



Российский Университет Дружбы Народов

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Заведующий кафедрой профессор Радзинский В.Е.

Формы недержания мочи у женщин. Классификация , эпидемиология и факторы риска

Клинический ординатор Оганнисян Эдгар Артурович

Недержание мочи

По данным Международного общества по удержанию мочи, недержание мочи в 40% наблюдений имеет характер стрессового и проявляется при повышении внутрибрюшного давления, в 25% — ургентное недержание вследствие императивного позыва, в 25% Имеет место смешанная инконтиненция, и 10% женщин имеют другие, более редкие формы недержания мочи

КЛАССИФИКАЦИЯ

Международное общество по удержанию мочи

Ургентное недержание мочи — недержание мочи при императивном (непреодолимом) позыве к мочеиспусканию. Ургентность может ограничиваться только позывом к мочеиспусканию без инконтиненции. Ургентное недержание мочи является одним из проявлений гиперактивного мочевого пузыря.

Стрессовое недержание мочи (НМПН) — непроизвольная потеря мочи при физической нагрузке (кашле, чихании, ходьбе).

Смешанное недержание мочи — непроизвольное мочеиспускание, происходящее при наличии совокупности причин: Стрессового компонента и ургентного компонента.

Постоянное недержание мочи — это жалоба на постоянное подтекание мочи.

Энурез — любая непроизвольная потеря мочи

Ночной энурез — жалоба на потерю мочи во время сна

Другие типы недержания мочи. Могут возникать в различных ситуациях (например, при половом акте)

Для практических целей в гинекологии чаще применяется более простая классификация недержания мочи:

- 1 императивное недержание мочи;
- 2 стрессовое недержание мочи;
- 3 смешанное (комбинированное) недержание мочи;
- 3 прочие формы недержания мочи

Стрессовое недержание мочи

самое распространенное из урологических заболеваний , всегда связано с несостоятельностью структур тазового дна, так как при этом создаются условия для патологической подвижности и недостаточности сфинктеров мочевого пузыря и уретры. При травматическом повреждении тазового дна, тканей промежности и мочеполовой диафрагмы, смещаются стенки влагалища, вместе с ними матка и мочевой пузырь. Стрессовое недержание мочи в первую очередь необходимо дифференцировать от ургентного недержания мочи, когда больные не могут противостоять немедленному удовлетворению позыва, поскольку различна лечебная тактика этих патологических состояний.

Международная классификация недержания мочи при напряжении

Тип 0. В покое дно мочевого пузыря расположено выше лонного сочленения. При кашле в положении стоя определяются незначительный поворот и дислокация уретры и дна мочевого пузыря. При открытии его шейки самопроизвольное выделение мочи не наблюдается.

Тип 1. В покое дно мочевого пузыря расположено выше лонного сочленения. При натуживании происходит опущение дна мочевого пузыря приблизительно на 1 см, при открытии шейки мочевого пузыря и уретры происходит непроизвольное выделение мочи. Цистоцеле может не определяться.

Тип 2а. В покое дно мочевого пузыря расположено на уровне верхнего края лонного сочленения. При кашле определяется значительное опущение мочевого пузыря и уретры ниже лонного сочленения. При открытии уретры происходит самопроизвольное выделение мочи. Определяется цистоцеле.

Тип 2б. В покое дно мочевого пузыря расположено ниже лонного сочленения. При кашле — значительное опущение мочевого пузыря и уретры с выраженным самопроизвольным выделением мочи. Определяется цистоуретроцеле.

Тип 3. В покое дно мочевого пузыря расположено несколько ниже верхнего края лонного сочленения. Шейка мочевого пузыря и проксимальная уретра открыты в покое — при отсутствии сокращений детрузора. Самопроизвольное выделение мочи вследствие незначительного повышения внутрипузырного давления.

Тип 3а. Сочетание дислокации уретровезикального сегмента и поражение сфинктерного аппарата.

Недержание мочи подразделяют на два основных вида:

1. заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата неизмененного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, — анатомическое недержание мочи;
2. заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящими к нарушению функции замыкательного аппарата.

Условие для удержания мочи — положительный градиент уретрального давления (давление в мочеиспускательном канале превышает внутрипузырное). При нарушении мочеиспускания и недержании мочи этот градиент становится отрицательным.

Факторы риска

1. Урогинекологические
2. Конституциональные
2. Неврологические
4. поведенческие.

В генезе недержания мочи основную роль играют три фактора: наследственность, социальный фактор, образ жизни больного.

Дополнительные факторы риска развития недержания мочи: дисплазия соединительной ткани, беременность и роды, СД, пожилой возраст, хронические обструктивные заболевания дыхательных путей, этничность, запоры, ожирение, пролапс органов, гистерэктомии, неврологические заболевания, курение, травмы спинного мозга и тазового дна.

Список использованной литературы

- национальное руководство гинекология 2017г

- Женское тазовое дно

Функции, дисфункции и их лечение в соответствии с Интегральной теорией
Питер Петрос 2016г

Спасибо за
внимание!!!