

Методические рекомендации по организации помощи гражданам пожилого возраста с патологией мочеиспускания в государственных учреждениях здравоохранения

В течение 10 лет в странах Скандинавии и Балтии существует опыт функционирования специальных кабинетов диагностики и лечения недержания мочи у пациенток пожилого и старческого возраста. Это сделано с целью охвата максимального количества страдающих недержанием мочи женщин специализированной помощью, избегая при этом увеличения нагрузки на врачей-гериатров и урологов поликлиник. Кабинеты носят название **ИНКО-кабинетов**.

В ИНКО-кабинете, куда направляются все женщины проблемой инконтиненции, работает медицинская сестра, имеющая специализацию по гериатрии и урологии, – *микциолог* (название сестринской специальности от термина «микция» - мочеиспускание). На эту должность назначаются медицинские сестеры с высшим образованием.

В обязанности микциолога в ИНКО-кабинете входят назначение специальных упражнений для укрепления мышц тазового дна и сфинктера мочеиспускательного канала, тщательное обучение тренировке мочевого пузыря и специальной поведенческой терапии. Пациентке разъясняется необходимость использования специальных абсорбирующих гигиенических средств, для сохранения физического и психологического комфорта. В ИНКО-кабинете также может оказываться консультативная помощь родственникам прикованных к постели больных по подбору и правильному использованию гигиенических средств.

При выявлении инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях пациентка направляется на первичное лечение к врачу-гериатру. В случаях безуспешности терапии пациентка направляется к урологам поликлиники или гериатрической центр.

Мы представляем Вам методические рекомендации по организации помощи гражданам пожилого возраста с патологией мочеиспускания в государственных учреждениях здравоохранения, любезно предоставленные заведующим урологическим отделением Санкт-Петербургского городского гериатрического центра **Гомбергом Владимиром Григорьевичем**. Надеемся, что этот документ поможет Вам, коллеги, в Вашей ежедневной работе.

Методические рекомендации по организации помощи гражданам пожилого возраста с патологией мочеиспускания в государственных учреждениях здравоохранения

Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр»
Санкт-Петербургское отделение геронтологического общества РАН
Общество акушеров-гинекологов Санкт-Петербурга и СЗФО России

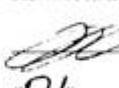
«СОГЛАСОВАНО»

Главный специалист по геронтологии и
гериатрии Комитета по здравоохранению,
член-корреспондент РАМН, з.д.н. РФ
профессор В.Х.Хавинсон

«24» 09 2009 г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый заместитель председателя
Комитета по здравоохранению


В.Е.Жолобов

«01» 10 2009 г.

«СОГЛАСОВАНО»

Главный специалист по урологии
Комитета по здравоохранению
профессор Б.К.Комяков

«16» 09 2009 г.

«СОГЛАСОВАНО»

Главный специалист по акушерству и
гинекологии Комитета по здравоохранению
Академик РАМН, з.д.н. РФ
профессор Э.К.Айламазян

«22» 09 2009 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

По организации оказания помощи гражданам пожилого возраста
с патологией мочеиспускания в государственных
учреждениях здравоохранения

(для организаторов здравоохранения, врачей гериатров, урологов, акушеров-
гинекологов, медицинских сестер)

Санкт-Петербург
2009

Авторы:

- Т. В.Бондаренко – заведующая Городским организационно-методическим отделом по гериатрии
- В.Г.Гомберг – заведующий урологическим отделением Санкт-Петербургского городского гериатрического центра, к.м.н.
- Е. Г.Зоткин – заведующий кафедрой сестринского дела и социальной работы ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», д.м.н.
- В.Ф.Беженарь – руководитель отделения оперативной гинекологии НИИ акушерства и гинекологии СЗО РАМН, профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии СПбГМА им.И.И.Мечникова, д.м.н.

Под редакцией профессора, д.м.н. А.И.Новикова – заведующего кафедрой урологии и андрологии ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия»

мия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Рецензенты:

- В.Н. Анисимов – заведующий отделом онкогеронтологии и канцерогенеза НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, президент геронтологического общества РАН, профессор, д.м.н.
- А.Л. Арьев – заведующий кафедрой гериатрии СПб МАПО, профессор, д.м.н.

Методические рекомендации по организации оказания помощи гражданам пожилого возраста с патологией мочеиспускания в государственных учреждениях здравоохранения (для организаторов здравоохранения, врачей гериатров, урологов, акушеров-гинекологов, медицинских сестер) – СПб, 2009. – 33с.

СОДЕРЖАНИЕ

- I. Общие положения
- II. Недержание мочи у женщин
- III. Инфравезикальная обструкция у мужчин
- IV. Приложения
 - Индекс симптомов инконтиненции
 - Инструкция по сбору мочи для женщин
 - Положение о Кабинете диагностики и лечения недержания мочи – ИНКО-кабинете
 - Женская диспансерная карта
 - Упражнения при недержании мочи (памятка для пациентов)
 - Опросник IPSS
 - Дневник мочеиспускания

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящие Методические рекомендации разработаны в соответствии с Основами Законодательства РФ об охране здоровья граждан в РФ; Приказом Минздрава РФ от 28 июля 1999 года №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в РФ»; Приказом Минздравсоцразвития РФ от 13 октября 2005 года №633 «Об организации медицинской помощи»; Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»; Постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 7 декабря 2004 года №1917 «О концепции модернизации здравоохранения Санкт-Петербурга на 2004-2010г.г.»; Методическими рекомендациями по организации деятельности государственных учреждений гериатрической службы, Санкт-Петербург, 2007 г.; Распоряжением Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 15 декабря 2005 г. №465-р «О структуре гериатрической службы Санкт-Петербурга».

Актуальность мер по совершенствованию гериатрической помощи гражданам пожилого возраста с урологической патологией определяется необходимостью предупреждения отрицательных социально-экономических последствий, связанных со значительной распространенностью различных нарушений мочеиспускания у этой категории граждан, что приводит к существенному снижению их качества жизни.

В структуре заболеваний пожилых людей урологическая патология занимает значительное место и имеет свои особенности. Подавляющее большинство

мужчин (от 50% до 80%) обращаются к урологу по поводу доброкачественной гиперплазии (аденомы) предстательной железы, а основная урологическая проблема пожилых женщин - это недержание мочи (инконтиненция). В большей или меньшей степени недержанием мочи страдают до 70% женщин пенсионного возраста, и это страдание у них постепенно прогрессирует.

К сожалению, из-за несвоевременного обращения к врачу, неправильных представлений о возрастных нарушениях, боязни оперативного лечения, а в результате, недостаточного обследования и лечения у многих больных часто развиваются различные осложнения, которые способствуют инвалидизации и значительно снижают качество жизни. Многие пожилые люди связывают нарушения мочеиспускания только с возрастом, не зная о возможных заболеваниях и не предвидя опасности.

С другой стороны, достижения фармакологии, внедрение малоинвазивных хирургических методов с использованием современной медицинской техники позволяют при своевременном применении эффективно решать урологические проблемы пожилых людей. При этом самое сложное - привлечь этих пациентов на ранних стадиях заболевания, организовать регулярное диспансерное наблюдение, сочетающее современную высокотехнологичную диагностику и индивидуально подобранное лечение.

Безусловно, основное решение проблемы нарушения мочеиспускания у пожилых людей основывается на правильной диагностике в начале развития заболевания, индивидуально подобранной медикаментозной терапии, и при необходимости, оперативном лечении, которое должно быть выполнено своевременно. Эти задачи стоят в основном перед специалистами урологами, гинекологами, урогинекологами.

Задачи же врачей-гериатров, медицинских сестер гериатрической службы, заключаются в следующем:

- Раннее выявление у своих пациентов нарушений мочеиспускания, желательно при первичном приеме.
- Разъяснение пожилым людям, что эти изменения являются не "возрастной нормой", а заболеванием, требующим консультации специалистов и лечения.
- Безотлагательное направление пациентов на необходимое обследование и к соответствующим специалистам.
- Не дожидаясь результатов лечения, обучение больных и при необходимости их родственников способам, помогающим справляться с болезнью, использованию специальных средств ухода.

Таким образом, сочетание современного, максимально эффективного и щадящего лечения, проводимого в полном взаимопонимании урологами, гинекологами и гериатрами позволит полностью решить или существенно облегчить проблему патологии мочеиспускания, а следовательно, значительно улучшить качество жизни пожилых людей.

II. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Термин «недержание мочи» (инконтиненция) в академическом смысле слова – это произвольная потеря мочи через наружное отверстие мочеиспускательного канала. Это заболевание не ведет к летальному исходу или серьезным нарушениям общего состояния, но приводит пациентов к социальному ostrакизму и существенно снижает качество жизни. В 1928 г. известный доктор Howard Kelly, первый профессор гинекологической клиники медицинской школы Johns Hopkins, так определил недержание мочи: "Нет более тягостного

страдания, чем недержание мочи. Постоянное подтекание омерзительной мочи, промачивающей насквозь одежду, делает пациентку противной для себя и семьи, изгоняет ее из общества".

По данным европейской и американской статистики, около 45% женского населения в возрасте 40-60 лет отмечают симптомы непроизвольного выделения мочи. Исследования A.Riley показали, что 70 % пожилых женщин отмечают появление недержания мочи после наступления менопаузы.

Женщин пенсионного возраста, страдающих недержанием мочи, в Санкт-Петербурге около 380 000, причем 57 % из них отмечают регулярный характер симптомов инконтиненции. Чаще всего (54 %) обращаются к урологу женщины в возрасте от 65 до 74 лет, когда эта проблема становится достаточно выраженной. 18,7 % пожилых женщин впервые обратились к урологу Санкт-Петербургского городского гериатрического центра, страдая недержание мочи уже свыше 10 лет. При этом назначение только немедикаментозных методов лечения и использование современных гигиенических средств приводят к улучшению качества жизни у 62 % женщин.

Значительную роль в развитии недержания мочи у пожилых женщин играет эстрогенная недостаточность, возникающая в постменопаузе. Снижение гормонального уровня приводит к появлению поллакиурии (частое мочеиспускание), ноктурии (неоднократные мочеиспускания в ночное время), дизурии (болезненное мочеиспускание), императивных позывов и недержанию мочи за счет атрофических изменений в эпителии уретры и мочепузырного треугольника, а также уменьшению тонуса гладкомышечных элементов уретры. Также способствует развитию инконтиненции пролапс гениталий, вызванный травматическими родами, тяжелыми физическими нагрузками в течение жизни.

Различают три вида недержания мочи:

I. Недержание мочи при напряжении (или стрессовое) - это появление мочи из уретры в момент физической активности (напряжения). Может выделяться несколько капель мочи, небольшая струйка, или большая обильно промокнет. В первом случае на белье остается небольшое мокрое пятно, во втором промокнет прокладка или часть белья, в третьем - большая будет вынуждена менять все белье. По частоте эпизодов непроизвольной потери мочи можно выделить три группы женщин:

1. Симптом недержания мочи при напряжении выявляется с определенной периодичностью: при обострении хронического воспалительного процесса в мочевых путях, после тяжелых психоэмоциональных стрессов, тяжелой физической работы.

2. Практически ежедневно, но только при определенных видах физического напряжения.

3. Постоянно при разных вариантах физических усилий:

а) тяжелая физическая работа, натуживание, упорный сильный кашель, повторное чихание;

б) длительная ходьба с нагрузкой, бег, подъем по лестнице, умеренный кашель;

в) переход в положение стоя, любые изменения положения тела, даже лежа, при небольших физических нагрузках (повороты в постели).

II. Ургентная инконтиненция – это непроизвольное подтекание мочи вследствие неудержимого (внезапного, сильного) императивного позыва на мочеиспускание. Самой частой причиной ургентного недержания мочи является гиперактивность мочевого пузыря (ГАМП). Основными признаками ГАМП являются жалобы больной на частое мочеиспускание, свыше 8 раз в сутки (80 - 90%), ночные мочеиспускания (60 - 70%), появление чувства неотложности

мочеиспускания (90 - 100%) и, наконец, urgentное недержание мочи (85 - 95%).

Количество теряемой мочи варьирует от чайной ложки до полного объема мочевого пузыря. Объем мочи в пузыре не является фактором, определяющим внезапность позыва, и пациентки замечают, что часто небольшие объемы могут вызвать неотложный позыв. Если женщины способны удержать мочу, то их ставит в тупик небольшой объем выделяемой мочи и часто возникающий новый позыв через непродолжительное время. Также характерным для ГАМП является возникновение императивного позыва к мочеиспусканию при звуке или виде льющейся воды, а также при возвращении домой перед дверью квартиры, хотя до этого и мыслей не было о туалете.

III. Смешанная инконтиненция – это недержание мочи как при физическом напряжении, так и при частых, императивных позывах.

По нашим и литературным данным, среди пожилых женщин, страдающих недержанием мочи, у 30 – 40 % диагностируется стрессовая инконтиненция, у 15 - 20% - urgentная, у 45 % - смешанное недержание мочи и у 2 – 15 % - другие виды недержания.

Различают 3 степени тяжести недержания мочи: легкая, средняя и тяжелая. К сожалению, нет четких критериев для каждой степени. Следует ориентироваться на частоту эпизодов инконтиненции (от изредка, до ежедневно) и количество теряемой мочи (от нескольких капель, до полного объема мочевого пузыря), а также на самооценку пациенткой своего мочеиспускания и его влияния на повседневную жизнь.

Сотрудники различных подразделений гериатрической службы должны не только выявить у пожилой женщины недержание мочи, но и без особого труда могут определить вид инконтиненции и степень ее выраженности.

Во время осмотра нужно оценить психическую и физическую дееспособность пациентки. Функциональный статус больной может играть большую роль в физической способности пожилого человека воспользоваться туалетом вовремя, чтобы предотвратить недержание мочи. Важно конкретизировать жалобы больной на «недержание мочи». Наш опыт показывает, что беседу с больной лучше направить в определенное организационное русло с помощью отработанных стандартизированных опросников. Мы предлагаем использовать следующий специализированный, апробированный на многих сотнях больных опросник (Приложение №1), который позволяет не только определить вид инконтиненции, но и оценить ее выраженность. Последний, девятый вопрос определяет самооценку пациенткой качества жизни и отношение к имеющемуся заболеванию. Это поможет заранее определить приверженность женщины к любому лечению.

Более объективные данные позволяет выявить дневник мочеиспускания, который следует рекомендовать пациентке вести в течение 2-3 суток по специальной форме (Приложение №7). В дневнике записываются время каждого мочеиспускания, его объем, отмечаются все эпизоды инконтиненции и степень выраженности позыва по 4-х балльной шкале. Наличие такого дневника позволяет не только более точно определить вид и степень инконтиненции, но и в дальнейшем оценить результаты лечения.

Если на первичном приеме пациентка не представила свежий анализ мочи, таковой должен быть обязательно назначен при выявлении любых симптомов инконтиненции. У пожилых женщин довольно часто циститы протекают без характерной симптоматики, хорошо известной большинству женщин (дизурия, поллакиурия). В пожилом возрасте инфекция мочевых путей может вызывать

или усиливать инконтиненцию, поэтому хронический цистит должен быть исключен в первую очередь.

Для того чтобы пациентка самостоятельно правильно собрала мочу, ее необходимо подробно проинструктировать, используя доступные термины, а также снабдить письменной инструкцией (Приложение №2). Важно, чтобы пациентка понимала необходимость соблюдения инструкции. Может быть, она не должна выполняться столь пунктуально, но вполне понятная основная цель инструкции должна быть достигнута.

В целях увеличения охвата максимального количества страдающих недержанием мочи пожилых женщин специализированной помощью, избегая при этом существенного увеличения нагрузки на врачей-гериатров и урологов поликлиник, в районных отделениях гериатрической службы создаются кабинеты диагностики и лечения недержания мочи – ИНКО-кабинеты (Приложение №3). Подобные кабинеты уже порядка 10 лет успешно функционируют в странах Скандинавии и Балтии, в Санкт-Петербургском городском гериатрическом центре. В ИНКО-кабинете, куда направляются все женщины проблемой инконтиненции, работает медицинская сестра, имеющая специализацию по гериатрии и урологии, – *микциолог* (название сестринской специальности от термина «микция» - мочеиспускание). Целесообразно назначать на эту должность медицинских сестер с высшим образованием. Микциолог, пользуясь специально разработанными картой (Приложение №4) и опросниками, выясняет жалобы и анамнез пациенток, предлагает обследование, разъясняет женщинам необходимость и возможности лечения недержания мочи, рекомендует современные средства гигиены, и в конечном итоге под руководством врача планирует лечение.

Сбор анамнеза и имеющиеся симптомы рассматриваются как основа для дальнейших исследований. Основная задача микциолога состоит в выяснении исчерпывающего анамнеза, провоцирующих моментов недержания мочи, времени появления эпизодов недержания мочи, их тяжести, продолжительности и количества теряемой мочи. Для дифференциальной диагностики стрессового и ургентного недержания используются опросники. Анамнестическое выяснение вида недержания мочи должно быть достаточно четким, так как оно определяет направленность и объем дальнейших исследований. В процессе сбора анамнеза необходимо получить информацию о факторах риска, в том числе и наследственных, выяснить гинекологический статус, предшествующие оперативные вмешательства на гениталиях и органах таза, гормональный и неврологический статус, расстройства мочеиспускания в детстве, предшествующее медикаментозное лечение. Необходимо определить также социальный статус пациентки.

В обязанности микциолога в ИНКО-кабинете входят назначение специальных упражнений для укрепления мышц тазового дна и сфинктера мочеиспускательного канала, тщательное обучение тренировке мочевого пузыря и специальной поведенческой терапии. Пациентке разъясняется необходимость использования специальных абсорбирующих гигиенических средств, для сохранения физического и психологического комфорта. Так как курс лечения недержания мочи длительный, пациентку необходимо настраивать на долгое и планомерное выполнение всех медицинских рекомендаций. В период прохождения курса лечения за действиями пациентки проводится постоянный контроль по поводу правильности приема препаратов, при необходимости ей даются советы и рекомендации.

По данным опроса женщин с недержанием мочи пациентки демонстрируют практически полную неосведомленность о наличии специальных гигиениче-

ских средств. Даже при обращении к медицинским работникам они не получали необходимой информации по этому поводу. В то же время, применение специальных урологических прокладок позволяет существенно снизить психоэмоциональную напряженность, повысить социальную активность и, соответственно, качество жизни женщин. Бытовые гигиенические средства (прокладки для дней менструации, вата, марля и др.) не обеспечивают необходимого эффекта.

Вопрос о гигиенических средствах, применяемых женщиной, должен быть поставлен микциологом на первой же консультации. Пациентке необходимо знать, как правильно обеспечить гигиенический уход и понять, что предпринимаемое лечение не сводится к рекомендациям по применению того или иного средства. Целью лечения является ликвидация или снижение симптомов недержания и, как следствие, отсутствие необходимости использования средств защиты или снижение потребности в них в перспективе.

В начале лечения рекомендуется использование специальных урологических прокладок «Тена» в качестве дополнительного гигиенического средства для поддержания качества жизни пациентки в случаях, когда планируется длительная терапия и не ожидается быстрого клинического эффекта. Рекомендацией первого порядка такое назначение будет в ситуации, когда возможности лечения, в основном, исчерпаны, и применение урологических прокладок станет перманентным.

Выбор типа гигиенического средства – урологических прокладок, строго индивидуален. Основными факторами выбора являются размер и впитывающая способность. Дневники мочеиспусканий и *pad*-тест (изменение веса прокладок для оценки потери мочи) могут помочь в определении степени недержания и выборе того или иного вида продукции. При подборе средства учитывается и характер активности пациента. Возможно, использование различных средств – урологических прокладок, впитывающих трусов, в зависимости от времени суток, вида деятельности, нахождения дома или в публичном месте, длительности необходимой защиты.

В ИНКО-кабинете также может оказываться консультативная помощь родственникам прикованных к постели больных по подбору и правильному использованию гигиенических средств.

Если пациентка, страдающая недержанием мочи средней и тяжелой степени, имеет инвалидность, микциолог разъясняет ей возможность бесплатного получения абсорбирующих гигиенических средств (распоряжение Правительства Российской Федерации №1343-р от 21 октября 2004 года), порядок обращения в МСЭ и Фонд социального страхования, подготавливает необходимые документы для дальнейшего прохождения необходимых врачей-специалистов (уролога, акушера-гинеколога и гериатра).

Лечебные мероприятия, применяемые при инконтиненции, можно разделить на три основных направления:

- немедикаментозное лечение;
- медикаментозная терапия;
- хирургическое лечение.

Немедикаментозное лечение включает тренировку мочевого пузыря и упражнения для тазовых мышц (Приложение №5). Преимуществами немедикаментозных методов лечения инконтиненции являются практически полное отсутствие побочных эффектов и ограничений к последующим видам лечения, а также возможность применения наряду с медикаментозной терапией. Обуче-

ние пациенток этим методам требует немало времени и усилий, и полностью самостоятельно проводится микციологом в ИНКО-кабинете. При легкой степени недержания мочи может быть вполне достаточно немедикаментозного лечения. Такую тактику микციолог согласовывает с врачом-гериатром.

Тренировка мочевого пузыря, весьма эффективная при ГАМП и ургентной инконтиненции, заключается в соблюдении больной заранее установленного плана мочеиспусканий, то есть пациентка должна мочиться через определенные интервалы времени. Это обусловлено тем, что у больных с инконтиненцией вырабатывается своеобразный стереотип мочеиспускания, заключающийся в стремлении опорожнить мочевой пузырь при возникновении даже незначительного позыва из-за страха перед возможным неудержанием мочи, что значительно ухудшает качество жизни пациентки. Рекомендации «привязывают» к реально складывающемуся графику мочеиспускания.

Основой для клинического использования упражнений для тазовых мышц является наличие анально-детрузорного и уретрально-детрузорного рефлексов. Последние заключаются в рефлекторном торможении сократительной активности детрузора при произвольных сокращениях соответственно наружных анального и уретрального сфинктеров. Тщательное обучение пациенток является ключом к успешному проведению упражнений для мышц тазового дна. Врач-гериатр начинает работу с пациенткой по проблеме недержания мочи уже после посещения ИНКО-кабинета, имея по результатам работы микციолога (заполненная карта и опросники) полное представление о виде и степени инконтиненции и анамнезе заболевания. Теперь в первую очередь необходимо исключить инфекционно-воспалительный процесс в мочевых путях, который может вызывать или усугублять недержание мочи.

Целесообразно так организовать приемы, чтобы пациентка попадала к гериатру уже со свежим анализом мочи, сделанным по назначению микციолога, если такового анализа уже не было представлено на первичный прием в ИНКО-кабинете. У пожилых женщин следует рассматривать как клинически значимую лейкоцитурию свыше 10-15 лейкоцитов в поле зрения при кислой или нейтральной реакции мочи. При более выраженной лейкоцитурии следует провести медикаментозное лечение цистита. Препаратом выбора для антибактериальной терапии цистита согласно многочисленным клиническим исследованиям и утвержденным стандартам (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 11.02.2005 № 125) является Монурал (Фосфомицин) однократно 3,0 г. К этому антибиотику практически не имеет резистентности вся уропатогенная микрофлора, он полностью выделяется с мочой, создавая в ней высокую концентрацию, и после однократного приема действует до трех суток.

Широко практикуемое назначение фитотерапии в таких случаях нецелесообразно, поскольку большинство используемых растений за счет присущего им в первую очередь мочегонного эффекта будут усиливать инконтиненцию.

Через 5-10 дней после приема Монурала назначается повторный анализ мочи. При существенном улучшении его показателей, вплоть до нормы оцениваются симптомы инконтиненции для определения дальнейшей лечебной тактики. При отсутствии положительной клинико-лабораторной динамики пациентка должна быть направлена к урологу для более активного, комплексного лечения.

Консервативные, медикаментозные методы лечения инконтиненции у пожилых пациенток имеют очень большое значение, особенно при отягощенном соматическом анамнезе. Медикаментозное лечение является основным методом в терапии ургентной инконтиненции. Основными задачами у таких пациенток являются снижение сократительной активности детрузора и увеличе-

ние функциональной емкости мочевого пузыря. Клинически это должно выражаться в урежении мочеиспусканий и уменьшении императивности позывов, ликвидации недержания мочи.

Главными препаратами в лечении ГАМП сегодня считаются М-холинолитики (Детрузитол, Дриптан, Ролитен, Спазмекс и наиболее современный препарат Везикар, который обладает высокой селективностью к рецепторам мочевого пузыря, и соответственно меньшим количеством побочных эффектов). Принцип их действия заключается в селективной блокаде М-холинорецепторов, что ведет к уменьшению тонуса гладких мышц детрузора. Существуют также другие эффективные схемы лечения этого заболевания с использованием α -адреноблокаторов, других препаратов, физиотерапевтических и лазерных методик. Следует отметить, что продолжительность курса медикаментозной терапии ГАМП должна быть длительной (не менее трех месяцев). В противном случае, даже при хорошем результате вероятность рецидива более 50%.

При стрессовой инконтиненции хороший лечебный результат можно достигнуть только хирургическим путем, который подбирается индивидуально с учетом обширности поражения тазовой диафрагмы, степени пролапса матки и влагалища, степени и вида недержания мочи, а также возраста больных. Особенно у пожилых пациенток должен выбираться хирургический метод, позволяющий снизить травматичность операции, интраоперационную кровопотерю, время операции, частоту инфекционных осложнений в раннем и позднем послеоперационном периодах, интраоперационную травму мочевого пузыря, уретры, уменьшить период послеоперационной реабилитации больной. В последние годы во всем мире доказала свою высокую эффективность при стрессовой инконтиненции операция TVT (свободная от натяжения влагалищная петля) в различных модификациях. Суть ее в подведении под уретру между средней и дистальной ее частями «гаммака» из специальной самоудерживающейся в тканях синтетической сетки шириной 10 мм. Свободная синтетическая петля TVT помещается в зоне наивысшего давления без повышенного натяжения стенки влагалища и без поднятия уретры. При возникновении нагрузки петля TVT свободно поддерживает уретру и шейку мочевого пузыря в правильном положении.

Операция эта может выполняться под регионарной анестезией и требует проведения только небольшого разреза слизистой передней стенки влагалища. Далее сетка проводится на специальных направляющих иглах, и сама фиксируется в тканях, поддерживая уретру в нужном положении. Основная особенность этой сетки в том, что она, не вызывая отторжения, цепляется к тканям, а со временем, прорастая через свои поры соединительной тканью, не может опуститься и прекратить поддерживать уретру.

В случаях смешанного недержания мочи в первую очередь должно проводиться лечение ГАМП вплоть до ликвидации (или значительного уменьшения) ургентной инконтиненции, и только после этого можно решать вопрос о целесообразности оперативного лечения.

Таким образом, тактика специалистов гериатрической службы в отношении женщин, страдающих инконтиненцией, должна быть следующей:

1. Все пожилые женщины при первом же обращении к специалистам гериатрической службы опрашиваются о наличии симптомов недержания мочи. При положительном ответе пациентки направляются на прием в ИНКО-кабинет к микциологу.
2. В ИНКО-кабинете микциолог определяет вид и степень инконтиненции, обучает женщин немедикаментозным методам лечения, правильному применению современных гигиенических средств. К ним относятся: урологические

прокладки «Тена Леди», одноразовые впитывающие трусы «Тена Пантс». В случаях легкой степени заболевания, или при нежелании женщины подвергаться медикаментозному и любому другому лечению, дальнейшее наблюдение пациентки ведется микციологом по согласованию с врачом-гериатром.

3. При выявлении инфекционно-воспалительного процесса в мочевых путях первичное лечение проводит врач-гериатр. В случаях безуспешности терапии пациентка направляется к урологам поликлиники или в СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр». Таким больным также может рекомендоваться стационарное лечение в урологическом отделении Гериатрического центра для проведения углубленного обследования и местного курсового лечения инфекции мочевых путей.

4. В случаях средней и тяжелой степени недержания мочи пациентки направляются в СПб ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр», где по специальным программам проводится консервативное и хирургическое лечение инконтиненции в амбулаторных и стационарных условиях. После консультации или госпитализации пациентка наблюдается микციологом и врачом-гериатром.

III. ИНФРАВЕЗИКАЛЬНАЯ ОБСТРУКЦИЯ У МУЖЧИН

Инфравезикальная обструкция – это препятствие оттоку мочи из мочевого пузыря. У пожилых мужчин она в подавляющем большинстве случаев обусловлена сдавлением уретры увеличенной предстательной железой вследствие ее доброкачественной гиперплазии или рака.

Значительно реже у мужчин инфравезикальная обструкция развивается вследствие стриктуры (рубцового сужения) уретры. Стриктура может возникнуть в молодости после невылеченного уретрита, после травмы уретры, а в пожилом возрасте чаще всего после операций на простате или катетеризаций мочевого пузыря, особенно травматичных или длительных (во время пребывания больного в реанимации).

Доброкачественная гиперплазия (аденома) предстательной железы (ДГПЖ [2]) – одно из самых распространенных урологических заболеваний, на его долю приходится до 74% в структуре болезней почек и мочевыводящих путей. Первые признаки ДГПЖ [2] обнаруживаются у 8% мужчин в возрасте от 31 до 40 лет. Затем частота этой патологии быстро нарастает и достигает у мужчин старше 61 года 70% и больше. После 90 лет частота ДГПЖ [2] может достигать 90%. При профилактическом обследовании мужчин старше 50 лет ДГПЖ [2] обнаруживается в 10-15% случаев, однако клинические проявления болезни наблюдаются далеко не у всех.

Усредняя множество имеющихся статистических данных, можно представить, что клинические проявления ДГПЖ [2] встречаются в среднем у мужчин 50-59 лет с частотой 15%, 60-69 лет - 60%, 70-79 лет - 70%, 80 лет и старше - 80%. Ретроспективный анализ показывает, что до 30% мужчин сорокалетнего возраста, доживающих до 80 лет, оперируются по поводу ДГПЖ [2].

Развитие ДГПЖ [2] протекает в виде медленного роста аденоматозных узлов, сдавливающих железистые элементы ткани предстательной железы. При этом не всегда будет прослеживаться четкая зависимость между размерами аденомы и выраженностью клинических симптомов.

В клинической картине ДГПЖ [2] различают симптомы связанные с патологическими изменениями в нижних мочевых путях, симптомы обусловленные вторичными изменениями в почках, верхних мочевых путях, а также наличием осложнений. Можно выделить две группы симптомов: обструктивные - связанные с прогрессирующим затруднением оттока мочи и ирритативные (сим-

птомы раздражения), определяемые степенью функциональных расстройств нервно-мышечного аппарата мочевого пузыря.

Обструктивные:

- вялая струя мочи;
- затрудненное мочеиспускание;
- необходимость напрягать брюшную стенку при мочеиспускании;
- увеличение времени мочеиспускания, прерывистость мочеиспускания;
- отделение мочи «по каплям» в конце мочеиспускания;
- неполное опорожнение мочевого пузыря.

Ирритативные:

- учащенное мочеиспускание малыми порциями;
- повелительные позывы к мочеиспусканию;
- императивное недержание мочи;
- ноктурия.

Обструктивные симптомы проявляются в момент опорожнения мочевого пузыря. Однако, они могут быть обусловлены не только наличием инфравезикальной обструкции, но и снижением сократительной способности детрузора. Ирритативные симптомы проявляются на этапе накопления мочи в виде дневной и ночной поллакиурии, императивных позывов и недержания мочи, вследствие произвольных сокращений детрузора, в результате развития его вторичной гиперактивности в ответ на обструкцию.

Характер и выраженность симптомов при ДГПЖ [2] следует оценивать и объективизировать с помощью опросника. Во всем мире широко используется Международная система суммарной оценки заболеваний простаты в баллах (IPSS), которая состоит из 7 вопросов, выявляющих пять степеней выраженности основных нарушений мочеиспускания, и самооценки качества жизни пациента (Приложение №6).

Начальная стадия заболевания (IPSS до 8 баллов) характеризуется полным опорожнением мочевого пузыря в результате компенсаторных изменений детрузора, его гипертрофии и отсутствием существенных изменений функционального состояния почек и верхних мочевых путей. В этой стадии пациенты отмечают изменение динамики акта мочеиспускания, которое становится менее свободным, менее интенсивным и более частым. Появляется ноктурия до двух и более раз. Днем мочеиспускание может быть не учащено, однако оно наступает не сразу, а после некоторого периода ожидания, особенно утром.

ДГПЖ [2] отличается длительным, прогредиентным течением, с периодическими ухудшениями и ремиссиями. На фоне постепенного усиления как обструктивных, так и ирритативных симптомов мочевой пузырь при мочеиспускании начинает опорожняться не полностью, появляется остаточная моча, объем которой постепенно увеличивается. Это уже хроническая задержка мочи, предвестник более грозных осложнений. Развиваются дистрофические изменения в детрузоре, вследствие чего он теряет способность активно изгонять мочу во время сокращения и растягивается.

Длительная хроническая задержка больших объемов мочи вызывает постепенное ослабление позывов к мочеиспусканию и болевых ощущений в связи с развитием атонии мочевого пузыря. В результате его переполнения больные отмечают периоды ночного, а затем дневного постоянного произвольного

выделения мочи по каплям - парадокс сочетания задержки мочи и ее недержания, что получило название парадоксальной задержки мочи или «парадоксальной ишурии». При этом отмечается выраженное расширение верхних мочевых путей и прогрессивное нарушение функций почечной паренхимы, хроническая почечная недостаточность.

Еще одним осложнением ДГПЖ [2] является гематурия, которая наблюдается в 15-18% случаев. Источником гематурии наиболее часто становятся расширенные и варикозно измененные вены шейки мочевого пузыря. Нередко интенсивность кровотечения и образование сгустков крови требуют выполнения экстренного оперативного вмешательства в связи с возникновением тампонады (полного заполнения сгустками крови) мочевого пузыря.

Камни мочевого пузыря при ДГПЖ [2] образуются вторично вследствие нарушения опорожнения мочевого пузыря. Они выявляются у 12% больных, обычно имеют правильную округлую форму, могут быть одиночными или множественными, а по химическому составу состоят из уратов или фосфатов. Заподозрить наличие камней в мочевом пузыре можно при выявлении в анализе мочи эритроцитурии.

Грозным осложнением ДГПЖ [2] является острая задержка мочи, которая может случиться при любой стадии заболевания. По литературным данным это осложнение наблюдается у 10-50% больных. Под острой задержкой мочи понимают невозможность опорожнения заполненного мочевого пузыря. Всякие попытки совершить акт мочеиспускания оказываются бесплодными на протяжении более 10 часов.

Больные обычно жалуются на сильный позыв, нередко переходящий в интенсивную распирающую боль внизу живота. Они беспокойны, принимают разнообразные позы, натуживаются, пытаются помочиться, стонут. У нетучных больных над лобком может быть виден переполненный мочевой пузырь, пальпация которого болезненна и усиливает позывы.

Спровоцировать развитие острой задержки мочи у пациентов с выраженными нарушениями мочеиспускания при ДГПЖ [2] может переохлаждение, прием алкоголя даже в малых дозах, прием сильных мочегонных, способных вызвать резкое переполнение мочевого пузыря. Часто острая задержка мочи случается, когда пожилой мужчина вынужден соблюдать строгий постельный режим или просто не может подняться из-за тяжелой болезни.

После катетеризации мочевого пузыря самостоятельное мочеиспускание может восстановиться, однако в 70% случаев требуется срочное оперативное вмешательство. В Санкт-Петербурге ежегодно только по поводу этого осложнения экстренно госпитализируется около 1500 больных. Из них менее 600 пациентам проводятся радикальные операции. В 37% случаев из-за наличия тяжелых сопутствующих заболеваний, нередких в пожилом и старческом возрасте, приходится ограничиваться инвалидизирующей операцией - наложением надлобкового мочепузырного свища, причем в 45% случаев пожизненно. Наличие же мочепузырного свища значительно снижает качество жизни больных, ухудшает их способность к самообслуживанию, часто лишает возможности выходить из дома, общаться с людьми, и вообще, укорачивает жизнь.

Диагностика ДГПЖ [2] основывается на жалобах пациента (опросник IPSS), данных физикального осмотра и пальцевого ректального исследования, которое позволяет оценить размеры простаты и, что очень важно, ее консистенцию в плане дифференциальной диагностики с раком. Незаменимая роль в диагностике ДГПЖ [2] принадлежит УЗИ. Это исследование позволяет определить размеры и конфигурацию предстательной железы, направленность ее

роста, степень увеличения средней доли, изменения экоструктуры. Кроме того, в ходе исследования необходимо обратить внимание на ровность контуров мочевого пузыря, ультразвуковые признаки гипертрофии детрузора и трабекулярности. Этот метод также позволяет с высокой достоверностью исключить наличие дивертикулов, камней и новообразований мочевого пузыря. Несмотря на то, что не выявлено прямой зависимости между объемом простаты, выраженностью клинических проявлений и степенью инфравезикальной обструкции, определение объема железы и гиперплазированной ткани имеет важное значение при планировании тактики консервативного или оперативного лечения. Выявление случаев ДГПЖ [2], сопровождающихся увеличением средней доли, имеет принципиальное значение, так как быстрое прогрессирование инфравезикальной обструкции у этих больных делает применение консервативных методов лечения малоперспективным.

После осмотра почек, мочевого пузыря и предстательной железы пациент должен максимально полно помочиться, чтобы можно было измерить объем остаточной мочи. Очень важно избегать традиционной ошибочной рекомендации: для УЗИ предстательной железы нет необходимости предварительно пить литрами воду. Достаточно 2 – 3 часа воздержаться от мочеиспускания при обычном питьевом режиме. А вот избыточное употребление жидкости и необходимость потом терпеть в очереди для пожилых мужчин чревато задержкой мочи. Количество же остаточной мочи будет обязательно больше, чем имеет место у данного пациента.

Важнейшим элементом в диагностике ДГПЖ [2] является исследование уровня простатического специфического антигена (ПСА [3]) в сыворотке крови с целью выявления скрытого рака предстательной железы. Во всех возрастных группах рак простаты [4] встречается чаще у больных на фоне сопутствующей доброкачественной гиперплазии (83%).

Для определения ПСА [3] необходимо 5 – 7 мл крови, взятой натощак из вены. Нормальными показателями считаются от 0 до 4 нг/мл. Однако после 70 лет верхняя граница нормы повышается до 6,5 нг/мл. Для того чтобы анализ был достоверным, кровь желательнее сдавать в периоды хорошего самочувствия, не во время какого-либо инфекционного заболевания, не после значительной нагрузки, приема алкоголя. На величину ПСА [3] могут влиять такие факторы, как половой акт накануне, инструментальные манипуляции в области простатического отдела уретры, пальцевое ректальное исследование. Поэтому после таких событий до сдачи анализа на ПСА [3] должно пройти не менее 5 дней.

Если уровень ПСА [3] меньше 2,0 нг/мл, следующий анализ можно делать через 2 года. Если больше, то лучше ежегодно. ПСА [3] может немного повышаться при ДГПЖ [2], и это будет сопоставимо с размерами аденомы. При больших размерах гиперплазии уровень ПСА [3] может достигать до 20 нг/мл, и это будет оправдано. Однако, когда размеры предстательной железы небольшие, а ПСА [3] ближе к 10, чем к 4 нг/мл, или еще выше, необходимо исключать рак простаты [4].

Помимо исследования общего ПСА [3] существует определение свободного ПСА [3]. Эти анализы должны сдаваться одновременно, поскольку для оценки свободного ПСА [3] важна не абсолютная цифра, а его соотношение с общим. В норме уровень свободного ПСА [3] должен быть больше 16% от общего. Более низкий показатель также подозрителен в плане злокачественного новообразования простаты.

Рак предстательной железы является одной из ведущих причин смерти мужчин пожилого возраста от злокачественных опухолей в мире. Так в Северной

Америке смертность от него находится на втором месте среди всех онкологических заболеваний, уступая только раку легкого. Считается, что в США у каждого шестого мужчины рак простаты [4] будет выявлен в течение последующей жизни. В нашей стране рак предстательной железы занимает пока четвертое место среди онкозаболеваний после рака легкого, желудка и кожи. Однако с 1999 года произошло двукратное увеличение числа больных, и лишь 4,5% новых случаев были выявлены при профосмотрах.

Проявляться рак простаты [4] может также как и ДГПЖ [2] нарушениями мочеиспускания. Тем более, что эти заболевания могут развиваться одновременно. Ранняя диагностика рака предстательной железы, благодаря определению ПСА [3] вполне возможна и особенно важна по двум причинам: во-первых, только на ранних стадиях (когда опухоль еще не распространилась за предстательную железу и может быть удалена в пределах здоровых тканей) возможно и вполне успешно выполняется радикальное оперативное лечение – простатэктомия; во-вторых, этот рак, в отличие от многих других онкологических заболеваний хорошо поддается терапии, которая должна быть начата как можно раньше.

Важно помнить, что даже высокие цифры ПСА [3] не могут служить основанием для постановки диагноза. Окончательно решить вопрос может только биопсия простаты или гистологическое исследование тканей удаленных при операции.

Таким образом, тактика гериатрической службы в отношении мужчин должна быть следующей:

1. Все пожилые мужчины при первичном обращении в гериатрическую службу должны опрашиваться на предмет наличия жалоб на мочеиспускание, и наблюдаются ли они (обязательно систематически) у уролога. Если наблюдение и специальное лечение урологом проводятся (возможно, уже была сделана радикальная операция), то пациенту только делается напоминание о необходимости регулярно обращаться к урологу.
2. Если мужчина урологом не наблюдается, он должен заполнить опросник IPSS, и при получении результата более 8 баллов пациент направляется к урологу поликлиники или в Городской гериатрический центр.
3. Чтобы первичная консультация уролога была максимально эффективной, пациенту целесообразно назначить анализ мочи, определение ПСА [3] и, по возможности, УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы с определением объема остаточной мочи. Придя с готовыми результатами этих исследований к урологу, больной сможет сразу получить всеобъемлющие рекомендации по лечению.
4. Если на гериатрическом приеме у больного выявляется выраженная хроническая задержка мочи, и срочная консультация уролога невозможна, гериатр может самостоятельно начать лечение. Терапией первой линии при ДГПЖ [2] является назначение α 1-адреноблокаторов, которые снижают тонус мышечных структур основания мочевого пузыря, задней уретры и предстательной железы, облегчая мочеиспускание. Препаратом выбора из этой группы Тамсулозин, поскольку он наиболее селективен в отношении мочевых путей, не требует подбора дозы и практически не снижает артериальное давление. В аптеках Тамсулозин широко представлен под различными названиями. Оригинальный препарат – Омник выпускается в стандартной дозировке 0,4 мг. Принимать лучше по 1 таблетке на ночь. В последние годы появилась новая лекарственная форма Омника – Окас. Омник Окас непрерывно высвобождает активное вещество независимо от наличия воды в ЖКТ, что обеспечивает стабильный терапевтический уровень активного вещества без пикового повыше-

ния концентрации. Омник Окас имеет улучшенный профиль безопасности по сравнению с Тамсулозином в капсулах. Рекомендуется принимать по 1 таблетке 1 раз в сутки, утром, независимо от приема пищи.

Несмотря на начатое лечение и вне зависимости от его результата пациент должен попасть к урологу как можно быстрее. В таких случаях он может быть направлен на внеочередную консультацию непосредственно в урологическое отделение Городского гериатрического центра.

5. Больные с цистостомой должны помимо уролога районной поликлиники наблюдаться в Городском гериатрическом центре, где проводится специальная программа по подготовке и проведению максимально щадящего оперативного лечения ДГПЖ [2], избавляющего пациентов от надлобкового мочепузырного свища. Такое лечение не показано только прикованным к постели больным. Если больному сложно ездить на консультацию, в Гериатрический центр могут предварительно обратиться его родственники с необходимой медицинской документацией.

Сотрудничество районных гериатров и урологов Городского гериатрического центра позволит максимально эффективно реализовать программу диспансеризации пожилых мужчин по поводу ДГПЖ [2]. Эта программа позволяет периодически наблюдать всех поставленных на учет пациентов и контролировать эффективность лечения. Своевременная, правильно спланированная медикаментозная терапия значительно улучшит качество жизни пожилых мужчин, уменьшит количество осложнений. При необходимости ограниченный терапевтический курс подготовит больного к плановому оперативному вмешательству.

Больной должен не только знать, чем чревато его заболевание, какими осложнениями, но как скоро их ждать и можно ли предотвратить. Только всеобъемлющее обследование позволяет врачу-урологу взять на себя полную ответственность и обрисовать пациенту четкую перспективу. Однако, такая ясность часто облегчает жизнь пожилым мужчинам больше, чем многие лекарственные препараты. Ведь иногда поставленный врачом диагноз может только расстроить пожилого человека, назначенное лечение оказаться непосильным грузом (особенно финансовым). Имеются, с одной стороны, страх развития задержки мочи, страх тяжелой операции, «ношения трубки» у больного, и с другой стороны навязчивая, иногда недобросовестная реклама различных препаратов и методов лечения.

Проведение диспансеризации больных ДГПЖ [2] способствует тому, что у большинства пациентов не развиваются осложнения. Полученные в результате опроса по специальным тестам показатели качества жизни у 30% пожилых мужчин улучшились за период их наблюдения.

Дополнительную информацию пациенты и их родственники могут получить по телефону Горячей линии Городского гериатрического центра «Аденома предстательной железы» [2]. Недержание мочи у женщин» - 251-49-12, а также на сайте Гериатрического центра – www.geriatric-centre.spb.ru [5] и на сайте урологического отделения Центра – www.ger-uro.ru [6].

IV. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1.

Ф.И.О. пациентки _____ Возраст _____

Дата заполнения опросника « ____ » _____ 200__ г.

Индекс симптомов инконтиненции

Вопросы	Никогда	Редко	Часто	Большую
---------	---------	-------	-------	---------

				часть вре- мени
1. Теряете ли Вы мочу при кашле, чихании, другом напряжении?	0	1	2	3
2. Теряете ли Вы мочу когда спешите в туалет при позыве?	0	1	2	3
3. Бывает ли болезненность при мочеиспускании?	0	1	2	3
4. Беспокоят ли Вас частые позывы, учащенное мочеиспускание?	0	1	2	3
5. Вызывает ли у Вас желание помочиться звук или вид текущей воды?	0	1	2	3
6. Когда Вы начали мочиться, можете ли остановить поток мочи?	Могу	Не всегда	В половине случаев	Не могу
	0	1	2	3
7. Всегда ли Вы чувствуете, когда теряете мочу?	Не теряю мочу	Всегда	Не всегда	Не чувствую
	0	1	2	3
8. Бывает ли при потерях мочи Ваше белье...	Не теряю мочу	Слегка влажным	Мокрым	Пропитанным насквозь
	0	1	2	3
9. Жить с имеющимся мочеиспусканием Вы считаете...	Прекрасно	Удовлетворительно	Плохо	Ужасно
	0	1	2	3

Приложение №2.

ИНСТРУКЦИЯ ПО СБОРУ МОЧИ ДЛЯ ЖЕНЩИН

1. Перед сбором мочи подготовьте и разместите перед собой 6 – 10 чистых ватных шариков, сосуд с теплым мыльным раствором (пользуйтесь обычным туалетным мылом), сосуд с теплой кипяченой водой и контейнер (банку) для сбора мочи (крышку контейнера приоткройте так, чтобы ее можно было снять одной рукой).

2. Вымойте руки с мылом.

3. Удобно расположитесь на унитазе и разведите колени как можно шире.

4. Пальцами одной руки разведите половые губы и удерживайте их в этом положении во время всего подмывания.

5. Вымойте область наружных половых органов, последовательно меняя 4 ватных шарика, смоченных в мыльном растворе. Каждым шариком необходимо провести по направлению от лобка к заднему проходу только один раз, стараясь проникать во все складки.

6. Промойте намыленный участок с помощью двух и более ватных шариков, смоченных в теплой кипяченой воде. Каждым шариком необходимо провести

по направлению от лобка к заднему проходу только один раз, стараясь проникать во все складки.

7. Снимите крышку с контейнера и возьмите его в руку, стараясь не касаться краев. Приготовьтесь собрать мочу.

8. Удерживая половые губы разведенными, выпустите немного мочи, приостановите мочеиспускание, а затем, подставив под струю мочи контейнер, наполните его до указанного уровня (около 50 мл).

9. Тщательно закройте контейнер крышкой и немедленно передайте в лабораторию. При невозможности быстрой (в течение 30 мин) доставки мочи в лабораторию, поместите её в холодильник при температуре 4°C и передайте в лабораторию не позднее 24 ч с момента забора.

Приложение №3

«Утверждаю»

Главный врач _____

«___» _____ 200_ г.

ПОЛОЖЕНИЕ

о кабинете диагностики и лечения недержания мочи –ИНКО-кабинете

1. Общие положения.

- «Кабинет диагностики и лечения недержания мочи» (далее – ИНКО-кабинет) является структурным подразделением поликлинического отделения гериатрической или урологической службы, женской консультации для оказания амбулаторной специализированной медицинской и медико-социальной помощи пожилым жителям Санкт-Петербурга с патологией мочеиспускания.
- Образование и закрытие ИНКО-кабинета осуществляется в соответствии с распоряжением главного врача ЛПУ.
- ИНКО-кабинет оказывает амбулаторную помощь жителям данного района Санкт-Петербурга в возрасте от 60 лет.
- Деятельность ИНКО-кабинета регламентируется действующим законодательством Российской Федерации, законами Санкт-Петербурга, организационно-распорядительными и нормативными документами Министерства здравоохранения РФ и Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, настоящим Положением, иными действующими нормативно-правовыми и организационно-распорядительными документами.
- Контроль за деятельностью ИНКО-кабинета осуществляет заведующий отделением гериатрической службы или врач урологи и гинекологи.
- В ИНКО-кабинете работает медицинская сестра, имеющая специализацию по гериатрии и урологии, – микциолог. Прием на работу и увольнение микциолога осуществляет главный врач ЛПУ.
- Финансирование ИНКО-кабинета осуществляется за счет средств бюджета, благотворительных пожертвований и иных источников, не противоречащих действующему законодательству.

2. Основные цели и задачи ИНКО-кабинета.

Основная цель деятельности ИНКО-кабинета – медицинская помощь и улучшение качества жизни пожилых людей, страдающих недержанием мочи.

Основными задачами ИНКО-кабинета являются:

- Плановый амбулаторный прием пациентов с различными нарушениями мочеиспускания;
- Диагностика инконтиненции, помощь пациентам в ее немедикаментозном лечении и реабилитации;
- Информирование населения о необходимости лечения нарушений мочеиспускания, стимулирование к решению данной проблемы, формирование у пожилых людей четких современных представлений о здоровой старости;
- Информация пациентов о современных гигиенических средствах, подбор и обучение пациентов и их родственников использованию необходимых средств;
- Внедрение в постоянную практику современных геронотехнологий.

3. Организация работы ИНКО-кабинета.

3.1. Оперативное управление ИНКО-кабинетом осуществляет заведующий отделением гериатрической службы или назначенные врач-гериатр, уролог, гинеколог.

3.2. Режим работы ИНКО-кабинета и его приемные часы определяются главным врачом ЛПУ.

3.3. Нагрузка у микциолога рассчитывается исходя из времени, необходимого на консультацию, при этом для первичного пациента - 30 мин, повторная консультация — 20 мин.

3.4. Запись пациентов на прием осуществляется лично и по телефону.

3.5. Учет пациентов ИНКО-кабинета ведется в базе данных и специально разработанных медицинских картах.

3.6. Во время приема собирается и описывается в специальной медицинской карте:

- анамнез жизни;
- анамнез урологического заболевания;
- жалобы пациента, формализованные с помощью специальных опросников по нарушениям мочеиспускания;
- проведенное лечение;
- социальный статус пациента, степень снижения способности к самообслуживанию;
- объективные данные;
- результаты лабораторных и инструментальных обследований;
- назначения;
- диспансерная группа и режим дальнейшего наблюдения.

3.7. Повторные посещения назначаются пациентам по мере необходимости, в зависимости от определенной диспансерной группы или осуществляются в соответствии с пожеланиями пациентов и их родственников.

Диагноз _____

Лечебная тактика: _____

Немедикаментозное лечение: _____

Медикаментозное лечение: _____

Результаты: _____

Приложение №5

УПРАЖНЕНИЯ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ МОЧИ

(Памятка для пациентов)

Тренировка мочевого пузыря.

Тренировка мочевого пузыря научит Вас мочиться только в запланированное время, постепенно увеличивая интервалы между посещениями туалета.

Это обычно делается так. Вы начинаете с того, что ходите в туалет строго по часам через каждые тридцать-шестьдесят минут в течение дня, независимо от того, чувствуете ли в этом потребность или нет, подавляя желание в мочеиспускании в незапланированное время с помощью расслабления или переключения внимания, чтобы затем опорожнить мочевой пузырь строго по расписанию. Через 1-2 недели Вы увеличиваете время между посещениями туалета на 15-30 мин. Продолжая растягивать эти интервалы, приблизительно через 2-3 месяца Вы приучите свой мочевой пузырь терпеть, по меньшей мере, ТРИ часа.

Упражнения по системе Кегеля

Предназначенные для того, чтобы укрепить мышцы, поддерживающие дно мочевого пузыря, и научить Вас контролировать свой организм, эти упражнения часто творят чудеса со страдающими от недержания, в особенности его стрессовой разновидностью. Вначале Вы должны понять и почувствовать, как напрягать соответствующие мышцы, те, которые помогают остановить поток мочи во время мочеиспускания.

Когда бы Вы ни вспомнили об этом, чем чаще, тем лучше (начинайте понемногу, а потом постепенно увеличивайте число занятий), напрягайте эти мышцы так, словно Вы усиленно стараетесь остановить поток мочи. При этом мышцы живота, ягодиц и бедер должны оставаться расслабленными. Втягивайте в себя на вдохе промежность, задний проход и сжимайте влагалище. Сосчитайте до пяти. На выдохе - расслабьте эти мышцы. Повторите все это

не менее двадцати раз за одно занятие. Число таких занятий должно быть не менее пяти.

Достоинством данных упражнений является то, что никто не сможет заметить, чем Вы занимаетесь, так что Вы можете делать их всегда, когда пожелаете: дома, в транспорте, в гостях. Но не ожидайте результатов немедленно. Обычно требуется несколько месяцев добросовестного выполнения упражнений, прежде чем Вы достаточно укрепите эти мышцы, чтобы повысить водонепроницаемость своего сфинктера. А затем Вы должны будете поддерживать их тонус, не бросать упражняться, иначе мускулы вновь ослабнут.

А вот второй способ добиться того же эффекта:

Стоккато мочеиспускание

Упражнение, направленное на укрепление наружного сфинктера уретры. При каждом мочеиспускании необходимо прерывать струю мочи.

Сядьте на унитаз с полным мочевым пузырем, начните мочиться, а потом напрягите мышцы, чтобы остановить поток мочи. Продолжая сдерживаться, медленно досчитайте до десяти. Повторяйте, по возможности, это упражнение до двадцати раз.

Поведенческая терапия

Это обучение умению управлять функцией мочевого пузыря, контролировать возникающие позывы.

Каждый раз, когда появляется позыв к мочеиспусканию, попытайтесь остановить это чувство сокращением мышц тазового дна. Старайтесь сдерживать возникающие позывы на мочеиспускание и не «бежать стремглав в туалет», а сделать паузу, если можно сесть, расслабиться, посокращать мышцы таза и промежности, что будет способствовать уменьшению позыва, расслаблению мышцы мочевого пузыря и предупредит истечение мочи. Вы почувствуете улучшение через 2-3 недели.

Вы можете спокойно ходить по улице, магазинам, ездить по своим делам и не испытывать желания опорожнить мочевой пузырь, но как только Вы подходите к дому - возникает неудержимый (императивный) позыв и часто Вы просто не успеваете «добежать» до туалета. В этом случае необходимо при подходе к дому отвлекать своё внимание от туалета и стараться переключить своё внимание на другие обстоятельства.

Никогда не ходите в туалет без позыва к мочеиспусканию! Не заходите туда «на всякий случай»!

Вы должны контролировать свой мочевой пузырь, а не он Вас!

Ф.И.О. пациента _____ Возраст _____
 Дата заполнения опросника « ____ » _____ 200_ г.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СИСТЕМА СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОСТАТЫ В БАЛЛАХ (IPSS)							
	Нет	Реже, чем 1 раз из 5 случаев	Менее, чем в половине случаев	Примерно в половине случаев	Более половины случаев	Почти всегда	
1. В течение последнего месяца как часто у Вас возникало ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5	
2. В течение последнего месяца как часто у Вас была потребность помочиться ранее, чем через два часа после последнего мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5	
3. Как часто в течение последнего месяца мочеиспускание было с перерывами?	0	1	2	3	4	5	
4. В течение последнего месяца как часто Вы находили трудным временно воздержаться от мочеиспускания?	0	1	2	3	4	5	
5. В течение последнего месяца как часто Вы ощущали слабый напор мочевой струи?	0	1	2	3	4	5	
6. В течение последнего месяца как часто Вам приходилось прилагать усилия, чтобы начать мочеиспускание?	0	1	2	3	4	5	
	Нет	1 раз	2 раза	3 раза	4 раза	5 или более раз	
7. В течение последнего месяца как часто в среднем Вам приходилось вставать, чтобы помочиться, начиная со времени, когда Вы ложились спать, и кончая временем, когда Вы вставали утром?	0	1	2	3	4	5	
Суммарный балл IPSS=							
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВСЛЕДСТВИЕ РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ							
8. Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось мириться с имеющимися у Вас урологическими проблемами до конца жизни?	очень хорошо	хорошо	удовлетворительно	смешанное чувство	неудовлетворительно	плохо	ужасно
	0	1	2	3	4	5	6
Индекс оценки качества жизни=							

- Женская урология [12]
- Недержание мочи [13]

© UroWeb.ru, 2002-2012 г



Академия амбулаторной урологии

Источник: <http://www.uroweb.ru/db/article/4922.html>

Ссылки:

- [1] <http://www.uroweb.ru/user/1>
- [2] <http://www.adenoma-prostate.ru/>
- [3] <http://03.uroweb.ru/uropedia/prostate-cancer/psa>
- [4] <http://www.cancer-prostate.ru/>
- [5] <http://www.geriatric-centre.spb.ru/>
- [6] <http://www.ger-uro.ru/>
- [7] <http://www.uroweb.ru/sites/default/files/guidelines-on-the-organization-of-assistance-to-citizens-older-with-pathology-urinating-in-public-institutions-zdoravoohraneniya.docx>
- [8] <http://www.uroweb.ru/taxonomy/term/647>
- [9] <http://www.uroweb.ru/stress-urinary-incontinence>
- [10] <http://www.uroweb.ru/geriatric-urology>
- [11] <http://www.uroweb.ru/bph>
- [12] <http://www.uroweb.ru/female-urology>
- [13] <http://www.uroweb.ru/urinary-incontinence>