

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЈА КАЈ ЖЕНА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицината, заснована на докази при постоење на уринарна инконтиненција кај жена.

Член 2

Начинот на третман на уринарна инконтиненција кај жена е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на уринарна инконтиненција кај жена по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8998/1
29 октомври 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЈА КАЈ ЖЕНИ

МЗД Упатство
6.2.2012

- Основни правила
- Видови инконтиненција
- Епидемиологија
- Етиологија
- Испитувања
- Индикации за упатување при специјалистичко ниво
- Конзервативен третман
- Хируршки третман
- Помагала за инконтиненција
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Важно е да се разликува стрес инконтиненција од другите типови на инконтиненција кои може да бидат предизвикани од различни гинеколошки, уролошки или неуролошки заболувања.
- Вежби за мускулатурата на карличното дно се ефективни кај сите типови на инконтиненција.
- Кај стрес инконтиненцијата, минимално-инвазивни субутерални слинг процедури се апликабилни ако конзервативниот третман е неефикасен.
- ***Контрола на телесната тежина, одржување на тонусот на мускулатурата на карличното дно, апстинирање од пушење цигари, третманот на констипација, како и физичките активности, сите заедно превенираат уринарна инконтиненција.***

ВИДОВИ ИНКОНТИНЕНЦИЈА

- Кај ***стрес инконтиненција***, неволев губиток (течење) на урина, се јавува при напрегање или при напнување (на пр. кашлање или кивање). Приближно три четвртини од возрасните пациенти се со присутна инконтиненција.
- ***Инконтиненција заради итност*** се карактеризира со ненадеен нагон за мокрење, следен со неволев губиток (течење) на урина или за време на нагонот или веднаш потоа. Типично се сретнува кај возрасни жени по менопауза и исто така кај млади жени.
- ***Мешана инконтиненција*** е комбинација на двата претходно наброени типа. Најчест е кај жени над 70-годишна возраст.
- Непотполно празнење на мочниот меур и ретрениција на урина, било акутна или хронична, може да доведе до ***overflow incontinence (инконтиненција заради прелевање на надојдена урина кај преполн мочен меур)***.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Во епидемиолошките студии, преваленца на уринарната инконтиненција кај возрасни жени е помеѓу 5% и 58% (средно 28% 1). Повеќе од 50% од пациентите го прикриваат проблемот.

- Околу 6% од популацијата страда од уринарна инконтиненција доволно за да им го нарушува квалитетот на животот.
- Фреквенцијата на уринарната инконтиненција се зголемува со возраста. Околу 60% од жените над 70 години страдаат од неа.

ЕТИОЛОГИЈА

- Стрес инконтиненцијата е причинета од слабоста на структурите кои ѝ даваат поддршка на уретрата или од инсуфициенција на сфинктерот. Ризик фактори кај стрес инконтиненцијата вклучуваат гојазност (БМИ >20%), бременост и породување, како и пушење цигари. Вродена слабост на сврзното ткиво, исто така, може да биде ризик фактор за стрес инконтиненција.
- Кај инконтиненција заради итност, мускулатурата на мочниот меур се контрахира несоодветно, за што причина може да биде:
 - Неурогена (МС, деменција, нарушена церебрална циркулација, Паркинсонова болест, дијабетес).
 - Не-неурогени (акутна или рекурентна инфекција на уринарниот тракт, анамнеза за комплицирана инфекција на уринарниот тракт, тумори, заболувања кои го засегаат сидот на мочниот меур, калкулоза на мочниот меур, локален дефицит на естрогени кај жени во постменопауза, брзо полнење на мочниот меур, диуретици, хистеректомија (ннд=Ц)).
 - Идиопатска: кај приближно 80% од случаите, причината останува непозната.
- *Overflow incontinence (инконтиненција заради прелевање на надојдена урина кај преполн мочен меур)* е предизвикана или од нарушен рефлекс за мокрење (на пр. неурогена етиологија, по операции, несекаан ефект од лекарства) или со механичка опструкција (тумор, пролапс).

Испитувања

Анамнеза

- Во кои состојби инконтиненцијата се јавува?
 - Стандардизирани прашалници за симптомите се погодни за клиничката пракса.
- Колку долго инконтиненцијата трае?
 - Умерено тешка инконтиненција заради итност со умерен неочекуван почеток може да сугерира на органска етиологија, на пр. заболување на мочниот меур, воспаленија или пелвични тумори.
- Тежина?
 - Колку пати во неделата пациентката имала појава на уринарна инконтиненција, дали таа требало да користи протективни влошки и какво влијание инконтиненцијата има врз нејзиниот живот?
- Зачестеност/табела на волумен е единствена метода за мониторинг на функцијата на мочниот меур и типот и тежината на инконтиненцијата.
- Гинеколошка анамнеза: породување, операции, менструален циклус.
- Системстски заболувања и лекарства кои потенцијално може да ја засегаат функцијата на мочниот меур (диуретици, антихолинергици, аналгетици со централно дејство, блокери на калциумски канали).

Клинички иследувања

- Општи клинички испитувања: општ здравствен статус, подвижност, тежина, неуролошки абнормалности.

- Гинеколошки иследувања: мукозни мембрани, пролапси, палпација за исклучување на тумор, тест на кашлање и определување на резидуална урина во случај на некомплетно мокрење.

Лабораториски иследувања и имицининг студии

- Во случај на инконтиненција заради итност или мешана инконтиненција, треба да се направи хемиска анализа на урина и, ако е индицирана, микроскопско иследување и уринокултура.
 - Повремени епизоди на микроскопска хематурија може да се поврзани со физички вежби, менструација, сексуален однос или со минорна траума.
 - Рекурентна микроскопска хематурија (види 2); NB (обрнете внимание) самотест со реагенс лента не е доволен, задолжителна цитолошка егзаминација на урина, цистоскопија и ултрасонографија на уринарниот тракт.

ИНДИКАЦИЈА ЗА УПАТУВАЊЕ ВО СПЕЦИЈАЛИСТИЧКО НИВО

- Хематурија или сомнение за заболувања на мочниот меур (интертестијален циститис, калкулоза на мочниот меур, карцином на мочниот меур).
- Волумен на резидуална (останата) урина повеќе од 100мл (се определува доколку пациентот има тешкотии со поминувањето на урина или ако е сомнително присуство на инконтиненција со прелевање (overflow).
- Симптоматски пролапси.
- Пелвични тумори.
- Неуролошки проблем.
- Непријатна инконтиненција која е веќе оперативно третирана.
- Сомнение за фистула.
- Инконтиненција заради итност, отпорна на третман.
- Стрес инконтиненција ако физикалната терапија е недоволна да обезбеди соодветно намалување на симптомите.
- Проблеми во диференцијалната дијагноза.

КОНЗЕРВАТИВЕН ТРЕТМАН

- Промени во животните навики може да ги ублажи двете и инконтиненцијата заради итност и стрес инконтиненцијата.
 - Намалувањето на тежината (5-10%) ги ублажува симптомите на инконтиненцијата и го подобрува квалитетот на животот.
 - Рестрикција за внес на течност се препорачува само ако дневниот внес надминува 3000мл.
 - Третман на констипација (запек).
- Вежби на мускулатурата на пелвичното дно.
 - Контролирани регуларни вежби на мускулатурата на карличното дно во периодот од 2-6 месеци е ефективен облик на терапија за сите видови на уринарна инконтиненција (ннд=A). Подоцна, вежби за одржување на состојбата би требало да се практикуваат два пати неделно.
 - Вежби на мускулатурата на карличното дно е исто така корисна кај инконтиненција по породувањето (ннд=A).
 - Ако резултатот на вежбите под лична контрола е незадоволителен по 2 месеци, пациентката би требало да се упати кај соодветно обучен физиотерапевт за биофитбек – асистирани тренинг.

- Електрична стимулација со цел да се намали хиперактивноста на мускулатурата на мочниот меур (ннд=Ц) е исто така добра, како и вежбите на мочниот меур (ннд=Ц) и може да се употребат кај инконтиненцијата заради итност.

Фармакотерапија

- Стрес инконтиненција: *лекарствата имаат мала улога во третманот.*
- Инконтиненција заради итност:
 - Локалната естрогена терапија изгледа води кон излекување или кон намалување на симптомите кај постменопаузални жени (ннд=Ц). Иритацијата на мочниот меур ќе се намали доколку урогениталната атрофија се врати на претходната состојба и се намали бројот на инфекции на уринарниот тракт. Пациентките треба да бидат информирани дека чешање и горење може да се јави на почетокот од третманот.
 - Антихолинергичните лекарства се во широка употреба во третманот на инконтиненцијата заради итност (ннд=А). Лекарства кои припаѓаат на оваа група се оксбутинин, толтеродин, тропиум хлорид, солифенацин, дарифенацин и фесотеродин.
 - Контраиндикации: уринарна ретенција, неконтролиран глауком со тесен агол, мијастенија гравис, тежок колитис.
 - Интерреакцијата треба да се има на ум.
 - Најчести несакани ефекти: сува уста, заматен вид, постурална хипотензија (при промена на положбата на телото), запек и ретенција на урина. Поголем број од пациентките имаат проблеми од ефектите на централниот нервен систем, како когнитивни нарушувања и конфузија, кои можат да бидат делумно непријатни кај постари пациентки.
 - Ефикасноста од медикаментите треба да се проценува во редовни интервали (по околу 2 месеци), бидејќи само дел од пациентките ќе имаат корист од третманот и, од друга страна, ако несаканите ефекти се само умерени, може да се обидеме со зголемувањето на дозата.
 - Нема разлика во ефикасноста помеѓу различни лекарства. Описот на несакани ефекти е индивидуален: обидете се со различни препарати.

ХИРУРШКА ТЕРАПИЈА

- Доколку конзервативниот третман не даде адекватен ефект, стрес инконтиненцијата може да се третира хируршки, според мислењето и проценката на урогинекологот.
- Мини-инвазивни субуретрални слинг (со трака) процедури се ефективни (ннд=А) и може да се направат во локална анестезија.
 - Tension-free vaginal tape (TVT) со употреба на полипропилен мрежички може да се воведат ретропубично под регијата на средниот дел на уретрата (ннд=Б).
 - Кај трансоптураторни процедури со лента (TOT, TVT-O), мрежата се тунелира од вагинална страна до врвот на бутот или vice versa (спотивно)(ннд=Б).
 - При постоперативна контрола, пациентката мора да се испита за уринарна ретенција, ретропубичен хематом (обично се ресорбира спонтано), бавно зараснување на вагинална инцизија или видливи краеви на трака.
 - Кај чиста стрес инконтиненција долготрајните резултати се добри (во 7-годишен период на следње 81% од пациентите беа континентни) 2.
 - Кај мешана инконтиненција, резултатите се послаби 3.
- Оперативниот третман не помага кај чиста инконтиненција заради итност. Кај екстремни случаи инјекција на ботлиум токсин А во детрусорот (ннд=Ц), неуромодулација на корените на сакралните нерви или аугументациона цистопластика (операција за зголемување на капацитетот на мочниот меур) може да се земе предвид.
- Третманот на мешаната инконтиненција се одредува според доминантниот облик на инконтиненција.

ПОМАГАЛА ЗА ИНКОНТИНЕНЦИЈА

- Апсорбентни влошки, пелени, заштитни фолии за кревет ќе обезбедат заштита. Вагинални конуси и тампони превенираат инконтиненција за време на краткотрајни физикални вежби. Специјализирана медицинска сестра за инконтиненција би била одговорна за едукација на пациенти и за снабдување со производи за инконтиненција.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Аутологен фасцијален слинг може да биде доста поефективен од Burch-ова коплосуспензија за третманот на стрес инконтиненција, но доведува до доста компликации (ннд=Ц).
- Лапароскопска коплосуспензија може да биде исто така добра, како и отворена коплосуспензија за уринарна инконтиненција кај жени, но од понови вагинални слинг пороцедури, изгледа сепак има поголема корист и подобар објективен исход на кус период (ннд=Ц).
- Постои недостиг на докази за механички помагала за уринарна инконтиненција кај жени (ннд=Д).
- Превентивен тренинг на мускулатура на карличното дно може да резултира во помала инконтиненција кај бремените жени (ннд=А).
- Достапни влошки може да бидат мошне ефективни и најдобро прифатени апсорбентни производи за жени со лесна уринарна инконтиненција (ннд=Ц).
- Адренергични агонисти, изгледа, се многу поефективни од плацебо во намалувањето на епизоди на инконтиненција и субјективни симптоми (ннд=Ц).
- Абдоминална ретропубилна суспензија, изгледа, е подобра од предна вагинална репарација за субјективно лекување (ннд=Б).
- Операција со суспензија на вратот на мочниот меур, веројатно, не е така добра како отворена абдоминална ретропубилна суспензија за третманот на примарна природна стрес уринарна инконтиненција во услови на ниска стапка на излекување и поголем морбидитет (ннд=Ц).
- Периуретрална инјекција од голем број создадени (зголемувајќи, масивни булкинг) агенци може да резултира со субјективно или со објективно краткотрајно подобрување на симптомите на стрес инконтиненција кај возрасни жени (ннд=Ц).
- Отворена ретропубилна коплосуспензија е ефективен третман за уринарна стрес инконтиненција, особено на долг период, со очекува стапка од 70% од пациентите кои ќе бидат суви по 5 години. Ова постепено се заменува со понови техники (ннд=А).
- Хистректомија може да ја зголеми можноста од развој на инконтиненција до 60% (ннд=Ц). Естриол(0.5мг) еднаш дневно интравагинално кај постменопаузни жени, изгледа, не го зголемува ризикот од ендометријална пролиферација или хиперплазија (ннд=Б).

ЛИТЕРАТУРА

1. Idiopathic urgency urinary incontinence. N Engl J Med 2010 Dec 30; 363(27):2672. [PubMed](#)
2. Rogers RG. Clinical practice. Urinary stress incontinence in women. N Engl J Med 2008 Mar 6; 358(10):1029-36. [PubMed](#)
3. Holroyd-Leduc JM, Straus SE. Management of urinary incontinence in women: scientific review. JAMA 2004 Feb 25; 291(8):986-95. [PubMed](#)
4. Hanley J, Capewell A, Hagen S. Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. BMJ 2001 May 5; 322(7294):1096-7. [PubMed](#)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Cheater FM, Castleden CM. Epidemiology and classification of urinary incontinence. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2000 Apr; 14(2):183-205. [PubMed](#)
2. Nilsson CG, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow-up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. Obstet Gynecol 2004 Dec; 104(6):1259-62. [PubMed](#)
3. Holmgren C, Nilsson S, Lanner L, Hellberg D. Long-term results with tension-free vaginal tape on mixed and stress urinary incontinence. Obstet Gynecol 2005 Jul; 106(1):38-43. [PubMed](#)

Authors: Beata Stach-Lempinen Previous authors: Juha Mäkinen Article ID: ebm00236 (025.045) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EMB guidelines 6.2.2012, www.ebm.guidelines.com
2. Упатството теба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до февруари 2016 година.