

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЈА: ТРЕТМАН НА УРИНАРНА ИНКОНТИНЕНЦИЈА КАЈ ЖЕНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при уринарна инконтиненција: третман на уринарна инконтиненција кај жени.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при уринарна инконтиненција: третман на уринарна инконтиненција кај жени е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при уринарна инконтиненција: третман на уринарна инконтиненција кај жени 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 истото од страна на докторот 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. 17-3477/1
13 март 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Уринарна инконтиненција: третман на уринарна инконтиненција кај жени

Објавено: септември 2013 год.

NICE клинички упатства 171
guidance.nice.org.uk/cg171

Содржина

Вовед	1
Пациентот во центарот на грижа	3
Клучни приоритети за имплементација	4
Земање анамнеза и физикален преглед	4
Проценка на карличните мускули	4
Дневници за мочниот меур.....	4
Перкутана стимулација на задниот тибисјален нерв.....	4
Апсорбента производи, уринали и тоалетни помагала	4
Општи принципи кога се користат ОАВ лекови	5
Избор на ОАВ лекови	5
Мултидисциплинарен тим (MDT)	5
Хируршки пристапи за СУИ	5
1. Препораки	6
1.1. Проценка и испитување	6
1.2. Интервенции за начин на животот	9
1.3. Физички терапии	9
1.4. Бихејвиорална терапија	10
1.5. Неуростимулација	10
1.6. Алтернативни опции за конзервативни третмани.....	11
1.7. Фармаколошки третман	13
1.8. Мултидисциплинарен тим (MDT).....	15
1.9 Инвазивни процедури за ОАВ	16
1.10 Хируршки пристапи за СУИ.....	18
1.11 Одржување и мерење на знаења и стандарди во праксата.....	20
2. Препораки за истражување	24
2.1 Вежбање на мускулатурата на карличното дно.....	24
2.2 Неуростимулација	24
2.3 Ботулински токсин А	25
2.4 Редослед на инвазивни ОАВ процедури.....	25
2.5 Показатели на неуспешен третман со трака	26
3. Дополнителни информации	27
3.1 Обем и како е изработно ова упатство.....	27
3.2 Поврзани со NICE упатствата	27
4. Група за Изработка на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим	28
4.1 Група за изработка на упатството.....	28
4.2 Национален центар за соработка за здравјето на жени и деца.....	28
4.3 NICE проектен тим.....	28
За ова упатство	29
Информации во врска со дополнувањата во водичот.....	29
Препораки од NICE клиничкиот водич 40 кои се дополнети.....	29
Силина на препораките	32
Други верзии на овој прирачник	33
Имплементација.....	33
Ваша одговорност	33
Авторски права.....	33

Вовед

Ова упатство го надградува и го заменува претходниот NICE водич за уринарна инконтиненција кај жени: NICE клинички упатства 40 (објавено во октомври 2006 год.). Препораките се означени согласно со нивното првично објавување (погледни '[За ова упатство](#)').

Уринарна инконтиненција (УИ) е чест симптом кој може да влијае на жените од сите возрасти, со широк спектар на сериозноста и природата. Иако ретко опасна по живот, инконтиненцијата може сериозно да влијае врз физичката, психичката и социјалната благосостојба на засегнатите поединци. Влијанието врз семејствата и негувателите на жени со УИ може да биде длабоко и импликациите на ресурсите за здравствена услуга значителни.

УИ е дефинирана од страна на Меѓународното здружение за континенција (International Continence Society) како „жалба на несакано истекување на урина“. УИ може да се случи како резултат на голем број на абнормалности на функцијата на долниот уринарен тракт или како резултат на други болести, кои имаат тенденција да предизвикаат истекување на урина во различни ситуации.

- Стрес УИ е неволно истекување на урина при напор или напнување или при кивање или кашлање.
- Итна УИ е неволно истекување на урина, придружено со чувство на итност (одеднаш огромна желба да уринираат која е тешко да се одложи).
- Мешана УИ е неволно истекување на урина, поврзано со итност и напнување, напор, кивање или кашлање.
- Хиперактивен мочен меур (ОАВ) е дефиниран како итност што се случува со или без итна УИ и обично со фреквентност и ноктурија. ОАВ која се случува со инконтиненција е позната како „влажна ОАВ“. ОАВ што се случува без инконтиненција е позната како „сува ОАВ“. Овие комбинации на симптоми се видливи на уродинамските иследување како детрузорна хиперактивност, но може да бидат резултат на други форми на уретровезикална дисфункција.

Од објавувањето на упатството од 2006 година, нови методи на третман на уринарна инконтиненција станаа достапни во NHS. Ботулински токсин А и стимулација на сакрален нерв, исто така, сега почесто се користи за лекување на ОАВ симптоми. Процедурите со користење на синтетски траки станаа сè повеќе популарни за третман на стрес уринарна инконтиненција и беа прикажани подобрувања во ефикасноста и во напредокот во видовите на постапката, понудени од 2006 година. Надополнети насоки се потребни за да се објават овие промени.

Новите препораки за 2013 година се рамо до рамо со оригиналните препораки од упатството од 2006 година. Важно е да се нагласи дека сите препораки од 2006 год. се подеднакво релевантни и важни сега, како што беа кога беа оригинално објавени.

Уринарната инконтиненција кај невролошки болести е надвор од опсегот на овој водич, но е покриена во '[Уринарна инконтиненција кај невролошки болести](#)' (NICE клинички упатства 148).

Упатството ќе претпостави дека оние што препишуваат лекови ќе го користат резимето за лекот, за особините на лекот да информираат за одлуките, донесени со поединечни пациенти.

Ова упатство препорачува некои лекови за индикации за кои нема маркетиншка авторизација во Велика Британија до датумот на издавање дали постојат добри докази за поддршка на таа употреба. Докторот што препишува лек треба да ги следи тие релевантни професионални насоки и да преземе целосна одговорност за одлуката. Пациентот (или, пак, оној со овластување да дава согласност во нивно име) треба да обезбеди информирана согласност, која треба да биде документирана. Види 'Добри практики во препишување на лекарства-упатство за доктори' на Главниот медицински совет (GMC) за понатамошни информации. Онаму каде што препораките се направени за употреба на лекови надвор од нивните лиценцирани индикации („Off- label употреба“), овие лекови се означени со фуснота во препораките.

Пациентот во центарот на грижа

Ова упатство нуди најдобри практични совети за нега на жени со уринарна инконтиненција.

Пациентите и здравствените работници имаат права и одговорности, утврдени во NHS Устав за Англија - сите NICE насоки се напишани за да го искажат ова. За третманот и за негата треба да се земат предвид индивидуалните потреби и преференци. Пациентите треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки за нивната грижа и третман, во партнерство со здравствените професионалци. Ако пациентот е под 16 години, нивните семејства или старатели, исто така, треба да бидат информирани и поддржани за да им помогнат на дете или млад човек да донесуваат одлуки за нивниот третман. Здравствените работници треба да ги следат согласностите на 'Советот за согласност при Одделението за здравство'. Ако некој нема капацитет да донесува одлуки, здравствените работници треба да го следат кодот на праксата која го придружува Законот за ментална способност и дополнителни код на праксата за лишување на мерки за заштита на слободата. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат советите за согласност од велшката влада.

NICE има изработено упатство за компонентите на добро искуство на пациенти кај NHS возрасни услуги. Сите здравствени работници треба да ги следат препораките на 'Искуство на пациенти во NHS за услуги на возрасни'.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки се идентификувани како приоритети за имплементација.

Земање анамнеза и физикален преглед

- Во почетната клиничка проценка, категоризирајте ја уринарната инконтиненција на жената (УИ) како стрес уринарна инконтиненција (СУИ), мешана УИ или неодложна УИ / хиперактивен мочен меур (ОАВ). Да се започне првичниот третман по оваа основа. Во мешана УИ, да се насочи третманот кон доминантниот симптом. [2006] [1.1.1]

Проценка на карличните мускули

- Спроведување рутинска дигитална проценка за да се потврди контракцијата на карличните мускули пред употребата на надгледувана обука за вежби за карличните мускули како третман на УИ. [2006 година, изменет 2013] [1.1.4]

Дневници за мочниот меур

- Користете дневници за мочниот меур во првичната проценка на жените со УИ или ОАВ. Охрабрете ги жените да запишуваат најмалку 3 дена во дневникот за бележење на варијации во нивните вообичаени активности, како во работните, така и во деновите за одмор. [2006] [1.1.17]

Перкутана стимулација на задниот тибиски нерв

- Не предлагајте перкутана стимулација на задниот тибиски нерв за ОАВ освен ако:
 - Има мултидисциплинарен тим (MDT) преглед.
 - Конзервативниот третман, вклучувајќи ОАВ третманот со лекови не делувале соодветно и
 - Жената не сака ботулински токсин А¹ или перкутана стимулација на сакралниот нерв. [нови 2013] [1.5.4]

Апсорбента производи, уринали и тоалетни помагала

- Апсорбента производи, рачните уринали и тоалетни помагала не треба да се сметаат како третман за УИ. Користете ги само како:
 - Стратегија за справување во очекување на дефинитивен третман.
 - Дополнителен тековен третман.

¹ Во времето на објавувањето (септември 2013 год.), повеќето ботулински токсин тип А подготовки немаа маркетиншка авторизација во Велика Британија за ставање во промет за оваа индикација. Ботокс, Allergan 100 единици е лиценциран за инконтиненција, предизвикана од хиперактивен мочен меур, но единица доза на 200 е лиценцирана само за инконтиненција поради неврогена детрузорна хиперактивност. Преписувачот треба да ги следи релевантните професионални насоки, преземање целосна одговорност за одлуката. Информирани согласност треба да се добие и да се документира. Види 'Добра практика на Генералниот медицински совет во пропишување и управување со лекови' и уреди за понатамошни информации.

- Долгорочен третман на УИ само ОТКАКО опциите за третман се истражени. [2006] [1.6.1]

Општи принципи кога се користат ОАВ лекови

- Пред да се започне ОАВ третманот со лекови, да се разговара со жените за:
 - Веројатноста за успех и придружните чести несакани ефекти.
 - Фреквенцијата и начинот на употреба.
 - Дека некои несакани ефекти, како што се сува уста и опстипација, може да укажуваат на тоа дека третманот започнува да има ефект.
 - Дека тие не можат да ја видат комплетната придобивка, сè додека не се заврши третманот за 4 недели. [нови 2013] [1.7.2]

Избор на ОАВ лекови

- Понудете една од следниве опции кај жени со ОАВ или мешана УИ:
 - Охубутупин (итно ослободување) или
 - Толтеродин (итно ослободување) или
 - darifenacin (еднаш дневно подготовка). [нови 2013] [1.7.7]
- Ако првиот третман за ОАВ или мешана УИ не е ефикасен или не се толерира добро, понудете уште еден лек со најниска стекната цена². [нови 2013] [1.7.8]

Мултидисциплинарен тим (MDT)

- Понудете инвазивна терапија за ОАВ и/или СУИ симптоми само по преглед MDT. [нови 2013] [1.8.2]

Хируршки пристапи за СУИ

- Кога се нуди хируршка процедура, се разговара со жената за ризиците и за придобивките од различни третмани за СУИ со користење на информации за да се олесни дискусијата за ризиците и за придобивките од третманот кај жени со стрес уринарна инконтиненција. [нови 2013] [1.10.1]

² Ова може да биде било кој лек со најниска цена од било кој од разгледаните лекови, вклучувајќи ги неиспробаните лекови од препораките 1.7.7. Во прегледот во евиденцијата на докажани лекови се следните лекови: darifenacin, фезотеродин, Охубутупин (итно ослободување), Охубутупин (продолжено ослободување), Охубутупин (трансдермална), Охубутупин (тематски гел), пропиверин, пропиверин (продолжено ослободување), solifenacin, толтеродин (итно ослободување), толтеродин (продолжено ослободување), tiroprium и tiroprium (продолжено ослободување). Види поглавје 6 од целосната водич.

1. Препораки

Следниве упатства се базирани на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите кои се користени да се развијат насоките.

Текстот кој се користи во препораките во ова упатство (на пример, зборовите како "понуда" и "разгледа") означува сигурност на препораката (сила на препораката). Види 'За ова упатство' за деталите.

1.1. Проценка и испитување

Земање анамнеза и физикален преглед

- 1.1.1. Во почетната клиничка проценка, категоризирајте ја уринарната инконтиненција на жената (УИ) како стрес уринарна инконтиненција (СУИ), мешана УИ или неодложна инконтиненција / хиперактивен мочен меур (ОАВ). Да се започне првичниот третман по оваа основа. Во мешана УИ, директен третман кон доминантниот симптом. **[2006]**
- 1.1.2. Ако стрес инконтиненцијата е доминантен симптом во мешана УИ, разговарајте со жената во корист на конзервативно лекување, вклучувајќи ОАВ лекови пред да предложите хирургија. **[нови 2013]**
- 1.1.3. Во текот на клиничката проценка, обидувајте се да ги идентификувате релевантните предиспонирачки и преципитирачки фактори и други дијагнози кои можат да бараат упатување за дополнителни иследувања и третман. **[2006]**

Проценка на карличните мускули

- 1.1.4. Спроведување на рутинска дигитална проценка за да се потврди мускулната контракција на карличните мускули пред употребата на надгледувана обука за вежби на карличните мускули во третманот на УИ. **[2006 година, изменет 2013]**

Проценка на пролапс

- 1.1.5. Упатете ја жената со симптоматски пролапс кој е видлив или е под вагиналниот интроитус на специјалист. **[2006]**

Анализа на урина

- 1.1.6. Спроведување на тест на урина со лента кај сите жени со манифестна УИ за да се открие присуството на крв, гликоза, протеини, леукоцити и нитрити во урината. **[2006]**
- 1.1.7. Доколку жените имаат симптоми на инфекција на уринарниот тракт (ИУТ) и нивните уринарни анализи се позитивни за леукоцити и нитрити, да се испрати примерок на урина за уринокултура и анализа на чувствителност на

антибиотик. Се препишува соодветен курс на антибиотски третман во очекување резултати од уринокултурата. [2006]

1.1.8. Доколку жените имаат симптоми на ИУТ и нивните уринарни анализи се негативни за леукоцити или за нитрити, да се испрати примерок на урина за уринокултура и анализа на чувствителност на антибиотик. Да се препише антибиотик во очекување резултати од уринокултура. [2006]

1.1.9. Ако жените немаат симптоми на ИУТ, но нивните уринарни анализи се позитивни за леукоцити и нитрити, не се препишуваат антибиотици без резултати од уринокултура. [2006]

1.1.10. Доколку жената нема симптоми на ИУТ и нејзините уринарни анализи се негативни за леукоцити и за нитрити, не се испраќа урината за уринокултура, затоа што таа, веројатно, нема да има ИУТ. [2006]

Проценка на резидуална урина

1.1.11. Да се измери пост-воидален резидуален волумен од мочниот меур со скен или катетеризација кај жени со симптоми кои сугерираат на уринарна дисфункција или повторливи ИУТ. [2006]

1.1.12. Да се преферира скен на мочниот меур во однос на катетеризација врз основа на прифатливост и пониска инциденца на несакани настани. [2006]

1.1.13. Упатете ги на специјалист жените кои имаат палпабилен мочен меур на бимануелен или абдоминален преглед по празнење на мочниот меур. [2006]

Упатување

1.1.14. Итно да се упатат жените со УИ кои имаат која било од следниве³:

- Микроскопска хематурија кај жени на возраст од 50 години и постари.
- Видлива хематурија.
- Рекурентна или постојана ИУТ, поврзани со хематурија кај жените на возраст од 40 години и постари.
 - Сомнителна малигна маса која произлегува од уринарниот тракт. [2006]

1.1.15. Кај жени со УИ, понатаму индикации за разгледување за упат за специјалист вклучуваат:

- Постојана болка во мочниот меур или во уретрата.
- Клинички бенигни карлични маси.
- Поврзана фекална инконтиненција.
- Суспектни невролошки болести.
- Симптомите на уринарни тешкотии.
- Суспектни урогенитални фистули.

³ Nice препораките кај сомнение за карцином подразбираат итно упатување на пациентката во склоп на националната стратегија за итно упатување (во моментот 2 недели).

- Претходна хирургија за инконтиненција.
- Претходна пелвична канцер хирургија.
- Претходна зрачна терапија на карлицата.⁴ [2006]

Скоринг симптоми и оценка на квалитетот на живот

1.1.16. Користете ги следниве инконтиненции, специфични за квалитетот на животот скали кога терапиите се евалуираат: Меѓународно советување, 'Прашалник за инконтиненција', ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire), Бристол - 'Прашалник за симптомите на долниот уринарен тракт кај жени', BFLUTS (Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms Questionnaire), во 'Инконтиненција-Прашалник за квалитет на животот', I-QOL(Incontinence Quality of Life Questionnaire), 'Стрес и инконтитнеција заради итност' и 'Прашалник за квалитет на животот', SUIQQ(Stress and Urge *Incontinence* and Quality of Life Questionnaire), 'Оценка за тежината на уринарната инконтиненција', UISS(urinary incontinence severity score), 'Акроним за стрес-поврзано течење (S)', 'Можност за празнење' (E), Анатомија (женска) (A), Заштита (P), Инхибиција (I), Квалитет на животот (Q), Мобилност (M), и Ментален статус(M), SEAPI-QMM (acronym for stress-related leak (S), emptying ability (E), anatomy (female) (A), protection (P), inhibition (I), quality of life (Q), mobility (M), and mental status (M), Индекс на тежина на инконтинецијата, ISI (incontinence severity index) и King's Здравствен прашалник, KHQ5(King's Health Questionnaire). [2006]

Дневници за мочниот меур

1.1.17. Користете дневници за мочниот меур во првичната проценка на жените со УИ или ОАВ. Поттикнување на жените да пополнат најмалку 3 дена во дневник за покривање на варијациите во нивните вообичаени активности во работни и во денови на одмор.⁵ [2006]

Тестирање со влошка

1.1.18. Не користете тестови со влошки во рутинска проценка на жените со УИ. [2006]

Уродинамски тестирања

1.1.19. Не извршувајте мулти-канална цистометрија, амбулантска уродинамика или видеоуродинамика, пред да започнете конзервативен третман. [2006 година, изменет 2013]

1.1.20. По преземањето на детална клиничка анамнеза и испитување, да се направи мултиканално исполнување и микциона цистометрија пред операција кај жени кои имаат:

- Симптоми на ОАВ кои доведуваат до клиничко сомневање за детрузорна хиперактивност.

⁴ За дополнителни индикации за разгледување за упатување, види ги препораките 1.1.5 и 1.1.13.

⁵ Видете ги целосните упатства за детали.

- Симптоми кои сугерираат на уринарна дисфункција или преден компартман пролапс.
- Имале претходни операции за стрес инконтиненција. [2006 година, изменет 2013]

1.1.21. Не извршувајте мултиканално исполнување и микциона цистометрија во мала група на жени каде чиста СУИ се дијагностицира врз основа на детална клиничка историја и испитување. [2006 година, изменет 2013]

1.1.22. Разгледајте опција за амбулантска уродинамика или видеоуродинамика ако дијагнозата е нејасна по конвенционалната уродинамика. [2006 година, изменет 2013]

Други тестови на уретралната компетентност

1.1.23. Не користете го Q-Tip, Vonney, Маршал и Флуид-Бриџ тестови во проценката на жените со УИ. [2006]

Цистоскопија

1.1.24. Не користете цистоскопија во првичната проценка на жените со УИ. [2006]

Сликање

1.1.25. Не користете (МРИ, КТ, X-зраци) за рутинска проценка на жените со УИ. Не користете ултразвук, освен за проценка на резидуална урина волумен. [2006]

1.2. Интервенции за начин на животот

Кофеин

1.2.1. Препорачајте намалување на внес на кофеин кај жени со ОАВ. [2006]

Внес на течности

1.2.2. Советувајте модификација на внесот на течности кај жените со УИ или ОАВ. [2006]

Тежина

1.2.3. Советувајте ги жените со УИ или ОАВ кои имаат БМИ поголем од 30 да изгубат тежина. [2006]

1.3. Физички терапии

Вежби за мускулите на карличното дно

1.3.1. Понудете пакет на надгледувани вежби за карличните мускули со времетраење од најмалку 3 месеци како прва линија на третман на жени со стрес или со мешана УИ. [2006]

- 1.3.2. Програмите за вежби на мускулите на карличниот под треба да содржат најмалку 8 контракции кои се изведуваат 3 пати на ден. [2006]
- 1.3.3. Не користете перинеометрија или карлична електромиографија како биофидбек како рутински дел од обуката за вежби на мускулите на карличниот под. [2006]
- 1.3.4. Продолжете со програма за вежбање ако обуката за вежби на мускулите на карличниот под е од корист. [2006] Терапевтски стимулација.
- 1.3.5. Да не се користи рутински електрична стимулација во третманот на жени со ОАВ. [2006]
- 1.3.6. Да не се користи рутински електрична стимулација во комбинација со вежби за карличните мускули. [2006]
- 1.3.7. Електрична стимулација и/или биофидбек треба да се спроведува кај жените кои не можат активно да ги контрахираат карличните мускули, со цел да им се помогне во мотивацијата и во придржувањето кон терапијата. [2006]

1.4. Бихејвиорална терапија

Обука на мочниот меур

- 1.4.1. Понудете обука на мочниот меур во траење од најмалку 6 недели како прва линија на третман на жени со итност или со мешана УИ. [2006]

Мултикомпонентна бихејвиорална терапија

- 1.4.2. Доколку кај жените не се постигне задоволителна корист од програмите за вежби на мочниот меур, комбинација на ОАВ лекови со обука на мочниот меур треба да се спроведе ако фреквенцијата е проблематичен симптом. [2006]

1.5. Неуростимулација

Во ова упатство неуростимулација опфаќа транскутана стимулација на сакралниот нерв (површински електроди кои се поставени над сакрум), транскутана стимулација на задниот тибијален нерв (површински електроди, поставени погоре на задниот тибијален нерв) и перкутана стимулација на задниот тибијален нерв (игли, вметнати во близина на задниот тибијален нерв).

Транскутана стимулација на сакрален нерв

- 1.5.1. Не препорачувајте транскутана стимулација на сакрален нерв за да се третира⁶ ОАВ кај жените. **[нови 2013]** Транскутан задниот тибијален нерв стимулација
- 1.5.2. Објаснете дека нема доволно докази за да се препорача употреба на транскутана стимулација на задниот тибијален нерв за да се третираат ОАВ. **[нови 2013]**

⁶ Ова често е познато како транскутана електрична нервна стимулација (десетици).

1.5.3. Не препорачувајте транскутана стимулација на задниот тибисјален нерв за ОАВ. **[нови 2013]**

Перкутана стимулација на задниот тибисјален нерв

1.5.4. Не препорачувајте перкутана стимулација на задниот тибисјален нерв за ОАВ, освен ако:

- Има преглед од мултидисциплинарен тим (MDT).
- Конзервативниот третман, вклучувајќи ОАВ третман со лекови, не делувале соодветно.
- Жената не сака ботулински токсин А⁷ или перкутана стимулација на сакралниот нерв. **[нови 2013]**

1.5.5. Објаснете дека нема доволно докази за да се препорача употреба на перкутана стимулација на задниот тибисјален нерв за рутински третман на ОАВ. **[нови 2013]**

1.6. Алтернативни опции за конзервативни третмани

Апсорбентни производи, уринали и тоалетни помагала

1.6.1. Апсорбентни производи, рачни уринали и тоалетни помагала не треба да се сметаат како третман за УИ. Користете ги само ако:

- Во стратегијата на справувањето тоа е очекуван дефинитивен третман.
- Додаток на тековната терапија.
- Долгорочен третман на УИ само по истражувањето на сите опции за третман. **[2006]**

Катетри

1.6.2. Катетеризација на мочниот меур (интермитентна или постојан катетер или супрапубичен катетер) треба да се спроведе кај жените кај кои упорна уринарна ретенција предизвикува инконтиненција, симптоматски инфекции или ренална дисфункција, а доколку ова не може поинаку да се коригира. Здравствените работници треба да бидат свесни и да им објаснат на жените, дека употребата на вметнати катетри во итноста на УИ не може да резултира со умереност. **[2006]**

Повремена (интермитентна) катетеризација

1.6.3. Понудете повремена ауретрална катетеризација кај жени со уринарна ретенција, кои може да се научат да се самокатетеризираат или кои имаат негувател кој може да ја врши техниката. **[2006]**

⁷ Во времето на објавувањето (септември 2013 год.), повеќето ботулински токсини тип А подготовки немаа маркетиншка авторизација во Велика Британија за ставање во промет за оваа индикација. Ботокс, Allergan 100 единици е лиценциран за инконтиненција, предизвикана од хиперактивен мочен меур, но единица доза на 200 е лиценцирана само за инконтиненција поради неврогена детрузорна хиперактивност. Препишувачот треба да ги следи релевантните професионални насоки, преземање целосна одговорност за одлуката. Информирани согласност треба да се добие и документира. Види 'Добра практика на Генералниот медицински совет во пропишување и управување со лекови' и уреди за понатамошни информации.

Постојани уретрални катетри

1.6.4. Внимателно разгледување на влијанието на долгорочни внатрешни уретрални катетри. Разговарајте за практичноста, придобивките и за ризиците со пациентот или, доколку е соодветно, со нејзиниот негувател. Индикациите за употреба на долгорочни внатрешни уретрални катетри за жени со УИ вклучуваат:

- Хронична уринарна ретенција кај жените кои не се во можност да управуваат со интермитентна самокатетеризација.
- Рани на кожата, чирови од притисок или иритации кои се контаминирани со урината.
- Вознемиреност или нарушување, предизвикано од промени во креветот и облекувањето.
- Кога жената изразува предност за оваа форма на третман. [2006]

Пласирани супрапубични катетри

1.6.5. Пласирани супрапубични катетри треба да се сметаат како алтернатива за долгорочни уретрални катетри. Бидете свесни и објаснете им на жените, дека тие можат да бидат поврзани со пониски стапки на симптоматска ИУТ, "заобиколување" и компликации на уретрата од вметнатите уретрални катетри. [2006]

Производи за да се спречи истекување

1.6.6. Не користете интравлагинална и интрауретрални направи за рутинско справување со УИ кај жените. Не ги советувајте жените да ги прифатат ваквите направи поинаку, освен како повремено корисни кога е неопходно да се превенира истекување, на пример, за време на физички вежби. [2006]

Комплементарни терапии

1.6.7 Не препорачуваме комплементарни терапии за лекување на УИ или ОАВ. [2006]

Превентивна употреба на конзервативната терапија

1.6.8. Препорачајте вежби за карличните мускули за жените при првата бременост како стратегија за превенција на УИ. [2006]

Жени кои не избираат понатамошен третман

1.6.9. Ако жената не сака да има понатамошен третман за уринарна инконтиненција:

- Понудете ѝ совети за справување со уринарните симптоми.
- Објаснете ѝ дека ако се предомисли подоцна, таа може да закаже преглед за да разговара за изминатите тестови и интервенции и да ја преиспита нејзината опција за третман. [нови 2013]

1.7. Фармаколошки третман

Општи принципи кога се користат ОАВ лекови

- 1.7.1. Кога нудите антимукарински лекови за лекување на ОАВ, секогаш се земаат предвид:
- Коегзистирачките услови на жената (на пример, ослабено празнење на мочниот меур).
 - Користење на други постоечки лекови кои влијаат на антихолинергично оптоварување.
 - Ризик од несакани ефекти. [нови 2013]
- 1.7.2. Пред да почне третманот со ОАВ лекови, разговарајте со жените за:
- Веројатноста за успех и за придружните чести несакани ефекти.
 - Фреквенцијата и начинот на употреба.
 - При појава на некои несакани ефекти, како што се сува уста и опстипација, може да се укаже дека третманот почнува да има ефект.
 - Дека тие не можат да ја видат комплетната придобивка од третманот, сè додека не се примени третманот 4 недели. [нови 2013]
- 1.7.3. Препишете ја најниската препорачана доза кога се стартува нов ОАВ медикаментозен третман. [нови 2013]
- 1.7.4. Ако кај жената ОАВ медикаментозниот третман е ефикасен и добро се толерира, не се менува дозата или лекот. [нови 2013]

Избор на ОАВ лекови

- 1.7.5. Не користете flavoxate, пропантелин и имипрамин за третман на УИ или ОАВ кај жените. [2006]
- 1.7.6. Не давајте oxybutynin (итно ослободување) на изнемоштените постари жени.⁸ [нови 2013]
- 1.7.7. Предложете еден од следниве избори како прв кај жени со ОАВ или со мешана УИ:
- Oxybutynin (итно ослободување), или
 - толтеродин (итно ослободување), или
 - darifenacin (еднаш дневно). [нови 2013]

⁸ Упатството на Групата за развој ги дефинираат "изнемоштени постари жени" оние со повеќе коморбидитети, функционални оштетувања, како што се тешкотии во одење или облекување и кој било степен на когнитивно оштетување.

- 1.7.8. Ако првиот третман за ОАВ или мешана УИ не е ефикасен или добро се толерира, понудете друг лек со најниска цена.⁹ **[нови 2013]**
- 1.7.9. Понудете трансдермален ОАВ медикамент кај жените кои не можат да толерираат орални лекови. **[нови 2013]**
- 1.7.10. Упатствата за mirabegron за лекување на симптомите на хиперактивен мочен меур се однесуваат на mirabegron за лекување на симптомите на хиперактивен мочен меур (NICE прирачник за технолошка проценка 290). **[Нови 2013]**

Разгледување ОАВ медикаментозен третман

- 1.7.11. Понудете лице в лице или телефонски преглед 4 недели по почетокот на секој нов ОАВ третман со лекови. Прашајте ја жената дали е задоволна со терапијата:
- Ако подобрувањето е оптимално, продолжете со лекувањето.
 - Ако нема или не е оптимално подобрувањето или не може да ги толерира несаканите ефекти, да се промени дозата или пробајте алтернатива на ОАВ лекот (види ги препораките 1.7.8-1.7.9) и повторен преглед по 4 недели. **[нови 2013]**
- 1.7.12. Понудете преглед пред 4 недели, ако несаканите ефекти на ОАВ лекот се неподносливи. **[нови 2013]**
- 1.7.13. Понудете упатување во секундарната здравствена заштита ако жената не сака да се обиде со уште еден лек, но би сакала да се разгледа понатамошно лекување. **[нови 2013]**
- 1.7.14. Предложете понатаму лице в лице или телефонски преглед, ако состојбата на жената запира оптимално да одговара на третманот по првичниот успешен 4-неделен период. **[нови 2013]**
- 1.7.15. Преглед на жените кои остануваат на долгорочен медикаментозен третман за УИ или ОАВ еднаш годишно во примарната здравствена заштита (или на секои 6 месеци за жени над 75 год.). **[нови 2013]**
- 1.7.16. Препорака за упатување во секундарната здравствена заштита ако третманот со ОАВ лекот не е успешен. **[Нови 2013]**
- 1.7.17. Доколку жената посакува да разговараат за опции за понатамошен третман (нетерапевтски интервенции и инвазивна терапија), да се упати на MDT и да се организираат уродинамските испитувања за да се утврди дали детрузорна хиперактивност е присутна и одговорна за нејзините ОАВ симптоми:

⁹ Ова може да биде кој било лек со најниска цена од кој било од разгледаните, вклучувајќи ги неиспробаните лекови од препораката 1.7.7. Прегледот на докази ги подразбира следните лекови: darifenacin, фезотеродин, Охубутупин (итно ослободување), Охубутупин (продолжено ослободување), Охубутупин (трансдермална), Охубутупин (тематски гел), пропиверин (продолжено ослободување), solifenacin, толтеродин (итно ослободување), толтеродин (продолжено ослободување), trospium и trospium (продолжено ослободување). Види поглавје 6 од целосниот водич.

- Ако детрузорна хиперактивност е присутна и одговорна за ОАВ симптомите, се препорачува инвазивна терапија (види ги препораките во делот 1.9).
- Ако детрузорна хиперактивност е присутна, но жените не сакаат да имаат инвазивна терапија, понудете совети, како што е опишано во препораката 1.6.9.
- Ако детрузорна хиперактивност не е присутна, се препраќа на MDT за понатамошна дискусија во врска со идниот третман. **[нови 2013]**

Дезмопресин

1.7.18. Употребата на дезмопресин може да се смета соодветна, особено за да се намали ноктурија¹⁰ кај жени со УИ или ОАВ кои тоа го сметаат за проблематичен симптом. Обратете особено внимание кај жени со цистична фиброза и да се избегне давање кај оние над 65 години со кардиоваскуларни болести или со хипертензија. **[2006 година, изменет 2013]**

Duloxetine

1.7.19. Не користете дулоксетин како прва линија на третман за жени со доминантна стрес УИ. Рутински не се нуди дулоксетин како втора линија за третман на жените со стресот УИ, иако тој може да биде понуден како втора линија на терапија ако жените преферираат фармаколошки пред хируршки третман или не се погодни за хируршки третман. Ако дулоксетин е пропишан, предупредете ги жените за неговите негативни ефекти. **[2006]**

Естрогени

1.7.20. Не препорачувајте системски хормонска заместителна терапија за третман на УИ. **[2006]**

1.7.21. Предложете интравагинални естрогени за третман на ОАВ симптоми кај постменопаузални жени со вагинална атрофија. **[2006]**

1.8. Мултидисциплинарен тим (MDT)

1.8.1. Информирајте ја секоја жена која сака да се разгледа хируршки третман за УИ за:

- Придобивките и ризиците на хируршките и нехируршките опции.
- Нивниот привремен план за лекување.
- Вклучитете разгледување на желбите на жената при породување во советувањето. **[2006 година, изменет 2013]**

1.8.2. Понудете инвазивна терапија за ОАВ и/или СУИ симптоми само по преглед од MDT. **[нови 2013]**

¹⁰ Во времето на објавувањето (септември 2013 год.), дезмопресин немаше маркетиншка авторизација во Велика Британија за ставање во промет за оваа индикација. Препишувачот треба да ги следи релевантните професионални насоки, преземање целосна одговорност за одлуката. Информирани согласност треба да се добие и документира. Види 'Добра практика на Генералниот медицински совет во пропишување и управување со лекови и уреди' за понатамошни информации.

- 1.8.3. Кога се препорачува оптимален третман, MDT треба да ги земе предвид:
- Изборот на жената.
 - Третманот во минатото.
 - Коморбидитетите.
 - Опциите за третман (вклучувајќи понатаму конзервативен третман, како што е ОАВ терапијата со медикаменти). **[нови 2013]**
- 1.8.4. MDT за уринарна инконтиненција треба да содржи:
- Урогинеколог.
 - Уролог со подспецијалистички интерес во женска урологија.
 - Специјализирана медицинска сестра.
 - Специјализиран физиотерапевт.
 - Колоректален хирург со подспецијалистички интерес во функционални проблеми на дебелото црево, за жените со проблеми со дебелото црево.
 - Член од тимот за грижа за старите лица и/или професионален терапевт за жени со функционални оштетувања. **[нови 2013]**
- 1.8.5. Информирајте ја жената за исходот од MDT прегледот ако тоа го менува привремениот план за лекување. **[нови 2013]**
- 1.8.6. Сите MDTs треба да работат во рамките на една основна регионална клиничка мрежа за да се обезбеди на сите жени да им се нудат соодветни опции за третман и високо квалитетна нега. **[нови 2013]**

1.9 Инвазивни процедури за ОАВ

Ботулински токсин А

- 1.9.1. По преглед од MDT, понудете инјекција со ботулински токсин А7 во сидот на мочниот меур на жените со ОАВ, предизвикани од докажана детрузорна хиперактивност што не одговора на конзервативниот третман (вклучувајќи ОАВ терапија со медикаменти). **[нови 2013]**
- 1.9.2. Разговарајте за ризиците и за придобивките од третманот со ботулински токсин А7 со жените пред да побарате информирана согласност, што ги опфаќа:
- Веројатноста да бидат асимптоматски или да имаат големо намалување на симптомите.
 - Ризик од повремена катетеризација и потенцијал за тие да бидат потребни за примена во подолг временски период по изминувањето на ефектот од инјекциите.
 - Отсуство на докази за времетраењето на ефектот помеѓу третманите и долгорочната ефикасност и ризиците.
 - Ризик од несакани ефекти, вклучувајќи и зголемен ризик од инфекција на уринарниот тракт. **[нови 2013]**
- 1.9.3. Почнете со третманот со ботулински токсин А7 само ако жените:
- Се обучени за чиста повремена катетеризација и ја имаат извршено техниката успешно.

- Се способни и подготвени да извршат чиста повремена катетеризација на редовна основа за онолку долго колку што е потребно. [нови 2013]
- 1.9.4. Употребете 200 единици кога се предлага третман со ботулински токсин А⁷.
[нови 2013]
- 1.9.5. Препорачајте 100 единици на ботулински токсин А⁷ за жените кои би сакале доза со пониска шанса за катетеризација и кои прифаќаат намалена шанса за успех.
[нови 2013]
- 1.9.6. Ако првиот ботулински токсин А⁷ третман нема ефект, разговарајте со MDT.
[нови 2013]
- 1.9.7. Ако ботулински токсин А⁷ третман е ефикасен, препорачајте следење на 6 месеци или порано ако симптомите се вратат за повторување на третманот. не треба MDT упат. **[нови 2013]**
- 1.9.8. Кажете им на жените како да се самоупатуваат за брз специјалистички преглед ако симптомите се вратат по постапка на апликација на ботулински токсин А⁷. Препорачајте повторен третман, ако е потребно. [нови 2013]
- 1.9.9. Не препорачувајте ботулински токсин Б кај жени со докажана детрузорна хиперактивност. [2006]

Перкутана стимулација на сакрален нерв

- 1.9.10. Препорачајте перкутана стимулација на сакрален нерв на жените по MDT преглед, ако:
- Нивната OAB не одговори на конзервативното лекување, вклучувајќи лекови.
 - Тие не се во состојба да извршат чиста повремена катетеризација. [нови 2013]
- 1.9.11. Размислете за перкутана стимулација на сакрален нерв по MDT преглед, ако OAB на жената не одговори на конзервативниот третман (вклучувајќи лекови) и ботулински токсин А⁷. [нови 2013]
- 1.9.12. Дискусирајте за долгорочни импликации на перкутана стимулација на сакрален нерв со жените, вклучувајќи ги:
- Потребата за тест стимулација и веројатноста за успех на тестот.
 - Ризикот од неуспех.
 - Долгорочната посветеност.
 - Потребата за хируршка ревизија.
 - Несаканите ефекти. [нови 2013]
- 1.9.13. Кажете им на жените како да се самоупатуваат за брз специјалистички преглед ако симптомите се вратат по постапката на перкутана стимулација на сакрален нерв. **[нови 2013]**

Аугментациска цистопластика

- 1.9.14 Аугментациската цистопластика да се ограничи само за третман на идиопатска хиперактивност на детрусорот кај жени кај кои конзервативната терапија не

вродила со ефект и кои се согласни и можат самостојно да се катетеризираат. Преоперативното советување на жената или одговорното лице за грижа треба да ги опфати сите чести и сериозни компликации, како: нарушување на цревната функција, метаболична ацидоза, продукција на мукус и/или уринарна ретенција, инфекции на мочните патишта и уринарна ретенција. Се советува дискусија во врска со можноста (помала) за појава на малигнитет во аугментираниот мочен меур. Потребно е да се обезбеди доживотно следење на ваквите пациенти. **[2006, дополнето 2013]**

Уринарна диверзија

1.9.15 Уринарната диверзија е опција кај пациентки со ОАБ хиперактивен мочен меур) кај кои конзервативниот третман не дал резултат, а терапијата со ботулински токсин А⁷, перкутаната сакрална нервна стимулација и аугментациската цистопластика се несоодветни или неприфатливи за самата пациентка. Потребно е да се обезбеди доживотно следење на ваквите пациенти. **[2006, дополнето 2013]**

1.10 Хируршки пристапи за СУИ

1.10.1 При предлог за оперативен третман, со пациентката да се разговара за ризиците и за придобивките од различните третмански опции за стрес уринарна инконтиненција (СУИ), користејќи се со информации од 'Информации да се овозможи дискусија на ризиците и за придобивките на третмани за жени со стрес уринарна инконтиненција' (Information to facilitate discussion of risks and benefits of treatments for women with stress urinary incontinence.) **[ново 2013]**

1.10.2 При неуспешен конзервативен третман на СУИ, да се предложи:

- Синтетичка мид-уретрална трака (види ги препораките 1.10.3–8), **или**
- отворена колпосуспензија (види ги дополнително препораките 1.10.9), **или**
- автологен ректус фасцијален слинг (види ги дополнително препораките 1.10.10). **[ново 2013]**

Синтетички траки

1.10.3 При предлог за третман со синтетичка мид-уретрална трака, хирургот треба да:

- Применува процедури и средства (материјали) за кои постојат конкретни силно основани докази за ефикасност и сигурност.¹¹
- Користат само средства (материјали), за чија примена биле соодветно едуцирани (види ги препораките во глава 1.11).
- Користат средства (материјали), произведени од тип 1 макропорозна полипропиленска трака.
- Користат пребоена трака за висока видливост, за олеснета инсерција и ревизија. **[ново 2013]**

1.10.4 Ако на пациентката ѝ се предложи процедура која опфаќа трансобтураторен пристап, да ѝ се презентира и недостатокот од долгорочни студии во однос на исходот од овој третман. **[ново 2013]**

1.10.5 Пациентката треба да се препрати кај друг (алтернативен) хирург, доколку одбраната процедура не е достапна кај консултативниот хирург. **[ново 2013]**

1.10.6 'Top-down' ретропубичниот пристап со трака да се применува само во рамките на клиничко испитување. **[ново 2013]**

1.10.7 Како водич при изведување на процедури со единечна инцизија да се користи со една субуретрална инцизија инсерција на кратка лента за стрес уринарна инконтиненција (single-incision sub-urethral short tape insertion for stress urinary incontinence) (NICE interventional procedure guidance 262). **ново 2013]**

1.10.8 Понудете контролен преглед (вклучувајќи вагинален преглед, со цел исклучување на ерозии) по 6 месеци кај сите жени кај кои е направена операција за воспоставување на континентност. **[ново 2013]**

Колпосуспензија

1.10.9 Лапароскопска колпосуспензија за третман на стрес уринарна инконтиненција кај жени да не се предлага како рутинска процедура. Само искусен лапароскопски хирург кој работи во рамките на мултидисциплинарен тим (МДТ) со високи познавања во третманот на УИ треба да ја изведува оваа процедура. **[2006]**

- 11 Водичот препорачува примена само на траки со потврдена ефикасност, базирана на обемни РЦТ докази. Сепак, технолошкиот напредок е брз и затоа изборот на трака треба да опфати средства /направи кои во идни клинички испитувања ќе потврдат еднаква или подобра ефикасност при еднаква икли пониска цена. Во моментот на публикувањето (септември 2013 год.) следните ги исполнија критериумите на Развојната Група на Водичот:
- TVT или Предност при 'bottom-up' ретропубичниот пристап.
- TVT-O кај 'inside-out' трансобтураторниот пристап.
- Monarc и obtryx halo кај 'outside-in' трансобтураторниот пристап.

Биолошки слингови

1.10.10 За третман на стрес уринарна инконтиненција да не се предлагаат предна колпографија, иглени суспензии, паравагинално репарирање на дефекти и Маршал-Марчети Кранц процедура. **[2006]**

Интрамурални пополнувачки агенци

1.10.11 Во случај на неуспешен конзервативен третман на стрес УИ, да се земат во предвид интрамуралните пополнувачки агенци (силикон, карбон обложени циронциумски подлоги или хијалуронска киселина/декстран кополимер). Пациентките треба да бидат информирани дека:

- Е можна потреба од повторувачки инјекции за постигнување на ефект
- Ефектот одминува во текот на времето.
- Ефикасноста е помала од онаа кај синтетичките траки или автологни ректус фасцијални слингови. **[2006, дополнето 2013]**

1.10.12 При третман на стрес УИ да не се предлагаат автологна маст или политетрафлуороетилен како интрамурални пополнувачки агенци. [2006]

Артефициелен уринарен сфинктер

1.10.13 Во однос на асоцираниот морбидитет, користењето на артефициелен уринарен сфинктер е прифатливо во третманот на стрес УИ кај жени само ако претходниот хируршки третман е неуспешен. Се препорачува доживотно следење на ваквите пациенти. [2006]

Разнислувања по неуспешни инвазивни СУИ процедури или повторување на симптомите

1.10.14 Жени, чија примарна хируршка процедура поминала неуспешно (вклучувајќи ги жените, чии симптоми се појавиле повторно) треба:

- Да се препратат во терцијална установа за евалуација (како повторни уродинамиски тестови како имиџинг и студии за уретрална функција) и дискусија за третманските опции од страна МДТ, **или**
- да им се понуди совет како во препораките [1.6.9](#) доколку не прифаќаат континуирани инвазивни СУИ процедури. [ново 2013]

1.11 Одржување и мерење на знаења и стандарди во праксата

1.11.1 Хирургија за УИ треба да изведуваат само хирурзи кои се здобиле со соодветен тренинг во менаџирањето на УИ и на други асоцирани нарушувања или кои работат во рамките на МДТ со ваков тренинг и кои тековно изведуваат хируршки зафати за УИ кај жени. [2006]

1.11.2 Тренингот треба да е доволен да обезбеди знаење и генерички способности, документирани понатаму во текстот. Познавањата треба да опфатат:

- Специфични индикации за хируршки третман.
- Потребни подготовки за хируршки третман, вклучувајќи предоперативни ивентигации.
- Исходи и компликации на предложената процедура.
- Анатомија, поврзана со процедурата.
- Чекори, поврзани со процедурата.
- Опции за алтернативен менаџмент.
- Веројатен постоперативен прогрес.
- Генеричките способности треба да опфатат:
 - Можност да се објаснат процедурите и можните исходи на пациентите и на семејствата и да се обезбеди согласност за операција.
 - Неопходност од шака-око прецизност во сигурно и ефикасно спроведување на процедурата, со примена на соодветна асистенција.
 - Можност за ефикасна комуникација и менаџирање на оперативниот тим.
 - Можност за приоритизација на интервенциите.
 - Можност за проценка кога да се побара совет од другите.
 - Приврзаност кон МДТ (мултидисциплинарна тимска) работа. [2006]

- 1.11.3 Тренингот треба да опфати и познавање на цистоуретроскопија. **[2006]**
- 1.11.4 Компетентноста кај хирурзите кои изведуваат оперативни процедури за третман на УИ или ОАБ кај жени треба формално да се следи од едукатори низ структурен процес. **[2006]**
- 1.11.5 Хирурзите кои веќе изведуваат оперативни процедури за УИ треба да:
- Можат да презентираат дека нивниот тренинг, искуство и практични знаења, одговараат на стандардите, поставени за новоедуцираните хирурзи. **[2006]**
- 1.11.6 Само хирурзи кои изведуваат доволен обем на операции со кој можат да:
- Го одржат своето ниво на способност смеат да изведуваат процедури за УИ и ОАБ кај жени. Се препорачува обем од најмалку 20 случаи годишно од секој тип на примарна процедура за стрес УИ. Хирурзите кои изведуваат помалку од 5 интервенции годишно можат да го прават истото само со поддршка од нивниот комитет за клиничко следење; инаку патеките за упатувања треба да бидат во место во рамките на клиничките мрежи. **[2006]**
- 1.11.7 Треба да постои номиниран клинички координатор во секој хируршки оддел:
- Одговорен за континентна и пролапс хирургија. Клиничкиот координатор треба да работи во правец на интегриран систем за континенција. **[2006]**
- 1.11.8 Национална контрола во континентната хирургија треба да спроведе. **[2006]**
- 1.11.9 Хирурзите кои изведуваат континентна хирургија треба да одржуваат:
- Прецизна контрола на податоците и да ги испраќаат до националните регистри, како оној на Британското друштво на урогинекологија (BSUG) и до Британската асоцијација на уролошки хирурзи, Оддел за реконструктивна урологија. (BAUS-SFRU). **[2006]**

Информации за олеснување на дискусијата околу ризиците и бенефитите при третман кај жени со стрес уринарна инконтиненција

Ризици и бенефити до 1 година			Ризици и бенефити по 1 година					
Процедура	Континенција 1	Преоперативни		Континенција >1	Ерозии	Ретенција	Нарушено	De novo симптом
	Година	настани - ткивни повреди*		година			мокрење	Хиперактивен мочен меур
Ретропубичен 'bottom-up'	67% to 90% (24 студии)	3% to 6% (29 студии)	2 години	74% to 95% (7 студии)	0% to 4% (4 студии)	0% to 13% (4 студии)	18% (1 студија)	0% to 25% (4 студии)
			3 години	81% to 92% (5 студии)	0% (2 студии)	0% (1 студија)	Нема студии	0% to 23% (2 студии)
			5 години	69 to 85% (4 студии)	0% to 1% (4 студии)	0% to 5% (4 студии)	0% to 1% (1 студија)	0% to 18% (3 студии)
			7 години	70% to 85% (2 студии)	0% to 1% (2 студии)	Нема студии	Нема студии	17% (1 студија)
			10 години	56% to 85% (2 студии)	Нема студии	Нема студии	Нема студии	17% (1 студија)
Трансобтуратор 'outside-top'	60% to 75% (10 студии)	3% to 12% (14 студии)	2 години	80% (1 студија)	0% (1 студија)	4% (1 студија)	Нема студии	7% (1 студија)
			3 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			5 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			7 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			10 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
Трансобтуратор 'inside-out'	62% to 73% (19 студии)	1% to 3% (14 студии)	2 години	87% (1 студија)	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			3 години	75% to 84% (2 студии)	1% (1 студија)	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			5 години	69% to 89% (2 студии)	1% (2 студии)	Нема студии	Нема студии	0% (1 студија)
			7 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			10 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии
Ретропубичен 'top down'	81% (2 студии)	3% to 7% (3 студии)	2 години	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии	Нема студии

			3 години	Нема студии	Нема студи	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			5 години	Нема студии	Нема студи	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			7 години	Нема студии	Нема студи	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			10 години	Нема студии	Нема студи	Нема студии	Нема студии	Нема студии
Отворена колпосус-пензија	53% to 94% (10 студии)	0% to 11% (6 студии)	2 години	70% to 86% (3 студии)	Нема студии	9% (1 студија)	Нема студии	14% (1 студија)
			3 години	89% (1 студија)	Нема студи	Нема студии	Нема студии	Нема студии
			5 години	78% to 79% (2 студии)	Нема студии	Нема студии	4% (1 студија)	25% (1 студија)
Автологен ректус фасцијален слинг	93% (1 студија)	Нема студии	5 години	Нема студии	3% (1 студија)	Нема студии	Нема студии	16% (1 студија)

* Ткивната повреда опфаќа перфорација на мочен меур, перфорација на вагинален сид, уретрална или повреда на мочен меур.

2. Препораки за истражување

Групата за развој на водичот ги изнесе следниве препораки во врска со истражувањето, базирано на анализа на докази, а со цел идно подобрување на NICE насоките и грижата за пациентите. Комплетниот опус на истражувачки препораки на Групата за развој на водичот детално е презентираан во водичот.

2.1 Вежбање на мускулатурата на карличното дно

Колку ефективни се различните облици на вежбање на мускулите на карличното дно во третманот на жени со симптоми со хиперактивен мочен меур (ОАБ) и кому тие треба да се предложат?

Зошто е ова важно?

Кај многу жени со симптоми на уринарна инконтиненција, менаџирањето се одвива преодминантно во примарното здравство. Вежбањето на мускулите на карличното дно може да биде единствениот терапевтски облик за пациентката. Сè уште не е разјаснето дали различните облици на вежбање на мускулите на карличното дно имаат ефект во третманскиот исход. Исто така, не е познато ни дали и други фактори имаат влијание на крајниот ефект во третманот. Овие фактори ги опфаќаат начинот на кој тренингот (вежбањето) е предложен, техниката, интензитетот и фреквенцијата, како и временскиот интервал во кој тој се изведува. Бидејќи вежбањето на мускулите на карличното дно е широко применувано во клиничката пракса, потребна е обемна евалуација за идентификација дали овие или други фактори имаат значајно влијание на терапевтскиот исход.

2.2 Неуростимулација

Која е компаративната ефективност и трошкова ефективност на транскутаната стимулација на сакралните нервни корени и транскутаната и перкутаната задна тибјална нервна стимулација во третман на ОАБ?

Зошто е ова важно

Транскутаната неуростимулација може да се аплицира над сакрумот или над задниот тибјален нерв, со цел модулација на проводливоста на сакралните нерви кон мочниот меур. Во третманот се користат површни електроди кои пациентката може да ги носи и во домашни услови. Перкутаната стимулација на задниот тибјален нерв подразбира пласман на игла во зоната на задниот тибјален нерв во близина на лактот и се изведува во секундарна здравствена установа. Во моментов, оваа метода масовно се нуди како облик на конзервативен третман на ОАБ, но таа е без адекватен доказ за нејзината ефикасност. Иако релативно ефтина, вредноста на опремата, времето на инволвираност на персоналот, како и нејзината широка примена како облик на конзервативен третман, оваа метода ја прават сериозен консумент на средства од Националниот здравствен систем (NHS). Обемни докази се потребни, со цел да се утврди нејзината кост-ефективност во однос на другите облици на конзервативен третман за сите жени или за селектирана група на пациентки кои се несоодветни или

ги поминале неуспешно терапиите со ботулинум токсин А, перкутана сакрална нервна стимулација или ОАБ третманот со лекови.

2.3 Ботулински токсин А

Која е долгорочниот ефект, оптималната доза и оптималната фреквенција при повторувачка терапија со ботулински токсин А кај жени со ОАБ, базирана на детрусорна хиперактивност, вклучувајќи ги негативните појави како уринарната инфекција и интермитентна катетеризација?

Зошто е ова важно

Во моментот нема испитувања за долгорочниот исход, квалитетот на живот, задоволство, оптимална доза, оптимална фреквенција и долгорочни негативни ефекти од ботулинскиот токсин А кај жени со ОАБ. Понатамошните истражувања на овие параметри ќе имаат влијание врз идните надолжувања на главните препораки од водичот и ќе влијаат на менаџирањето со ресурсите во установите кои третираат уринарната инконтиненција. За ефективен третман со ботулински токсин А можна е потреба од повторувачки инјекции, но нивната фреквенција не е утврдена и презентирана во актуелните наоди. Ботулинскиот токсин А има потенцијал да предизвика некомплетно празнење на мочниот меур, што резултира со потреба од постојана катетеризација кај жената. Ова има не само финансиски импликации, туку катетеризацијата и морбидитетот, асоциран со неа, не секогаш се прифатливи за жената. Дополнително, во моментот нема податоци околу можноста инјекциите со ботулински токсин А да ја менуваат функцијата на мочниот меур.

2.4 Редослед на инвазивни ОАБ процедури

Која е ефективността и оптималниот редослед на третманот со ботулински токсин А и перкутаната стимулација на сакралните нерви во третманот на ОАБ по неуспешен конзервативен (вклучувајќи и лекови) менаџмент?

Зошто е ова важно

Сè уште не е познато кој третман, ботулински токсин А или перкутана стимулација на сакралните нерви е поефективен на среден и долг рок кај жени со ОАБ кај кои иницијалниот третман, вклучувајќи ОАБ лекови, се покажал како неуспешен. Почетниот трошок кај перкутаната стимулација на сакрални нерви е повисок, но при постигнат успех е ефективна и прифатлива. Ботулинскиот токсин има висока рата на неуспех, но претставува понизок трошок и сè уште не е познат прагот на чинење над кој ботулинскиот токсин А ќе стане помалку кост-ефективна опција (во смисол на бројот на циклуси и должината на следење), во споредба со перкутаната стимулација на сакралните нерви. Во моментот финансирањето на перкутаната стимулација на сакрални нерви заради високата цена е индивидуално, што води до разлики во достапноста во различни географски средини. Директна лонгитудинална студија на овие 2 третмани треба да утврди кој од нив треба да е прв метод на избор и во кој момент треба да се започне. Такви студии сè уште не се изработени. Податоците, добиени во нив, би можеле да ги намалат разликите во достапноста до третманот. Во следниот NICE водич ќе бидат изнесени препораки за третманските насоки и во кој сегмент од третманот на ОАБ секоја од овие третмански опции би требало да биде

предложена. Исто така, треба да обезбеди пообемни информации за ризиците од несаканите ефекти и да им помогне на жените во одлуката за продолжување на третманот.

2.5 Показатели на неуспешен третман со трака

Кои се ефектите на следните показатели на неуспешен третман со трака?

- Возраст.
- Понизок максимум на притисок на затворање на уретра.
- Секундарна операција, наспроти примарна операција.
- Повисок максимален уринарен проток.
- Придружна операција за пролапс на карлични органи.
- Ноктурија, наспроти отсуство на ноктурија.
- Ургентност, наспроти отсуство на ургентност.
- Тежина на влошка (на 10 гр).
- Претходна операција за уринарна инконтиненција, наспроти без операција.
- Q-tip максимално исправање помалку од 30 степени, да наспроти не.
- Нагонски скор (на 10 поени).
- Симптоми на ургентност, наспроти отсуство на симптоми на ургентност.
- Повеќе од 20 процедури по хирург vs први 10 процедури за секој хирург.
- Општа анестезија, наспроти локална анестезија.
- БМИ над 35, наспроти 30 или помалку.
- Понизок максимален притисок на затворање на уретра од 31 или повеќе, наспроти 30 или помалку.
- Примарна операција, наспроти секундарна операција.
- Преоперативна употреба на антихолинергични лекови, наспроти неупотреба.

Зошто е ова важно

Факторите, идентификувани при ова истражување по кажување на хирурзите имаат влијание во исходот на хирургијата со трака, но со малку докази во литературата. Одредени фактори кај пациентите, како поодмината возраст и зголемена тежина се смета дека предизвикуваат поголема веројатност за повторување на симптомите. Исто така, ефектот од претходна континентна хируршка интервенција, истовремена интервенција за пролапс и кривата на учење на хирургот се сметаат за фактори со негативен ефект на исходот (вклучувајќи и зголемена шанса за појава на ургентна инконтиненција). Во контекст на ова е и малиот обем на докази во врска со ефектите од претходна ургентна инконтиненција, повисоки максимални уринарни протоци, ноктурија или преоперативната примена на антихолинергици на настанокот на пост-оперативна ургентност и оверактивност на мочниот меур. Би било корисно да се постигне индивидуализирање на третманот преку детално разбирање на овие ризици.

3. Дополнителни информации

3.1 Обем и како е изработно ова упатство

NICE упатството е изработено во согласност со обемот на она што треба да содржи.

Како ова упатство е изработено

- Националниот институт за здравствена грижа (NICE) го задолжи Националниот центар за соработка за здравјето на жени и деца да го изработи овој водич.
- Центарот оформи Група за изработка на водич ([section 4](#)), која ги ревидира доказите и издаде препораки.
- Методите и процесот на изработка на NICE клиничкиот водич се опишани во [The guidelines manual](#).

3.2 Поврзани со NICE упатствата

Содржината е проверена и точна во моментот на издавање на овој водич. (септември 2013 год.). Дополнителни информации се достапни на [NICE website](#).

Општи

- [Patient experience in adult NHS services](#). NICE clinical guideline 138 (2012).
- [Medicines adherence](#). NICE clinical guideline 76 (2009).

Специфични состојби

- [Mirabegron for treating symptoms of overactive bladder](#). NICE technology appraisal guidance 290 (2013).
- [Urinary incontinence in neurological disease](#). NICE clinical guideline 148 (2012).
- [Infection control](#). NICE clinical guideline 139 (2012).
- [Lower urinary tract symptoms](#). NICE clinical guideline 97 (2010).
- [Percutaneous posterior tibial nerve stimulation for overactive bladder syndrome](#). NICE interventional procedure guidance 362 (2010).
- [Laparoscopic augmentation cystoplasty \(including clam cystoplasty\)](#). NICE interventional procedure guidance 326 (2009).
- [Single-incision sub-urethral short tape insertion for stress urinary incontinence in women](#). NICE interventional procedure guidance 262 (2008).
- [Faecal incontinence](#). NICE clinical guideline 49 (2007).
- [Insertion of biological slings for stress urinary incontinence](#). NICE interventional procedure guidance 154 (2006).
- [Intramural urethral bulking procedures for stress urinary incontinence](#). NICE interventional procedure guidance 138 (2005).
- [Insertion of extraurethral \(non-circumferential\) retropubic adjustable compression devices for stress urinary incontinence in women](#). NICE interventional procedure guidance 133 (2005).
- [Sacral nerve stimulation for urge incontinence and urgency-frequency](#). NICE interventional procedure guidance 64 (2004).

4. Група за Изработка на упатството, Национален центар за соработка и NICE проектен тим

4.1 *Група за изработка на упатството*

(10 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клинички упатства 171 guidance.nice.org.uk/cg171).

4.2 *Национален центар за соработка за здравјето на жени и деца*

(7 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клинички упатства 171 guidance.nice.org.uk/cg171).

4.3 *NICE проектен тим*

(6 члена, податоци за членовите може да се најдат на NICE клинички упатства 171 guidance.nice.org.uk/cg171).

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и за грижата за луѓе со специфични болести и состојби во Националниот здравствен сервис на Англија и на Велс.

NICE водичите се развиени во согласност со утврдена претстава која дефинира што водичот ќе опфати или нема да опфати.

Овој водич е изработен од Националниот центар за соработка за здравјето на жени и деца кој е во состав на Кралскиот колеџ на акушери и гинеколози. Центарот за соработка работеше со Групата за изработка на упатството, составена од здравствени работници професионалци (вклучувајќи консултанти, општи доктори и сестри), пациенти, лица за грижа и технички персонал, кои ги проверија наодите и извлекоа препораки. Препораките беа финализирани по направени консултации со јавноста.

Методите и процедурите за изработка на NICE клиничките водичи се презентирани во 'Водич за упатства'.

Информации во врска со дополнувањата во водичот

Овој водич го дополнува и го заменува NICE клиничкиот водич 40 (издаден во октомври 2006 година).

Препораките се маркирани како [ново 2013], [2013], [2006] и [2006, надолнето 2013]:

[ново 2013] означува дека доказите се прегледани и препораките се дополнети или додадени.

[2013] означува дека доказите се прегледани, но никакви промени не се направени во препораките.

[2006] означува дека доказите не се прегледани и дополнети од 2006 година.

[2006, додолнето 2013] означува дека доказите не се прегледани и дополнети од 2006 година, но се направени промени на редоследот на препораките кои го менуваат значењето (види подолу)

Препораки од NICE клиничкиот водич 40 кои се дополнети

Некои препораки претрпеа помали уредувачки промени, така што се напишани со директен, активен стил или да се подобри јасноста и имплементацијата.

Препораките, презентирани во следната табелата се такви каде доказите не се прегледани, но се направени промени на редоследот на препораки кои го менуваат значењето.

Препораки во NICE клиничкиот водич 40	Препораки во постоечкиот водич	Причини за промена
<p>Мултиканално полначка и микциона цистометрија се препорачуваат пред операција за УИ ако:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ако постои клиничко сомнение за детрусорна хиперактивност, хиперактивност, или • постои претходна операција за стрес инконтиненција или пролапс на преден компартмент, или • постојат симптоми кои сугерираат нарушување во мокрењето. <p>Амбулантска уродинамика или видеоуродинамика може да се земат в предвид во considered in these предвид во вакви околности (Препорака [1.1.10.3] во 2006 водич). За мала група на жени со јасно дефинирана клиничка дијагноза на чиста стрес УИ цистометријата не се препорачува како рутинска постапка. (Препорака [1.1.10.2] во 2006 водич).</p>	<p>1.1.20 По земање на детална анамнеза и клинички преглед изведимултиканалномултиканално полначка и микциона цистометрија пред операција кај жени кои имаат:</p> <ul style="list-style-type: none"> • симптоми на ОАБ кои водат до кл. сомнение за детрусорна хиперактивност, или • симптоми кои сугерира нарушено мокрење или пролапс на преден компартмен, или • Претходна операција за Стрес инконтиненција [2006, дополнет 2013] <p>1.1.22 Земи в предвид амбулантска уродинамика или видеоуродинамика ако дијагнозата е нејасна после Конвенционална уродинамика. [2006, дополнет 2013]</p> <p>1.1.21 Не изведувајмулти канално полначка и микциона цистометрија кај мала група на жени со јасна дијагноза базирана на детална анамнеза и кл. преглед. [2006, дополнет 2013]</p>	<p>Критериумите на мултиканалната полначка и микциона цистометрија се надополнети, со цел разјаснување.</p> <p>Препораките за амбулантска уродинамика содржат дополн., текст со цел појаснување за примена по нејасен исход од примарно уродинамско иследување. Објаснувачки текст е додаден на препораките за мултиканалното полнење и празнење. Особено, бидејќи воспоставувањето дијагноза на чиста СУИ бара детална кл. анамнеза и преглед. Ова е додадено на препораката да се предлага хируршки третман на СУИ кај жени без утврдени симптоми на ОАБ.</p>
<p>Употребата на дезмопресин може да се земе в предвид во намалување на ноктурија кај жени со УИ или ОАБ кај кои претставува проблематичен симптом. Сепак примената на дезмопресин кај ноктурија кај жени со идиопатска УИ надвор од УК бара авторизација на овој продукт. Согласноста за третман треба да се добие и да се документира. (Препорака [1.2.4.5] во 2006 водич).</p>	<p>1.7.18 Употребата на дезмопресин може да се земе в предвид намалување на ноктурија¹² кај жени со УИ или ОАБ кај кои претставува проблематичен симпт. Обрнете посебно внимание кај жени со цистична фиброза и избегнувајте над 65 год. возраст со кардиолошки заболувања и ХТА. [2006, дополнет 2013]</p>	<p>Нотираното внимание внимани cautionary note for the околу употребата на дезмопресин е надополнет да ја одразува актуелната кл. кл. пракса. Дополнетото внимание е превземено од актуелните БНФ индикации.</p>

<p>Аугментациската цистопластика во третманот на идиопа. детрусорна хиперактивност треба да се ограничи на жени кои не одговараат на конзервативен третман и се спремни и способни за самокатетеризација. Предоперативните консултации треба да опфатат чести и сериозни компликации, цревни нарушувања, метабол. ацидоза, мукус продукција и/или ретенција на мочниот меур,УТИ и уринарна ретенција. Малиот ризик за ффчоппојризипојавамалигнитет малигнитет во аугментираниот мочен меур треба да се дискутира. Се препорачува доживотно следење. (Препораки[1.3.2.2] во 2006 водич).</p>	<p>1.9.14 Ограничете ја аугментациската цитопластика во третман на идиопатска детрусор хиперактивност на Жени, чија состојба не одговара на конзервативен третман и кои се спремни и способни за самокатетеризација. Предоперативните консултации треба да опфатат чести и сериозни компликации, цревни нарушувања, метабол. ацидоза, мукус продукција и/или ретенција на мочниот меур,УТИ и уринарна ретенција. Малиот ризик за малигнитет во аугментир. мочен меур треба да се дискутира. Се препорачува доживотно следење. [2006, дополнет 2013]</p>	<p>'за жената или нејзиното лице за грижа' е додадено во препораките. Ова дополнување е направено за демонстрација на еднаквоста при третманот кај кои е потребна катетеризација.'Обезбеди до доживотно следење' е додадено со цел давање директна инструкција и и во склоп на препорака за уринарна диверзија.</p>
<p>Уринарна диверзија треба да се разгледува кај жени со ОАВ само кога конзервативните третмани не успеале и ако стимулацијата на сакралните нерви и аугментациската цистопластика се несоодветни или неприфатливи. Се препорачува доживотно следење. (Recommendation [1.3.2.3] in 2006 guideline). Интрамуралните пополнувачки агенси (глутаралдехид крос линкд колаген, силикон, карбон обложен зи карбон обложени цирциониумски подлоги, или хијалуронска киселина/дектран кополимер) треба да се имаат впредвид при третман на стрес УИ а по неуспешен конзервативен третман. Жените треба да се информирани дека:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● можна е потреба од повтор.прим.на инјекц.за постигнување на ефект. ● ефектот поминува со текот на времето. ● Ефективноста е помала од таа на ретропубичната суспензија или слинг. <p>(Препорака [1.3.3.4] во 2006 водич).</p>	<p>1.9.15 Уринарна диверзија треба да се разгледува кај жени со ОАВ само кога конз. третмани не успеале и ако стимулацијата на сакралните нерви и аугментациската цистопластика се несоодветни или неприфатливи. Се препорачува доживотно следење. [2006, дополнет 2013] 1.10.11 Имајте ги впредвид интрамуралните пополнувачки агенси (глутаралдехид крос линкд колаген, силикон, карбон обложени цирциониумски подлоги или хијалуронска киселина/дектран кополимер) при третман на стрес УИ. Жените треба да се информ-</p> <ul style="list-style-type: none"> ● можна е потреба од повтор.прим.на инјекц.за постигнување на ефект. ● ефектот поминува со текот на времето. ● Ефективноста е помала од таа на синтетичките траки или автологните ректус фасц. слингови. [2006, дополнет 2013] 	<p>'Обезбеди доживотно следење' е додадено со цел давање на директна инструкција и е во склоп со препораките за аугментациска цистопластика. Глуралдехид колаген е отстранет од овие препораки. Ова долнување е направено, бидејќи во УК колагенот повеќе не се користи за оваа процедура</p>

13 При публикацијата (септември 2013 год.) повеќето подготовки за Botulinum toxin од тип А немаа дозвола во Велика Британија за маркетинг на оваа состојка. BOTOX, Allergan 100 единици се дозволени за инконтиненција, предизвикана од преголемо крвавење, но доза од 200 единици е дозволена само за инконтиненција од преголема активност на неуроген деструтор. Оној кој го препишува лекот треба да ги следи релевантните професионални водичи и да преземе целосна одговорност за одлуката. Информираноста и согласноста треба да биде зачувана и документирана. За повеќе информации, погледнете во 'Главни Медицински Конзулати –добрата практика при препишување и управување со лекови и апаратура'.

Силина на препораките

Некои од препораките може да се дадат со поголема сигурност во однос на други. Групата за изработка на водичот ги дава препораките, базирајќи се на придобивките, добиени на сметка на штетите од интервенцијата, притоа земајќи го во предвид квалитетот на приложените материјали. За одредени интервенции Групата за изработка на водичот е уверена дека, со увидените информации, повеќето пациенти би ја избрале интервенцијата. Со речникот, употребен при препораките во водичот се укажува на сигурноста на дадената препорака (јачината на препораката).

За сите препораки, NICE очекува, сепак, да постои дискусија со пациентот, на која се укажани сите ризици и придобивки од интервенцијата, како и нивната големина и приоритет. Целта на оваа дискусија е тие да стекнат комплетна информираност (види исто така 'Грижа насочена кон пациентот').

Термини кои мора (или не смее) да се применат

Најчесто употребуваме „мора“ или „не смее“ само ако постои правна обврска кај препораката. Повремено користиме „мора“ или „не смее“ доколку последиците од непочитување на препораките се екстремно сериозни или потенцијално животозагрозувачки.

Термини кои треба (или не треба) да се применат- 'силна' препорака

Користиме „ви се нуди“ (и слични зборови, како што се „претпочитам“ или „советувам“) кога сме убедени дека кај повеќето пациенти, интервенцијата повеќе ќе помогне отколку ќе наштети и ќе биде кост-ефикасна. Користиме слична форма на изразување (на пример, „не ви препорачувам...“) кога сме уверени дека интервенцијата нема да биде корисна кај повеќето пациенти.

Термини кои може да се применат

Користиме „разгледајте ја...“ кога сме убедени дека кај повеќето пациенти интервенцијата повеќе ќе помогне отколку ќе наштети и ќе биде кост-ефикасна, но постојат и други опции кои се подеднакво кост-ефективни. Во тој случај, изборот на интервенција, како и тоа дали воопшто ќе се прави интервенција, во најголема мера ќе зависи од вреднувањата и приоритетите на пациентот, а не од јачината на препораката, што би значело здравствените работници ќе потрошат повеќе време во дускусии и разлагања на опциите на пациентот.

Поставување на препораките во ажурирање на водичот

NICE започна со користење на овој пристап на укажување на јачината на препораката во водичите кои се изработија по на „Упатсва за водичи“ (јануари 2009 год.). Ова не се применува во ниту една од препораките, заклучно со [2006](види 'Ажурирани информации') подолу за повеќе детали за тоа како препораките се означени. Имено, за препораките, објавени во [2006] зборот „разгледајте ја.“ не значи дека ќе се употреби за укажување на јачината на препораката.

Други верзии на овој прирачник

Комплетното упатство, „Уринарна инконтиненција кај жените: управување со уринарната инконтиненција кај жените“ се состои од детали за методите и за доказите, користени за развој на упатството. Објавено е од Националниот центар за соработка за здравјето на жените и децата.

Препораките на овој водич се содржани во NICE патеката. Развивме информации за јавноста за ова упатство.

Имплементација

Применети алатки и ресурси се исто така достапни, со помош на кои овие препораки можат да се употребат.

Ваша одговорност

Овој водич го претставува видувањето на NICE, кое беше приложено по вниматени разгледувања на сите достапни искази. Се очекува дека здравствените работници ќе ги земат целосно во предвид овие препораки при носење на одлуки во клиничката пракса. Сепак, водичот не ја надвладува индивидуалната одговорност на здравствениот работник да донесува одлуки, соодветни на околностите кај одреден пациент, во консултација со пациентот и/или неговиот старател и со целосна информираност за карактеристиките на секој лек.

Имплементацијата на водичот е во целосна одговорност на локалните владини застапници и/или доставувачи. На локалните владини застапници и/или доставувачи им е укажано дека е нивна одговорност да се имплементира водичот на локално ниво, во рамките на правилникот за елиминирање на незаконската дискриминација, унапредување на еднаквоста и развојот на добри односи.

Ништо од водичот не треба да се интерпретира на начин кој не е во согласност со овие обврски.

Авторски права

Сите права се задржани. NICE авторскиот материјал може да се симне за приватни истражувања и за проучувања и може да се умножува за образовни и за непрофитабилни цели. Никаква репродукција не е дозволена од страна на или за комерцијални организации или за комерцијални цели без писмена дозвола од NICE.

ISBN: 978-1-4731-0278-1