динамика поведения мочевого пузыря при наполнении и опорожнении.
- Уретроцистоскопия
- Процедура состоит в ведении цистоскопа в мочеиспускательный канал и мочевой пузырь, с целью визуального осмотра состояния слизистых оболочек

Лечение недержания мочи при напряжении (стрессового недержания)

- Медикаментозная терапия (ЗГТ, дулоксетин)
- Тренировка мышц тазового дна
- Хирургическое лечение
 - Введение периуретральных объемных средств;
 - Введение стволовых клеток
 - Абдоминальная или вагинальная везикоуретральная суспензия;
 - Слингвые операции; уретропексия TVT, TVT-obturator или TVT-Secur, TOT;
 - искусственный сфинктер;
 - реконструкция шейки мочевого пузыря;
 - миопластика;
 - закрытие шейки мочевого пузыря и отведение мочи.

Лечение императивного недержания

При лечении императивного недержания мочи у женщин таблетки оказываются весьма эффективными. Существуют несколько классов лекарств, главной задачей которых является восстановление нормальной нервной регуляции мочеиспускания.

1. Препараты, снижающие тонус стенки мочевого пузыря, уменьшают силу и частоту ее сокращений. Самые распространенные лекарства: Дриптан, Детрузитол, Спазмекс, Везикар.
2. Препараты, расслабляющие мочевой пузырь в фазу наполнения и улучшающие его кровообращение: Дальфаз, Кальдура, Омник.
3. При недержании у женщин климактерического возраста, когда налицо дефицит эстрогенов, используют заместительную гормональную терапию или специальные мази. Примером такой мази является Овестин – крем, содержащий эстрогеновый компонент. Его использование позволяет уменьшить сухость и зуд слизистых, снизив частоту недержания мочи.

Медикаментозное лечение:

При легкой степени стрессового недержания, когда анатомические структуры сохранили свою целостность, иногда используют:

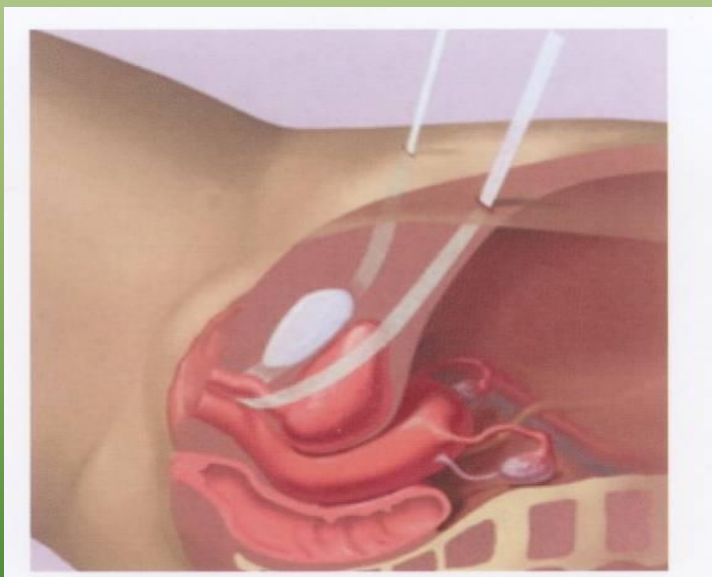
1. Адреномиметики (Гутрон) повышают тонус сфинктера и уретры, но при этом действуют и на тонус сосудов. Применяют крайне редко из-за малой эффективности и побочных эффектов (повышение артериального давления)
2. Антихолинэстеразные препараты (Убретид) также повышают тонус мышц. Рекомендован женщинам, у которых по результатам обследований выявлена гипотония мочевого пузыря.
3. Антидепрессант Дулоксетин (Симбалта), эффективный в половине случаев, но обладающий побочными действиями на пищеварительную систему. Лечение стрессового недержания таблетками проводят очень редко из-за частых рецидивов и побочных эффектов.

Другие лекарства, использующиеся при лечении недержания мочи

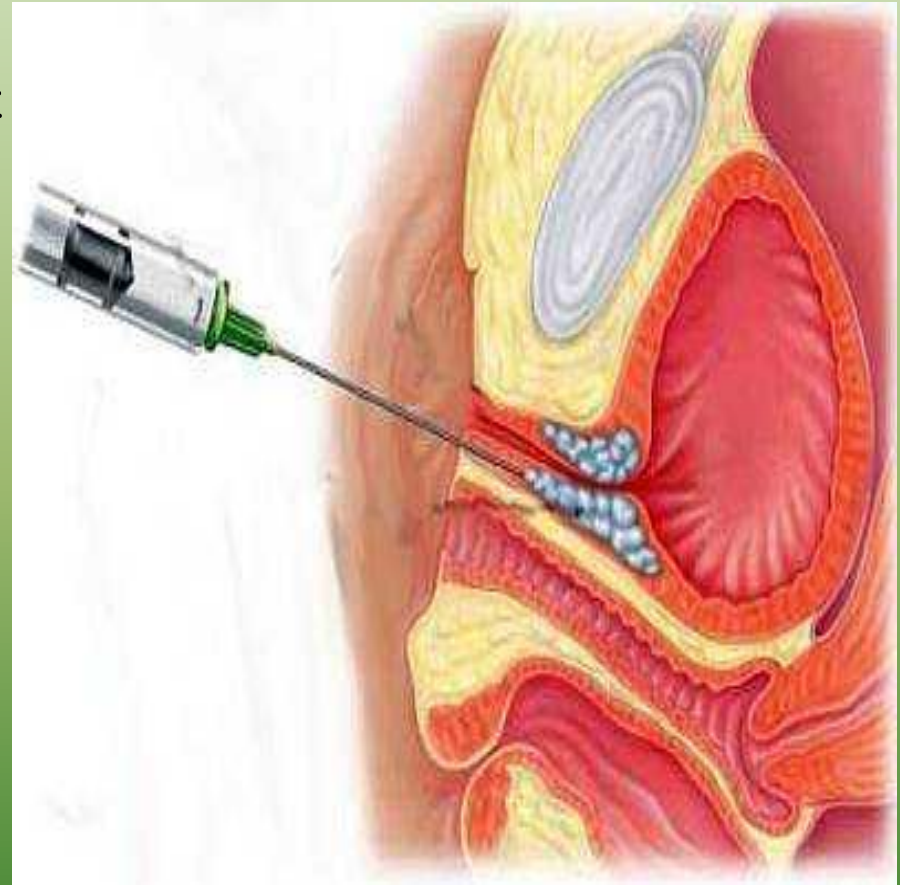
- ГЗТ (гормонозаместительная терапия) используется для лечения негативных проявлений менопаузы, в том числе ГМП и недержания мочи (эстриол или овестин 0,5 мг. 1 раз в сутки - 2 недели, затем 0,5 2 раза в неделю - 2 недели);
 - Способствует восстановлению слизистой уретры, и, соответственно, улучшает ее смыкание; уменьшает выраженность симптомов раздражения мочевого пузыря (поллакиурия, императивные позывы).

- Слинговые операции (TVT и TVT-O) Эти вмешательства малоинвазивные, длятся около 30 минут, проводятся под местной анестезией. Суть вмешательства крайне простая: введение под шейку мочевого пузыря или уретру специальной синтетической сетки в виде петли. Эта петля удерживает уретру в физиологичном положении, не позволяя моче вытекать при повышении внутрибрюшного давления. Для введения этой сетки делают один или несколько маленьких разрезов во влагалище или паховых складках, косметического дефекта они не образуют. Со временем сетка как бы врастает в соединительную ткань, прочно фиксируя уретру. Восстановление после таких операций наступает очень быстро, эффект ощущается практически сразу. Несмотря на привлекательность слинговых операций, вероятность рецидивов все-таки сохраняется. Кроме того, при нестабильности детрузора и анатомических дефектах уретры это хирургическое вмешательство может оказаться безрезультатным.

Хирургические методы лечения (TVT,TVT-O,ТОТ)

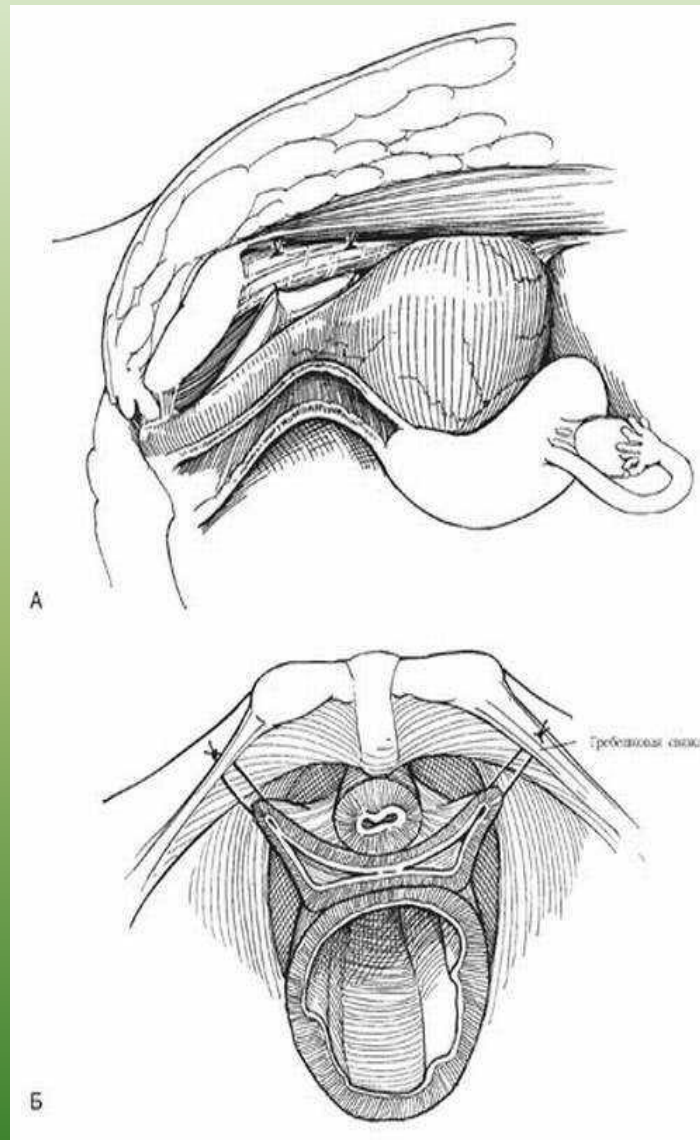


- Инъекции объемобразующих препаратов В ходе процедуры под контролем цистоскопа в подслизистую оболочку уретры вводится специальное вещество. Чаще это синтетический материал, не вызывающий аллергии. В результате происходит возмещение недостающих мягких тканей и фиксация уретры в нужном положении. Процедура малотравматична, проводится в амбулаторных условиях под местной анестезией, но также не исключает рецидивов.



1. **Лапароскопическая кольпосуспензия по Burch** Операция проводится под общим наркозом, чаще лапароскопическим доступом. Ткани, расположенные вокруг уретры, как бы подвешивают к паховым связкам. Эти связки очень прочные, поэтому отдаленные результаты операции весьма убедительны. Но в связи с типом наркоза и сложностью процедуры кольпосуспензия имеет больше противопоказаний и осложнений, чем слинговые операции.

2. **Кольпорафия** Ушивание влагалища специальными рассасывающимися нитями, применяемое при пролапсе органов малого таза. Операция имеет ряд осложнений (рубцевание ткани, например) и теряет эффект через несколько лет.



- **Имплантация искусственного сфинктера (кольцевого клапана) мочевого пузыря** является эффективным решением более чем в 3/4 случаев для мужчин после радикальной простатэктомии (удаления простаты при онкологии) и в 2/3 случаев для пациентов, перенесших операции в отношении доброкачественной гиперплазии (аденомы) предстательной железы (ДГПЖ). Имплантацию искусственного сфинктера проводят пациентам с недостаточностью внутреннего сфинктера мочевого пузыря при нормальной его функции, а также при недержании мочи из-за травмы таза. К осложнениям имплантации сфинктера относят: эрозии, перипротезные инфекции, повреждение компонентов протеза. Искусственный сфинктер мочевого пузыря противопоказан при инконтиненции у мужчин вследствие неконтролируемого сокращения мочевого пузыря, поскольку он сохраняет мочеиспускательный канал (уретру) закрытым до тех пор, пока пациент сам не готов опорожнить мочевой пузырь.

- **Периуретральная инъекционная терапия коллагеном** является успешной в половине случаев у пациентов с хирургическими вмешательствами по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей простаты. Существенным недостатком данного способа лечения принято считать временность эффекта из-за миграции и рассасывания коллагена. Исходя из статистики инъекционную терапию нельзя считать надежным методом лечения недержания мочи у мужчин.

- **Имплантация мужской петли, или слинговые операции**, подразумевающие создание поддержки для уретры посредством ее обертывания сеткой из синтетического волокна и крепления другого конца сетки к костям таза. Петля, таким образом, обеспечивает непрерывное сдавление бульбозного отдела уретры и тем самым предотвращает утечку мочи. Используется один из двух доступов для установки петли: промежностный и позадилононый. Положительный эффект достигается в диапазоне от 75% до 90% случаев и с развитием технологий постоянно растет.

Спасибо за внимание!

