

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

ГБУ РД «Городская клиническая больница»		
Вид документа	Клинический протокол	
ГБУ РД «ГКБ»	Версия	№ 1
	Запись в Едином реестре документации	№ _____
	Экземпляр	№ _____
	Введен в действие	01.01.2022
Конфиденциально	Срок действия	3 года
Название документа	Клинический протокол «Недержание мочи» Код МКБ: N39.3, R32 Возрастная группа – взрослые Год утверждения – 2020	

Утверждено приказом № ____
От «__» _____ 2021 г.

	Должность	Ф. И. О.	Подпись	Дата
Разработано:	Заведующий урологическим отделением	Катибов М.И.		
Согласовано:	Главный врач	Малаев Х.М.		
	Заместитель главного врача по лечебной работе	Гаджиева Л.Х.		
	Заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической работе	Адильханов Б.Г.		
	Заместитель главного врача по хирургической работе	Абдулмажидов Х.М.		
	Заведующий экспертным отделом	Махмудов Ф.Б.		
2021 г.				

I. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Недержание мочи (НМ) при напряжении, или стрессовое НМ, может быть двух основных видов: заболевание, связанное с дислокацией и ослаблением связочного аппарата неизменного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, что относится к анатомическому НМ, и заболевание, связанное с изменениями в самом мочеиспускательном канале и сфинктерном аппарате, приводящими к нарушению функции замыкательного аппарата.

Ургентное НМ связано с произвольными сокращениями мочевого пузыря. Это состояние может быть связано с нейрогенными проблемами, такими как снижение ингибирующего контроля со стороны центральной нервной системы или же нарушениями функции уротелия, что может приводить к активации афферентных рефлексов мочевого пузыря.

НМ у мужчин возникает, как правило, после ранее перенесенных операций на предстательной железе, в ходе которых может быть повреждение сфинктера уретры. Наиболее частыми причинами НМ у мужчин являются радикальная простатэктомия и трансуретральные операции на простате. У мужчин в такой ситуации чаще имеет место стрессовая форма НМ.

Ургентное НМ у мужчин может иметь место независимо от ранее проводимых операций и встречается чаще с увеличением возраста больных. Ситуационное НМ, как правило, вызвано произвольным сокращением мочевого пузыря, вызванным определенными провоцирующими факторами. Патогенез этого состояния чаще всего схож с таковым при ургентном НМ.

НМ, особенно у пожилых людей, связано с различными сопутствующими заболеваниями, включая сердечную недостаточность, хроническую почечную недостаточность, сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь легких, неврологические заболевания, включая инсульт и рассеянный склероз, общее когнитивное нарушение, расстройства сна, например, апноэ во сне, депрессию и метаболический синдром.

2. Классификация

Классификация Международного общества по удержанию мочи (ICS):

- стрессовое НМ (НМ при напряжении) – произвольное выделение мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления и недостаточности сфинктерного аппарата уретры, а также при дислокации и ослаблении связочного аппарата неизменного мочеиспускательного канала и уретровезикального сегмента, которые возникают при кашле, чихании, физических нагрузках и т.д.;
- ургентное (императивное) НМ – произвольное выделение мочи при внезапном нестерпимом повелительном позыве к мочеиспусканию, обусловленном произвольными сокращениями детрузора; служит проявлением гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП);
- смешанное (комбинированное) НМ – сопровождается проявлением и стрессового, и ургентного НМ.

Описанные типы недержания мочи встречаются наиболее часто, однако существует еще несколько редко встречающихся типов:

- энурез (ночное недержание мочи) – возникает во время сна;
- ситуационное недержание – произвольное выделение мочи при различных обстоятельствах (при половом акте, оргазме, смехе и т.д.);
- недержание мочи при переполнении мочевого пузыря (парадоксальная ишурия) – сочетание недержания мочи с хронической задержкой мочи.

Классификация Д.В. Кана (1978) по степени тяжести НМ при напряжении:

- легкая степень – произвольное выделение мочи отмечают только во время резкого и внезапного повышения внутрибрюшного давления: сильного кашля, быстрой ходьбы, при этом потеря мочи исчисляется всего несколькими каплями;
- средняя степень – клинические признаки появляются во время спокойной ходьбы, при легкой физической нагрузке и т.д.;
- тяжелая степень – пациенты полностью или почти полностью теряют мочу даже при изменении положения тела.

3. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

НМ возникает, если давление в мочевом пузыре превышает давление внутри мочеиспускательного канала. Истинное НМ при напряжении может появляться при изменении положения тела, физической нагрузке той или иной степени выраженности, т.е. при увеличении внутрибрюшного давления. Оно обусловлено снижением тонуса мышц тазового дна, ослаблением сфинктеров мочевого пузыря.

Основной жалобой пациентов со стрессовым НМ является самопроизвольное отхождение мочи при кашле, чихании, физической нагрузке.

Ургентное НМ сопровождается ургентными (императивными) позывами к мочеиспусканию, которые невозможно отсрочить и которые, зачастую, вызваны непроизвольным сокращением мочевого пузыря. Выделение мочи в таких случаях обильное.

Нейрогенное НМ возникает при повреждениях головного и спинного мозга, спинномозговой грыже. Оно может быть как стрессовым, так и ургентным.

Экстрауретральное непроизвольное выделение мочи (ложное недержание) может быть связано с врожденными или приобретенными дефектами мочеточника, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала. Приобретенные дефекты, ведущие к ложному недержанию мочи, как правило, связаны с травмой, в результате которой нарушается целостность мочевыводящих путей с последующим образованием мочевых свищей, открывающихся на кожу, во влагалище или прямую кишку. Также могут врожденные изменения - врожденные или приобретенные дефекты мочеточника, мочевого пузыря или мочеиспускательного канала, например, при экстрофии мочевого пузыря, тотальной эписпадии уретры, тотальной гипоспадии уретры, эктопии устьев мочеточников с необычным расположением их, например, в уретре или влагалище.

II. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

1. Жалобы и анамнез

При сборе жалоб и анамнеза у пациентов с НМ рекомендуется выявлять характер жалоб, факторы, провоцирующие недержание, наличие болевого синдрома, гематурии, рецидивирующих инфекций мочевыводящих путей, операций на органах малого таза, лучевой терапии, наличие сопутствующих заболеваний и приеме лекарственных препаратов.

При сборе анамнеза и оценке общего состояния пациента следует обратить внимание на следующие аспекты: выявление сопутствующих заболеваний, которые могут иметь огромное влияние на развитие недержания мочи или кала и пролапса тазовых органов; выявление медикаментозных препаратов, которые принимает пациент по поводу других заболеваний, которые могут способствовать возникновению НМ. Анамнестическим сведением также является уточнение количества приема жидкости, в том числе характер принимаемой жидкости. У мужчин следует уточнить, какие операции ранее выполнялись на предстательной железе и мочевом пузыре. Гематурия является показанием к выполнению цистоскопии.

2. Физикальное обследование

- Физикальный осмотр с обязательным осмотром в гинекологическом кресле пациенток женского пола. При физикальном осмотре пациента следует обратить внимание на нижеследующие аспекты. Абдоминальное обследование: пальпация живота, области мочевого пузыря, выявление послеоперационных рубцов. При влагалищном исследовании важно оценить состояние слизистой оболочки влагалища и наружных половых органов. У мужчин проводится тщательный осмотр мочеполовых органов, в том числе ректальный осмотр предстательной железы. Ректальный осмотр является обязательным также у пациентов, перенесших радикальную простатэктомию для исключения локального роста опухоли простаты.
- Кашлевой тест при наполненном мочевом пузыре. Положительным считается тест, при котором при кашле, натуживании или другом физическом усилии отмечается выделение мочи

из наружного отверстия уретры. Следует обратить внимание, что кашлевой тест следует выполнять при наполненном мочевом пузыре не менее 300 мл. Кашлевой тест можно выполнять как в гинекологическом кресле, так и в положении стоя. При истинном стрессовом НМ выделение мочи должно быть зафиксировано одномоментно с кашлевым толчком.

- Заполнение дневников мочеиспусканий пациентам – на протяжении не менее 3 дней.
- Использование опросников и шкал (OAB-q SF, OAB-q).

3. Лабораторные диагностические исследования

Рекомендуется выполнять у всех пациентов общий анализ мочи для исключения инфекций мочевыводящих путей. При необходимости – бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

У пациентов с НМ и сопутствующей мочевой инфекцией рекомендуется устранить проявления инфекции. Лечение бессимптомной бактериурии у пожилых пациентов не рекомендовано.

4. Инструментальные диагностические исследования

- Определение объема остаточной мочи при УЗИ у пациентов с НМ и симптомами нарушенного мочеиспускания для исключения хронической задержки мочи и парадоксальной ишурии.
- Комплексное уродинамическое исследование (КУДИ) – это функциональное исследование нижних мочевыводящих путей, включающее в себя несколько тестов: урофлоуметрию, цистометрию наполнения и цистометрию опорожнения. Рекомендуется КУДИ для оценки степени дисфункции нижних мочевых путей в следующих случаях:
 - когда результаты могут изменить выбор лечения (например, выбор более инвазивного метода лечения НМ и пролапса тазовых органов);
 - в рамках начальной и долгосрочной программы наблюдения при некоторых типах нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей;
 - у пациентов с рецидивами НМ после хирургических операций по устранению недержания;
 - в случае осложненного НМ;
 - в случае НМ у мужчин.
- Всем пациентам рекомендуется визуализация нижних мочевыводящих путей и органов малого таза для исключения сопутствующей патологии. Начальным может быть УЗИ или обзорная рентгенография.
- Не рекомендуется рутинное выполнение исследований по визуализации верхних мочевыводящих путей и цистоскопии.
- Визуализация верхних мочевыводящих путей рекомендуется в конкретных ситуациях:
 - наличие гематурии;
 - наличие нейрогенного НМ (например, при миелодисплазии, травмах спинного мозга);
 - наличие НМ, ассоциированного с наличием значительного количества остаточной мочи;
 - наличие сосуществующей боли в пояснице (в области почек);
 - выраженный пролапс тазовых органов, ранее не леченный;
 - подозрение на экстрауретральное НМ;
 - у детей с НМ и инфекцией мочевыводящих путей;
 - низкая растяжимость (комплаентность) мочевого пузыря по данным КУДИ.
- Цистоуретроскопия рекомендуется при следующих показаниях:
 - осложненное и рецидивирующее НМ (например, после неудачной операции);
 - выявление других патологических изменений (например, гематурии);
 - боль или дискомфорт в области мочевого пузыря для исключения внутрипузырных поражений (например, опухоль);
 - подозрение на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального НМ.

Сложность для диагностики (выявления ложного НМ) представляют различные эктопии устья мочеточника. Эктопированное устье находят при инструментальном исследовании (уретроскопии, осмотре влагалища в зеркалах, ректоскопии), иногда целесообразно одновременное применение индигокарминовой пробы. При рецидивных формах НМ следует исключить протрузии субуретральных слингов в уретру и мочевой пузырь, урогенитальные свищи.

III. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

1) Консервативное лечение:

- **Лечение сопутствующих заболеваний**

Рекомендуется пациентам с НМ для уменьшения выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания.

- **Абсорбирующие средства, мочеприемники и другие вспомогательные устройства**

Рекомендуется использование абсорбирующих средств для задерживания выделенной мочи пациентам, у которых лечение НМ невозможно или же связано с высокими рисками, а также зажимов для пениса у мужчин в аналогичных ситуациях для улучшения контроля стрессового НМ.

- **Модификация образа жизни**

- Факторы образа жизни, которые могут влиять на развитие НМ: ожирение, курение, уровень физической активности и диету. Модификация этих факторов может уменьшать выраженность НМ. Некоторые напитки содержат кофеин, особенно чай, кофе и кола. Пациентам, страдающим ургентными позывами к мочеиспусканию и НМ, рекомендуется снизить прием кофеин-содержащих напитков для снижения интенсивности ургентных позывов.
- Рекомендуется начинать лечение всех пациенток с НМ с консервативной поведенческой терапии, а лечение стрессового НМ с тренировки мышц тазового дна для повышения интервала между мочеиспусканиями. Поведенческая терапия (тренировка мочевого пузыря) заключается в соблюдении пациентом заранее установленного и согласованного с врачом плана мочеиспусканий, т.е. пациент должен мочиться через определенные промежутки времени. Программа тренировки мочевого пузыря направлена на прогрессивное повышение интервала между мочеиспусканиями. Упражнения для тазовых мышц с применением метода биологической обратной связи. Основа клинического использования упражнений для тазовых мышц – использование уретрально-детрузорного рефлексов (рефлекторное торможение сократительной активности детрузора при произвольных сокращениях наружных анального и уретрального сфинктеров). Рекомендуется выполнять 30-50 сокращений в день длительностью от 1 до 15-20 с. Задача метода биологической обратной связи – приобретение пациентом умения сокращать специфические мышечные группы под самостоятельным контролем.

- **Медикаментозная терапия**

а) Лекарственные препараты для лечения ургентного НМ:

Блокаторы мускариновых холинэргических рецепторов (М-холиноблокаторы) и агонисты бета3-адренорецепторов (бета3-адреномиметики) – при неэффективности вышеуказанных вариантов консервативной терапии. При непереносимости М-холиноблокаторов быстрого высвобождения рекомендуются лекарственные формы с замедленным высвобождением. Следует проводить раннюю оценку эффективности и побочных эффектов у пациентов, принимающих М-холиноблокаторы. При неэффективности М-холиноблокаторов можно увеличить дозу или предложить альтернативные варианты лечения.

В РФ используются следующие препараты группы М-холиноблокаторов:

- **Оксибутинин**, в дозе от 2,5 до 5 мг 3-4 раза в день (максимальная дозировка 20 мг/сут). Оксибутинин разрешен для применения у детей, страдающих НМ. Препарат применяется с осторожностью у пациентов, страдающих когнитивными расстройствами.
- **Толтеродин**, в дозе 2 или 4 мг в сутки. Имеет большее сродство к М-холинорецепторам мочевого пузыря, чем к подобным рецепторам слюнных желез.
- **Фезотеродин**, в дозе 4 или 8 мг в сутки, селективный препарат, который метаболизируется в активный толтеродин. Возможно применение у пожилых пациентов с риском деменции.

- **Троспия хлорид**, в дозе от 15 до 60 мг в сутки. Возможно его применение у пожилых пациентов с риском деменции. Разрешен к применению у пациентов с нейрогенными расстройствами мочеиспускания.
- **Солифенацин**, селективный холинолитик, применяется один раз в день в дозе 5 или 10 мг в сутки. Возможно применение солифенацина у пожилых пациентов.
- Оценка эффективности и безопасности холинолитиков проводится через 4 недели от начала приема препаратов. Если терапия М-холиноблокатором неэффективна, рекомендуется повышение дозировки или переключения на альтернативу – другой препарат из группы М-холиноблокаторов, агонист бета3-адренорецепторов (мирабегрон) или комбинацию (агонист бета3-адренорецепторов + М-холиноблокатор):
- если лечение М-холиноблокаторами короткого действия оказалось неэффективным, рекомендуется перейти на препараты более длительного действия, или препараты другой группы (агонисты бета-3-адренорецепторов);
- возможно сочетание препаратов длительного действия (базовая терапия) и короткого действия (ситуационное применение);
- солифенацин: при более выраженной симптоматике можно рекомендовать стартовую дозировку 10 мг, минуя 5 мг.
- Агонист бета3-адренорецепторов (мирабегрон) рекомендуется назначать как в качестве первичного метода лечения, так и при недостаточной эффективности М-холиноблокаторов, и при отсутствии неконтролируемой артериальной гипертензии.

б) Лекарственные препараты для лечения стрессового НМ:

- **Дулоксетин**, доза 40 мг 2 р/сут. Ингибирует на пресинаптическом уровне обратный захват нейротрансмиттеров, серотонина (5-НТ) и норадреналина. Увеличение концентрации 5-НТ и норадреналина в синаптической щели в крестцовом отделе спинного мозга повышает стимуляцию рецепторов срамных двигательных нейронов, которые в свою очередь повышают тонус в покое и силу сокращения поперечнополосатого сфинктера уретры. Вызывает серьезные побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и ЦНС, что приводит к высокой частоте отказа от приема, хотя эти симптомы наблюдаются только в течение первых недель приема. Уменьшает выраженность НМ по сравнению с плацебо без четкого различия между стрессовым и смешанным типом НМ, более раннее восстановление удержания мочи у мужчин при монотерапии или в комбинации с тренировкой мышц тазового дна при стрессовом НМ мочи после хирургического лечения.
- **Вагинальная терапия эстриолом** – пациенткам постменопаузального возраста при наличии симптомов вульвовагинальной атрофии. Вагинальная терапия эстриолом должна проводиться длительное время. При наличии в анамнезе рака молочной железы необходима консультация онкологом. При развитии или усилении НМ у женщин, принимающих пероральные конъюгированные лошадиные эстрогены в качестве гормон-заместительной терапии, необходимо обсудить альтернативные виды лечения.

в) Синтетические аналоги вазопрессина:

Десмопрессин – синтетический аналог вазопрессина (антидиуретический гормон). Можно принимать перорально, интраназально или в инъекционной форме. Чаще всего используют для лечения несахарного диабета и ночного энуреза (при приеме на ночь). Рекомендуется для лечения первичного ночного энуреза у взрослых пациентов с НМ. Применяется также для лечения noctурии, связанной с ночной полиурией. При применении препарата в этих случаях необходимо определять концентрацию натрия в плазме крови до начала приема препарата, через 3 дня после начала приема и при каждом увеличении дозы, так как он может вызывать гипонатриемию.

2) Хирургические методы лечения

- а) Пациенты с неосложненным стрессовым НМ** (женщины, которые не планируют беременность, и у которых отсутствуют в анамнезе ранее проведенное хирургическое лечение по поводу НМ, нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей и симптоматический пролапс тазовых органов):

- Основным методом лечения являются субуретральные синтетические слинги. Отсутствуют данные о превосходстве по эффективности или безопасности какого-либо метода хирургического лечения над другими.
- Не рекомендуются инъекции объемобразующих парауретральных веществ в связи с отсутствием стойкого влияния на стрессовое НМ.
- В качестве альтернативного хирургического метода рекомендуется выполнение кольпосуспензии (операции Берча) или операции с применением аутологичного фасциального слинга. Операция Берча и операции с применением аутологичных субуретральных слингов вызывают больше обструктивных расстройств мочеиспускания по сравнению с субуретральными синтетическими слингами.

б) Пациенты с неосложненным стрессовым НМ (мужчины и женщины с нейрогенной дисфункцией тазовых органов; женщины с сопутствующим пролапсом тазовых органов; женщины, которые планируют беременность после операции; мужчины со стрессовым НМ, преимущественно после радикальной простатэктомии; мужчины и женщины с ургентным НМ и резистентной к медикаментозной терапии гиперактивностью детрузора):

- **Рецидивное НМ:** рекомендуется использование позадилоного доступа при выполнении повторной операции.
- **Пролапс тазовых органов и НМ:** рекомендуется проводить пациенткам женского пола одновременную коррекцию пролапса тазовых органов и стрессового НМ, однако следует предупреждать о более высоком риске осложнений при комбинированном лечении по сравнению с поочередной коррекцией. Пациентам, страдающим пролапсом тазовых органов, но не предъявляющим жалобы на НМ, не рекомендуется выполнение профилактических операций для устранения возможного НМ при коррекции пролапса тазовых органов.

в) Осложнения хирургического лечения

Информация о возможных осложнениях должна быть включена в предоперационное информированное согласие для пациентов.

Ранние осложнения (интраоперационные и в ближайшем послеоперационном периоде – до 24 ч):

- кровотечение (0,9–1,9%);
- гематома (1,7–1,9%);
- перфорация мочевого пузыря (4,9–11,0%);
- эрозии влагалища (0,4–0,9%);
- затрудненное мочеиспускание (4,9%);
- повреждение запирательного нерва (0,9%).

Поздние осложнения (возникшие спустя сутки после операции):

- вновь (de novo) возникший ургентный синдром (15%);
- постоянное ощущение дискомфорта в надлобковой области (7,5%);
- дискомфорт при половой жизни (20%).

г) Недержание мочи у мужчин

- Рекомендуется для лечения НМ у пациентов мужского пола применять мужские субуретральные слинги при отсутствии эффекта от консервативной терапии при ее продолжительности не менее 12 месяцев.
- Рекомендуется для лечения НМ у пациентов мужского пола применять искусственный сфинктер уретры при отсутствии эффекта от консервативной терапии при ее продолжительности не менее 12 месяцев.

д) Хирургическое лечение ургентного НМ

- **Внутридетрузорная ботулинотерапия:**
 - Рекомендуется лечение ботулиническим токсином типа А, имеющим зарегистрированные показания, пациентам при ГАМП с НМ, императивными позывами к мочеиспусканию, путем внутридетрузорного введения в дозе 100 ЕД в случае, когда

медикаментозное лечение неэффективно или вызывает серьезные побочные эффекты.

- Не рекомендуется применение больших доз ботулинического токсина типа А у пациентов (мужчин и женщин) с идиопатическим ГАМП в связи с отсутствием положительного влияния на качество жизни пациентов. Инъекции ботулинического токсина в дозе, превышающей 100 ЕД, не приводят к дальнейшему повышению качества жизни больных, страдающих идиопатическим ГАМП и ургентным НМ.
- Рекомендуется лечение препаратами ботулинического токсина типа А пациентам с нейрогенным НМ путем внутримышечного введения в дозе не менее 200 ЕД в случае, когда медикаментозное лечение неэффективно или вызывает серьезные побочные эффекты.

– **Цистопластика и деривация мочи:**

Аугментационная цистопластика или деривация мочи в искусственный кишечный резервуар рекомендуется лишь тем пациентам с рефрактерной гиперактивностью детрузора и НМ, у которых консервативная терапия и ботулинотерапия оказались безуспешными, и рассматривался вопрос о возможности выполнении электростимуляции сакрального нерва. Отведение мочи целесообразно выполнить лишь тем пациентам, которым менее инвазивные методы и способы лечения НМ не помогли и которым могла быть установлена цистостома.

– **Сакральная нейростимуляция:**

Рекомендуется стимуляция сакрального нерва в качестве метода лечения нейрогенной ГАМП у пациентов (мужчины и женщины), у которых медикаментозное лечение оказалось неэффективным. На первой стадии сакральной нейростимуляции электрод устанавливают чрескожно под рентгеноскопическим контролем в крестцовое отверстие вдоль крестцового нерва, обычно на уровне S3. Далее выполняется тестовая стимуляция сакральных нервов. Хотя раньше использовали технику установки временных электродов, в последнее время для более длительной тестовой фазы стали применять тонкие постоянные электроды.

IV. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации

При ургентной и стрессовой формах НМ рекомендуется реабилитация в виде специальных курсов ЛФК (упражнения для укрепления мышц тазового дна для достижения стойкой компенсации или стойкой ремиссии НМ).

V. Показания для госпитализации

- **Показания для плановой госпитализации:**

- Хирургическое лечение стрессового НМ.
- Хирургическое лечение рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного НМ.

- **Показания для экстренной госпитализации:**

- Экстренная госпитализация не показана.

- **Показания к выписке пациента из стационара:**

- Восстановление полного или частичного удержания мочи и самостоятельного мочеиспускания.

VI. Критерии оценки качества медицинской помощи:

К (частота предоста вления)	Критерии качества	Выпол- нение	Уровень достоверности доказательств (при наличии)	Уровень убедительности рекомендаций (при наличии)
К 1	1) Сбор жалоб и анамнеза 2) 3-дневный дневник мочеиспусканий 3) Осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин), с кашлевым тестом 4) ОАМ 5) УЗИ органов мочевыводящей системы с определением остаточной мочи 6) КУДИ – при рефрактерном к медикаментозной терапии ургентном НМ или осложненном стрессовом НМ, нейрогенном НМ, НМ у мужчин 7) Цистоскопия – при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном НМ, подозрении на урогенитальный свищ и экстрауретральное НМ 8) ОАК 9) Биохимический анализ крови 10) Посев мочи 11) Коагулограмма 12) Регистрация электрокардиограммы 13) Урофлоуметрия		5 2 5 3 2 2 2	С В С С В В В
К 0.3	УЗИ матки и придатков трансабдоминальное			
К 0.1	1) Внутривенная урография 2) КТ органов малого таза у женщин 3) Электромиография мышц тазового дна			

Чек-лист для оценки качества медицинской помощи:

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Собран анамнез заболевания, проанализированы принимаемые для сопутствующих заболеваний медикаментозные препараты, которые могут приводить к НМ	Да/нет
2	Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин), с кашлевым тестом	Да/нет
3	Пациентом заполнен 3-дневный дневник мочеиспусканий, выполнен его анализ	Да/нет
4	Выполнен общий анализ мочи	Да/нет
5	Выполнено УЗИ органов мочевыводящей системы с определением остаточной мочи	Да/нет
6	При наличии рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного НМ или осложненного стрессового НМ, нейрогенного НМ или НМ у мужчин выполнено комплексное уродинамическое исследование	Да/нет
7	Выполнена цистоскопия при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном НМ, при подозрении на наличие урогенитальных свищей и экстрауретрального НМ	Да/нет
8	Назначена консервативная поведенческая терапия, в том числе модификация диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, а также тренировка мышц тазового дна	Да/нет
9	Назначена медикаментозная терапия ургентного НМ	Да/нет
10	При ургентном НМ, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина	Да/нет
11	Женщинам, страдающим стрессовым НМ, выполнена операция с применением субуретрального слинга, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	Да/нет
12	Мужчинам, страдающим стрессовым НМ, выполнена операция с применением субуретрального слинга или искусственного сфинктера уретры, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	Да/нет

VII. Регламентирующие документы:

Нозологическая форма (Недержание мочи)			
Мероприятия	Стандарт (номер, наименование, дата)	Клинические протоколы (наименование, кем разработан, номер, дата)	Другое (национальные клинические руководства)
<p>Диагностика:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) изучение жалоб и анамнеза 2) физикальное обследование 3) лабораторные исследования 4) инструментальные исследования <p>Лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) консервативное 2) хирургическое 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Стандарт специализированной медицинской помощи при непроизвольном мочеиспускании (Приказ МЗ РФ от 09.11.2012 г. N 698н) 2) Стандарт первичной медико-санитарной помощи при непроизвольном мочеиспускании (Приказ МЗ РФ от 09.11.2012 г. N 759н) 	<p>Клинические рекомендации «Недержание мочи», КР8, разработаны Российским обществом урологов, утверждены МЗ РФ в 2020г.</p>	<p>Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "урология" (Приказ МЗ РФ от 12.11.2012 г. N 907н)</p>

VIII. Информация для пациента (кратко о заболевании)

НМ при напряжении – состояние, характеризующееся потерей мочи при ежедневных нагрузках, кашле, чихании, смехе. Это очень распространенная проблема, затрагивающая почти каждую третью женщину.

Стрессовое НМ часто встречается как в амбулаторной, так и в клинической практике. По поводу этого страдания лечатся примерно 15-20 % больных урогинекологических отделений. По данным опросов, частота НМ еще выше. Беременность и родоразрешение через естественные родовые пути являются факторами риска развития стрессового НМ. Поэтому Стрессовое НМ чаще встречается у рожавших женщин. С возрастом, а именно у женщин пожилого и старческого возраста, НМ при напряжении наблюдают чаще, чем у молодых женщин. Однако в последнее время отмечают тенденцию к увеличению распространенности этого заболевания и среди женщин молодого возраста.

Признаки НМ возникают постепенно. Вначале произвольное отхождение мочи отмечают при значительном повышении внутрибрюшного давления, например, при подъеме тяжелых предметов, позднее – и при малейшем напряжении, независимо от степени наполнения мочевого пузыря.

Ургентным НМ (другие термины – повелительное, императивное недержание) называют произвольную потерю мочи, возникающую вследствие выраженного неудержимого позыва к акту мочеиспускания. Ургентное НМ не является самостоятельным заболеванием, а представляет собой симптом, который указывает на нарушение способности мочевого пузыря накапливать мочу вследствие различных заболеваний. Ургентное НМ часто сочетается с ургентным (повелительным) и учащенным мочеиспусканием в течение дня и ночи.

Для диагностики НМ всегда требуется заполнение дневника мочеиспусканий. Дневник мочеиспусканий ведется в течение не менее 3 дней (от 3 до 7 дней). За это время пациентом вносятся данные относительно времени и объема мочеиспусканий (например, 8:00 – 180 мл мочи), а также времени, объема и характера выпитой жидкости (например, 9:15 – 200 мл кофе), время отхода ко сну и пробуждения, использование урологических прокладок, наличие ургентных позывов к мочеиспусканию и эпизодов недержания мочи, что позволяет рассчитать суточный и ночной диурез, определить наличие или отсутствие ноктурии и никтурии, частоту мочеиспусканий и объем каждого мочеиспускания, тем самым объективно оценить клиническую картину заболевания. В дополнение, учитываются эпизоды потери мочи, их значительность, неудержимые позывы, а также все другое, что пациенты могут считать важным.

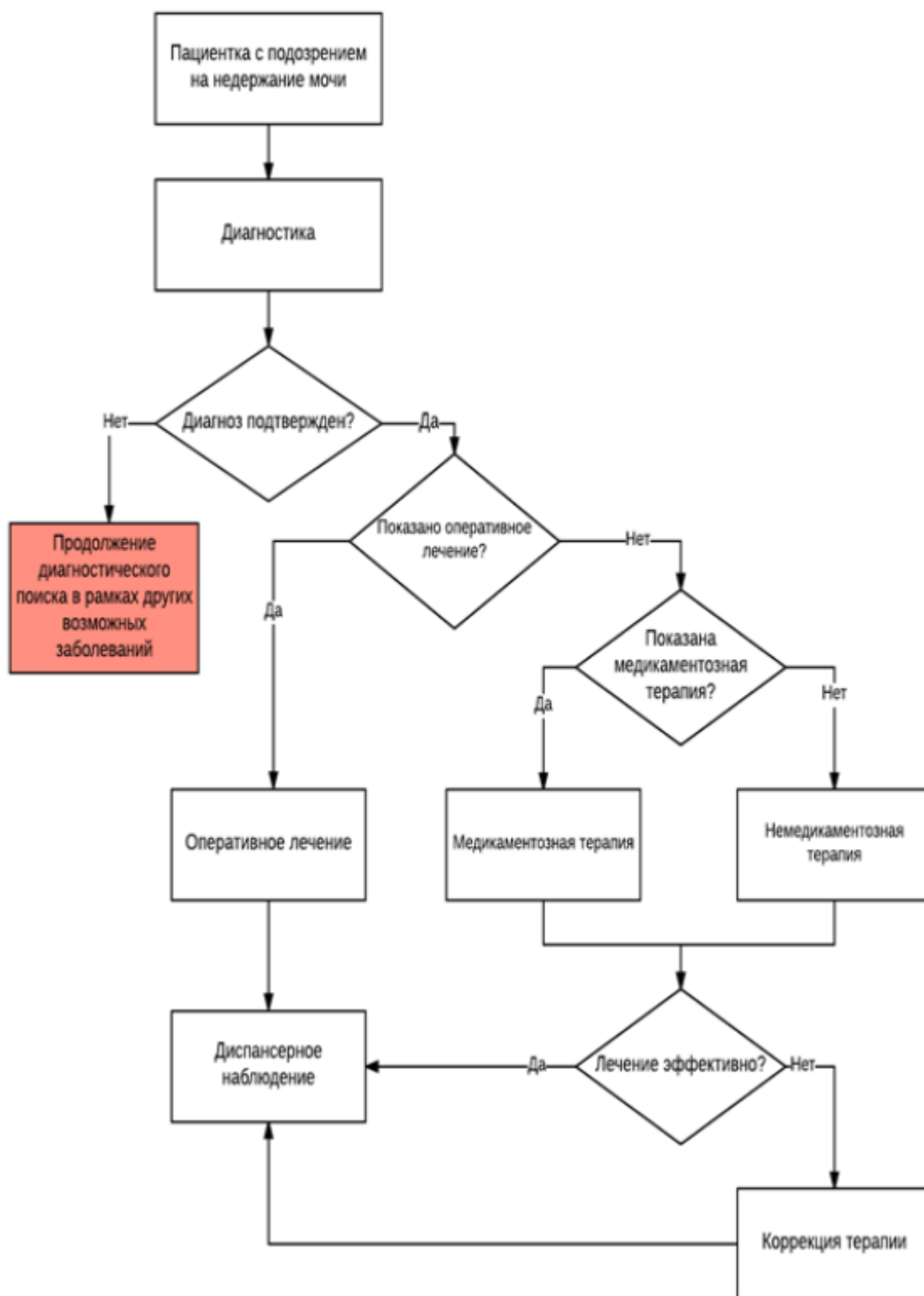
Потеря мочи при напряжении может быть минимизирована или устранена путем специальных упражнений или изменением образа жизни (избавление от курения, снижение веса), в случае если эти методы не помогают, Вам может быть предложена лекарственная терапия или операция. Ургентное НМ, в большинстве случаев, лечится медикаментозно. Врач на основании полученных данных обследования подбирает препарат и режим приема и дозу.

Упражнения по укреплению мышц тазового дна могут быть очень эффективными при лечении НМ при напряжении так и ургентного недержания. До 75% женщин отмечают улучшение после обучения и регулярного выполнения упражнений. Максимальный эффект достигается через 3-6 месяцев. Вы можете проконсультироваться с физиотерапевтом, специализирующимся на данных упражнениях.

Операции с применением синтетических «петель» разработаны, чтобы помочь женщинам с НМ при напряжении (стрессовым НМ). Операция заключается в размещении полипропиленовой «петли» (сотканной из шовного материала, шириной около 1 см) под средней частью уретры. Операция выполняется влагалищным доступом, без кожных разрезов. Своевременное обращение к врачу, а также устранение факторов риска позволяет успешно справиться с этой деликатной проблемой.

IX. Алгоритмы действий врача (схема)

1. Алгоритмы ведения пациентов



2. Этапы лечения больных недержанием мочи

