



Клинические рекомендации

Недержание мочи у пациентов пожилого и старческого возраста

МКБ 10: R 32; N39.3

Возрастная категория: **взрослые**

Год утверждения (частота пересмотра): **2020 (пересмотр каждые 3 года)**

Профессиональные ассоциации:

- Российская ассоциация геронтологов и гериатров
- Общество нейроурологии и специалистов нарушения акта мочеиспускания

Утверждены

- Российская ассоциация геронтологов и гериатров
- Общество нейроурологии и специалистов нарушения акта мочеиспускания

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
— _____ 201_ г.

Оглавление

Термины и определения	6
1. Краткая информация.....	7
1.1 Определение.....	8
1.2 Этиология и патогенез	8
1.3 Эпидемиология	12
1.4 Кодирование по МКБ 10	13
1.5 Классификация.....	13
2. Диагностика	14
2.1. Жалобы и анамнез	16
2.2 Физикальное обследование	17
2.3 Дневник мочеиспусканий	18
2.4 Общий анализ мочи.....	19
2.5 Остаточная моча	20
2.6 КУДИ	21
2.7. Методы визуализации	23
2.6 Прокладочный тест.....	24
2.7 Кашлевой тест.....	25
3. Лечение	26
3.1 Консервативные методы лечения	26
3.1.1 Сопутствующие заболевания/когнитивные расстройства	26
3.1.2 Коррекция приема лекарственных средств, назначенных не для лечения недержания мочи.....	27
3.1.3 Средства для сбора мочи и другие вспомогательные устройства.	28
3.1.3.1 Средство для сбора мочи.	29
3.1.3.2 Постоянное дренирование мочевого пузыря катетером и периодическая катетеризация мочевого пузыря.	30
3.1.4 Образ жизни и недержание мочи.....	32
3.1.5 Поведенческая терапия и физиотерапия.....	34

3.1.5.1. Мочеиспускание по времени.....	34
3.1.5.2. Тренировка мочевого пузыря.....	35
3.1.5.3 Тренировка мышц тазового дна.....	35
3.1.6 Электростимуляция.....	37
3.1.7. Медикаментозное лечение.	38
3.1.7.1. Лекарственные средства для лечения ургентного недержания мочи.	38
3.1.7.2. Лекарственные средства для лечения стрессового недержания мочи	43
3.2. Хирургическое лечение.....	45
3.2.1. Женщины с неосложненным стрессовым недержанием мочи.	45
3.2.2 Стрессовое недержание мочи у мужчин	49
3.2.3. Хирургическое лечение ургентного недержания мочи.	50
3.2.3.1. Внутридетрузорное введение онаботулотоксина типа А.....	50
3.2.3.2. Сакральная нейромодуляция.....	52
3.2.3.3. Цистопластика и деривация мочи.....	53
3.3. Диетотерапия	55
3.4. Обезболивание	55
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации.	55
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	56
6. Организация оказания медицинской помощи.....	56
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).	57
Литература	60
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций	73

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	74
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.	78
Приложение Б1. Алгоритм ведения пациента с недержанием мочи для специалистов гериатров.....	79
Приложение Б2. Алгоритм ведения пациента с недержанием мочи для специалистов гериатров и урологов.	80
Приложение В. Опросник для оценки недержания мочи The Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-q SF), русскоязычная версия.	81
Приложение Г1 Характеристика различных видов недержания мочи.	83
Приложение Г2. Указание по заполнению дневника мочеиспусканий	84
Приложение Г3. Дневник мочеиспусканий.....	85
Приложение Г4. Опросник оценки когнитивных функций (Mini-Cog).....	86

Список сокращений

ВМП – верхние мочевыводящие пути

ДГ – детрузорная гиперактивность

ИМП – инфекция мочевыводящих путей

КУДИ – комплексное уродинамическое исследование

МКБ 10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

НДНМП – нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей

НМП – нижние мочевыводящие пути

УЗИ — ультразвуковое исследование

Термины и определения

Асептическая периодическая катетеризация – соблюдение стерильных условий. Предполагает дезинфекцию гениталий, применение стерильных катетеров и инструментов/перчаток.

Гиперактивный мочевой пузырь (ГМП) – клинический синдром, включающий в себя urgency с или без ургентного недержания мочи, обычно в сочетании с учащенным мочеиспусканием в течение дня и ночи при отсутствии каких-либо заболеваний, способных вызвать вышеперечисленные симптомы.

Дневник мочеиспусканий - регистрация времени и объемов мочеиспускания, эпизодов недержания мочи, использования прокладок, а также прочей информации, включая потребление жидкости, степень urgency и недержание мочи.

Детрузорная гиперактивность – непроизвольные сокращения детрузора амплитудой более 5 см водн. ст. во время цистометрии наполнения.

Недержание мочи – это объективно доказанная непроизвольная утечка мочи вследствие дисфункции уретры и/или мочевого пузыря.

Недержание мочи вследствие переполнения мочевого пузыря — это непроизвольное выделение мочи по каплям из наружного отверстия уретры вне акта мочеиспускания вследствие переполнения мочевого пузыря.

Нейрогенная дисфункция нижних мочевыводящих путей (НДНМП) - нарушение функции НМП, развивающееся в результате нарушения их иннервации.

Периодическая катетеризация – это опорожнение мочевого пузыря или мочевого резервуара при помощи катетера с последующим его удалением. Может выполняться в виде «самокатетеризации», когда

манипуляция осуществляется самим пациентом, либо выполняется другим лицом (врачом, медсестрой или родственником).

Периодическая самостоятельная катетеризация (самокатетеризация) – это катетеризация мочевого пузыря, которая выполняется самим пациентом.

Стрессовое недержание мочи – это утечка мочи вследствие повышения внутрибрюшного давления во время физической нагрузки, кашля, смеха, при поднятии тяжестей и т.д.

Ургентность – внезапно возникший сильный позыв к акту мочеиспускания.

Ургентное недержание мочи – это утечка мочи вследствие сильного (ургентного) позыва к акту мочеиспускания.

Чистая периодическая катетеризация - соблюдение «чистых» условий при проведении катетеризации мочевого пузыря. Предполагает простую технику промывания и использование одноразовых или вымытых многоразовых катетеров.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Недержание мочи — это объективно доказанная непроизвольная утечка мочи вследствие дисфункции уретры и/или мочевого пузыря [1].

1.2 Этиология и патогенез

Выделяют четыре вида недержания мочи: ургентное (от англ. urge — повелительное), стрессовое (от англ. stress-напряжение) (недержание мочи при напряжении), вследствие переполнения мочевого пузыря и функциональное.

Ургентное недержание мочи является следствием нарушения накопительной способности мочевого пузыря в результате гиперактивности детрузора нейрогенного или идиопатического характера. Иными словами при ургентном недержании мочи утрачивается способность детрузора поддерживать низкое давление во время наполнения мочевого пузыря мочой.

В норме при наполнении мочевого пузыря давление в его просвете независимо от объема поступающей мочи остается на низком уровне, не превышающем 5 – 15 см вод.ст. Такое свойство получило название «адаптационная способность детрузора». Она обеспечивается особым расположением мышечных волокон детрузора и постоянным контролем со стороны ЦНС. Внезапные, неконтролируемые сокращения детрузора могут сопровождаться сильными и резкими позывами к акту мочеиспускания вплоть до недержания мочи. Причиной нарушения адаптационной способности детрузора могут служить миогенные нарушения в детрузоре вследствие возрастных изменений или инфравезикальной обструкции (идиопатическая ДГ), а также различные неврологические заболевания и

повреждения с супрасакральным уровнем поражения (инсульты, опухоли, травмы головного и спинного мозга, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и др.), приводящие к нарушению контроля накопительной способности мочевого пузыря со стороны ЦНС (нейрогенная ДГ).

Беременность и родоразрешение через естественные родовые пути являются факторами риска развития стрессового недержания мочи. Именно поэтому стрессовое недержание мочи чаще встречается у рожавших женщин. У женщин пожилого и старческого возраста недержание мочи при напряжении наблюдают чаще, чем у молодых женщин. Это связано с возрастными нарушениями связочного аппарата уретры, а именно его эластичности. Однако в последнее время отмечают тенденцию к увеличению распространенности этого заболевания и среди женщин молодого возраста.

Стрессовое недержание мочи встречается крайне редко у мужчин и является следствием ятрогенных повреждений сфинктерного аппарата мочевого пузыря при операциях на пузырно-уретральном сегменте. Наиболее часто это имеет место при хирургическом лечении доброкачественной гиперплазии или рака предстательной железы.

Как известно, удержание мочи как в покое, так и при напряжении возможно только в случае положительной разницы между уретральным и внутрипузырным давлением. При повышении внутрибрюшного давления на равную величину, повышается давление в проксимальном отделе уретры и в мочевом пузыре, что обеспечивает пассивное поддержание положительной разницы между внутриуретральным и внутрипузырным давлением.

Выделяют два вида стрессового недержания мочи: анатомическое и сфинктерное.

Решающим фактором анатомического стрессового недержания мочи является ослабленная фиксация уретры, что вызывает ее гипермобильность.

Изменяется анатомическое положение пузырно-уретрального сегмента в сторону повышения его подвижности. Уретра опускается во влагалище (уретроцеле) и выходит из зоны передачи абдоминального давления. В этом случае при напряжении повышается давление в мочевом пузыре, а в уретре остается на прежнем уровне. Разница между давлением в уретре и мочевом пузыре становится отрицательной, что приводит к стрессовому недержанию мочи.

Сфинктерный тип недержания мочи обусловлен слабостью мышц уретры, которые вместе с мышцами тазовой диафрагмы составляют активный компонент удержания мочи. Главная функция этих мышц состоит в удержании мочи во время наполнения мочевого пузыря, в том числе при повышении в нем давления во время физического напряжения, смеха, кашля. Причиной слабости сфинктерного аппарата уретры является ишемия как следствие возрастных изменений, неврологических нарушений или травматических операций на уретре. Это приводит к необратимым склеротическим изменениям мышечной ткани с утратой ее эластичности и способности к нормальному сокращению. Кроме того, большую роль в развитии сфинктерного стрессового недержания мочи играют гормоны, в частности, гипоестрогения. Сфинктерное недержание мочи более тяжелое по сравнению с анатомическим и труднее поддается лечению.

К недержанию мочи при переполнении мочевого пузыря приводят снижение или отсутствие сократительной активности детрузора и длительно существующая инфравезикальная обструкция. Снижение или отсутствие сократительной способности детрузора - результат нарушения иннервации мочевого пузыря (травмы и заболевания на уровне сакрального отдела спинного мозга, диабетическая полинейропатия, повреждение нервных волокон при операциях на органах малого таза и др.).

Инфравезикальная обструкция чаще встречается у мужчин. Ее вызывают такие хорошо известные заболевания, как доброкачественная гиперплазия и рак предстательной железы, стриктура уретры и др. У женщин инфравезикальная обструкция может быть вызвана опухолью уретровезикального сегмента, стриктурой уретры и пролапсом тазовых органов. Вначале детрузор сокращается с повышенной силой для преодоления инфравезикальной обструкции и в большинстве случаев происходит полное опорожнение мочевого пузыря. Этот процесс сопровождается гипертрофией мышечных элементов детрузора и как следствие утолщением стенки мочевого пузыря. Если инфравезикальная обструкция не будет во время устранена, то в последующем резервные возможности мышечных элементов детрузора истощаются и в стенке мочевого пузыря развивается фиброз. Это приводит к утрате сократительной способности мочевого пузыря и его неполному опорожнению, как и у больных с нарушением иннервации мочевого пузыря. У таких пациентов появляется остаточная моча, объем которой со временем увеличивается, достигая значительного количества. Нередко объем остаточной мочи превышает функциональную цистометрическую емкость мочевого пузыря в несколько раз и может составлять более 500–1000 мл. Такой большой объем остаточной мочи вызывает растяжение сфинктеров мочевого пузыря и недержание мочи.

Функциональное недержание мочи возникает при наличии внешних функциональных препятствий для мочеиспускания на фоне нормального функционирования мочевых путей. Может быть связано со снижением когнитивных функций, мобильности, действием психологических факторов (например, снижение мотивации) или факторов окружающей среды (ограничение доступности туалета).

1.3 Эпидемиология

Распространенность недержания мочи достаточно высока. По данным эпидемиологического исследования, распространенность недержания мочи у пациентов в возрасте старше 60 лет составляет 10,4% среди мужчин и 19,3% среди женщин и увеличивается с возрастом [2,3].

Физиологические изменения при естественном процессе старения приводят к тому, что все виды недержания мочи с возрастом встречаются чаще. Наряду с сердечно-сосудистыми, неврологическими и ортопедическими заболеваниями недержание мочи входит в четверку самых распространенных состояний у людей пожилого и старческого возраста [4].

Установлено, что стрессовое недержание мочи имеет место у каждой четвертой женщины в возрасте старше 40 лет. У женщин пожилого и старческого возраста недержание мочи при напряжении наблюдают чаще, чем у молодых женщин. Это связано с возрастными нарушениями связочного аппарата уретры, а именно его эластичности. По поводу этого страдания лечатся примерно 15–20% больных урогинекологических отделений.

Следует отметить, что ургентное недержание мочи встречается у 3–4% населения всего мира и примерно одинаково часто как у мужчин, так и у женщин [4,5,6,].

Недержание мочи не представляет угрозу для жизни, но значительно нарушает ее качество, функциональную активность, приводит к развитию социальной изоляции и депрессии, повышает риск развития падений и пролежней. Кроме того, недержание мочи является одной из причин

институализации пожилых людей и приводит к большим экономическим затратам [7,8,9,10,11].

Все виды недержания мочи приносят значительные страдания пациентам, снижают их качество жизни и имеют большое социально-экономическое значение. Кроме этого, недержание мочи у пожилых нередко сочетается с другими заболеваниями, ограниченной подвижностью и нарушением сознания, что может требовать специфических мероприятий, например, помощи в посещении туалета.

1.4 Кодирование по МКБ 10

N39.3 – Непроизвольное мочеиспускание

R33 - Недержание мочи не уточнённое

1.5 Классификация

Выделяют экстрауретральное и уретральное недержание мочи.

При экстрауретральном недержании моча выделяется не из уретры, а из других мест. Данный, вид недержания мочи встречается редко и является следствием различных аномалий развития (экстрофия мочевого пузыря, эктопия устья мочеточника во влагалище) или ятрогенных повреждений (пузырно-влагалищные, уретро-влагалищные и мочеточниково-влагалищные свищи).

Уретральный тип недержания мочи предполагает выделение мочи из наружного отверстия уретры. При этом выделяют следующие виды недержания мочи: стрессовое, ургентное, вследствие переполнения мочевого пузыря, функциональное и смешанное (сочетание нескольких видов, чаще

ургентного и стрессового). По степени тяжести выделяют: легкое, среднее и тяжёлое недержание мочи.

2. Диагностика

Удержание мочи во многом зависит от правильного взаимодействия между чувствительным и двигательным звеньями нервной системы, правильного анатомического положения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря и отсутствия заболеваний, способных вызвать расстройство функции НМП. В свете необратимых возрастных изменений организма и возможных когнитивных нарушений, ранняя диагностика и активное выявление недержания мочи имеют огромное значение для выбора своевременного и адекватного метода лечения больных пожилого и старческого возраста.

На первом этапе целью диагностики при жалобах больного на потерю мочи, является определение наличия недержания мочи, его вида и степени тяжести. На этом этапе тщательный сбор анамнеза, физикальное обследование и информация, полученная после заполнения валидированного международными урологическими сообществами опросника для оценки недержания мочи (приложение В), дневника мочеиспусканий являются обязательными этапами, проводимыми до планирования каких-либо дополнительных методов исследования больного. В последующем при планировании алгоритма диагностики учитываются индивидуальные особенности каждого конкретного пациента с учётом его возрастных изменений и сопутствующих заболеваний. Обязательным является определение когнитивного статуса пожилого пациента с применением опросника Mini-Cog (Приложение Г4). Это может существенно повлиять

на перечень инструментальных методов диагностики и выбор метода лечения, с точки зрения целесообразности их выполнения.

Помимо определения вида недержания мочи результаты первичного обследования позволяют определить меры наблюдения за больным пожилого возраста в отдаленной перспективе.

Критерии установления диагноза/состояния: на основании патогномоничных данных:

для стрессового недержания мочи:

1) эпизоды недержания мочи при физической нагрузке, кашле, чихании, ходьбе, изменении положения тела или вследствие других факторов, приводящих к повышению внутрибрюшного давления.

2) физикальное обследование – наличие положительной кашлевой пробы

3) инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи по данным УЗИ)

Для ургентного недержания мочи:

1) эпизоды недержания мочи, вследствие ургентных позывов к мочеиспусканию, сопровождающихся учащенным мочеиспусканием и ноктурией.

2) физикальное обследование – наличие отрицательной кашлевой пробы

3) инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи по данным УЗИ)

Для смешанного недержания мочи:

1) эпизоды недержания мочи, связанные с повелительными позывами к

мочеиспусканию, сопровождающиеся учащенным мочеиспусканием и ноктурией в сочетании с эпизодами недержания мочи, связанными с физической нагрузкой, кашлем, чиханием, ходьбой, изменением положения тела или другими состояниями, приводящими к повышению внутрибрюшного давления.

2) физикальное обследование –положительная кашлевая проба

3) инструментальное обследование (отсутствие остаточной мочи при УЗИ).

Для недержания мочи вследствие переполнения:

1) постоянное недержание мочи в сочетании с хронической задержкой мочи.

2) инструментальное обследование (наличие остаточной мочи по данным УЗИ).

2.1. Жалобы и анамнез

Больные с недержанием мочи могут предъявлять жалобы на утечку мочи при позыве к акту мочеиспускания (ургентное недержание мочи), вследствие физической нагрузки (стрессовое недержание мочи) или постоянное подтекание мочи (недержание мочи вследствие переполнения мочевого пузыря). При смешанных формах недержания мочи имеет место сочетание жалоб.

Тщательный сбор анамнеза имеет фундаментальное значение в процессе постановки диагноза. При сборе анамнеза следует выявлять пациентов, которых необходимо срочно направлять к другим специалистам. В

частности, больных с болевым синдромом, гематурией, рецидивирующими инфекциями мочевых путей, после оперативных вмешательств на органах малого таза (особенно на предстательной железе), лучевой терапии, а также с постоянным подтеканием мочи, свидетельствующим о наличии свища, затрудненным мочеиспусканием или подозрением на неврологические заболевания. У женщин сбор акушерского и гинекологического анамнеза помогает понять причину и выявить факторы риска, которые могут определять тактику лечения. Кроме того, необходимо спрашивать пациента о сопутствующих заболеваниях и приеме медикаментозных препаратов, поскольку они могут влиять на симптомы недержания мочи. В то же время необходимо указать на тот факт, что у гериатрических больных, особенно с когнитивными нарушениями, порой бывает очень трудно получить адекватную информацию. Это является важной особенностью такого контингента больных и указывает на необходимость уточнения когнитивной функции пациентов на основании утвержденных международным сообществом опросников.

2.2 Физикальное обследование

В клинических исследованиях получено мало данных о том, что проведение физикального исследования способствует более эффективному лечению, но достигнут консенсус, что оно остаётся важной частью обследования пациентов с недержанием мочи. Физикальное обследование должно включать осмотр области живота для исключения наполненного мочевого пузыря или других образований, осмотр промежности и пальцевое ректальное исследование предстательной железы и/или влагалищное исследование. Исследование промежности у женщин включает оценку

эстрогенного статуса и тщательный осмотр на предмет сопутствующего пролапса органов малого таза. При достаточном наполнении мочевого пузыря кашлевой тест позволяет диагностировать стрессовое недержание мочи, а с помощью пальцевого исследования можно оценить способность мышц тазового дна к сокращению и подвижность уретры.

2.3 Дневник мочеиспусканий

Определение частоты мочеиспусканий и выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания представляет собой важный шаг в оценке и лечении дисфункции НМП, включая недержание мочи. Дневники мочеиспускания относят к полубъективному методу количественной оценки симптомов, включая количество эпизодов недержания мочи. Они также позволяют определить уродинамические параметры, например объем мочеиспускания, суточный и ночной диурез.

Недержание мочи может развиваться на фоне симптоматической ИМП.

- Предлагайте пациентам с недержанием мочи заполнять дневники мочеиспускания.
- Используйте дневники мочеиспускания длительностью от 3 до 7 дней [12].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Важное значение в выявлении и определении типа недержания мочи имеет так называемый дневник мочеиспусканий. Последний представляет собой фиксацию по часам объема выпитой*

жидкости, объёма выделенной мочи, числа мочеиспусканий, ургентных позывов к акту мочеиспускания и эпизодов недержания мочи. Дневник мочеиспусканий составляют на протяжении не менее 72 часов. Результаты дневника мочеиспусканий имеют наибольшее значение, оценив которые можно во многом констатировать тип недержания мочи (Приложение Г2 и Г3).

- Рекомендуется для субъективной оценки состояния пациента, страдающего недержанием мочи, использовать опросники и шкалы [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Валидированные шкалы симптомов, специфические для заболевания, помогают в оценке выраженности симптомов, таких как интенсивность ургентных позывов. Опросники помогают в скрининге и дифференциации типов недержания мочи, в стандартизированной оценке симптомов. Кроме того, они используются для динамической оценки состояния пациента и эффективности лечения. Опросник, валидированный для русского языка, представлен в Приложении Г.*

2.4 Общий анализ мочи

Недержание мочи может развиваться на фоне симптоматической ИМП [13,14].

Нормальные значения общего анализа мочи и отрицательные результаты теста (deep stick) на нитриты и лейкоцитарную эстеразу

позволяют исключить ИМП. Исследование мочи необходимо включать в обследование всех пациентов с недержанием мочи [15]. При необходимости выполняется посев мочи на стерильность с определением чувствительности к антибактериальным препаратам. У пациентов, получающих уход на дому, лечение бессимптомной бактериурии не влияет на количество эпизодов и выраженность недержания мочи [16,17].

- Выполняйте общий анализ мочи в рамках первичного обследования пациента с недержанием мочи. При наличии симптоматической ИМП у пациентов с недержанием мочи проведите повторное обследование после лечения. Не проводите лечение бессимптомной бактериурии у пожилых пациентов на рутинной основе для уменьшения выраженности недержания мочи [13,16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5 Остаточная моча

Остаточная моча определяется как объём мочи, который остается в мочевом пузыре после мочеиспускания (в норме до 50 мл). Наличие остаточной мочи отражает плохую эффективность мочеиспускания, которая может быть связана с различными факторами. К появлению остаточной мочи приводят инфравезикальная обструкция (чаще у мужчин с заболеваниями предстательной железы), а также снижение или отсутствие сократительной способности детрузора идиопатического или нейрогенного характера. Остаточная моча может являться причиной ИМП, приводить к расширению ВМП и почечной недостаточности.

Для измерения объема остаточной мочи используют катетеризацию мочевого пузыря или ультразвуковое исследование (предпочтительно).

- Определяйте объем остаточной мочи при помощи УЗИ у пациентов с недержанием мочи и симптомами нарушенного мочеиспускания [5,11].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

- **Комментарии:** *Определение объёма остаточной мочи следует выполнять после мочеиспускания, совершённого в условиях, максимально приближённых к естественным. Следует избегать принудительного наполнения мочевого пузыря посредством приёма большого количества жидкости за короткий промежуток времени. Необходимо помнить, что объём мочи в мочевом пузыре при мочеиспускании обычно не превышает 250-400 мл. Необходимо оценивать в динамике объем остаточной мочи у пациентов, получающих лечение, которое может вызвать или усилить выраженность симптомов нарушенного мочеиспускания, включая операции по поводу стрессового недержания мочи.*

2.6 КУДИ

Аналогично большинству физиологических тестов, КУДИ показывает переменные результаты. В различных небольших исследованиях, в которых оценивали воспроизводимость уродинамического исследования, получены противоречивые результаты.

Тем не менее, КУДИ широко применяется в дополнение к клинической диагностике, поскольку считается, что оно позволяет установить или подтвердить диагноз недержания мочи, определить его тип, а также

выбрать оптимальный метод лечения и прогнозировать его результаты. Кроме этого, данные КУДИ помогают разобраться в клинической ситуации у больных пожилого возраста с когнитивными нарушениями, у которых результаты субъективных методов оценки сомнительны. По этим причинам КУДИ часто проводится перед инвазивным лечением недержания мочи. Для диагностики всех типов недержания мочи в рамках КУДИ выполняют цистометрию наполнения и опорожнения, а также стресс-профиль.

Врачи, проводящие КУДИ у пациентов с недержанием мочи, должны (применимо только к взрослым пациентам с недержанием мочи без неврологических заболеваний):

- обеспечить, чтобы исследование воспроизводило симптомы пациента
- интерпретировать результаты в контексте клинической ситуации
- проверять записи с целью контроля качества
- помнить, что у каждого пациента могут быть физиологические изменения
- не проводить КУДИ на рутинной основе при планировании лечения неосложненного недержания мочи
- не измерять профиль уретрального давления или давление точки утечки для оценки выраженности недержания мочи или прогнозирования результатов лечения

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- Выполняйте КУДИ, если его результаты могут повлиять на тактику инвазивного лечения недержания мочи [18,19].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Важно помнить, что у всех пожилых мужчин и женщин с недержанием мочи и сопутствующими неврологическими заболеваниями, обязательно выполнение КУДИ. Это связано с тем, что в ряде случаев, недержание мочи вследствие неврологических заболеваний может являться следствием тяжёлых нарушений функции НМП. Последние, в свою очередь, могут оказывать негативное влияние на ВМП с развитием уретерогидронефроза, хронического пиелонефрита и почечной недостаточности. Выполнение КУДИ позволяет выбрать правильную тактику лечения, способствующую сохранению функции почек и жизни больного.*

- Всем больным с неврологическими заболеваниями для объективной оценки функции и дисфункции НМП рекомендовано проводить КУДИ [20].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

2.7. Методы визуализации

Ультразвуковое сканирование и магнитно-резонансная томография во многом заменили рентгенографию в оценке анатомических изменений мочевыводящих путей при недержании мочи. УЗИ считается наиболее предпочтительным методом, поскольку помимо низкой стоимости и

широкой доступности дает возможность получить качественное трех- и четырехмерное (динамическое) изображение.

Во многих исследованиях с использованием ультразвукового сканирования и магнитно-резонансной томографии оценивали подвижность уретро-везикального сегмента и пришли к выводу, что характер и степень последней не позволяет достоверно диагностировать недержание мочи. При этом ни один из методов визуализации не позволяет прогнозировать результаты лечения стрессового недержания мочи.

- Не проводить визуализацию нижних или верхних мочевыводящих путей для диагностики недержания мочи [21,22].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

2.6 Прокладочный тест

Прокладочный тест представляет собой метод выявления недержания мочи и определения степени его выраженности. Также он может использоваться для оценки эффективности проведенного лечения. При выполнении теста используют специальные абсорбирующие прокладки для сбора мочи.

Измеряют потерю мочи с помощью взвешивания абсорбирующих прокладок за определенный период времени или во время заданной физической нагрузки. Увеличение веса прокладки после проведения теста свидетельствует о наличии недержания мочи и степени его выраженности.

Тест с прокладкой проводят в течение одного часа или 24 часов. Часовой прокладочный тест с использованием стандартизированного

протокола нагрузки с диагностическим порогом 1,4 г имеет хорошую специфичность, но низкую чувствительность в диагностике стрессового и смешанного недержания мочи. 24-часовой прокладочный тест с порогом 4,4 г имеет более высокую воспроизводимость, но его сложнее стандартизировать вследствие различий в уровне активности.

- Для количественной оценки недержания мочи используйте прокладочный тест. При проведении прокладочного теста следует соблюдать стандартную длительность и протокол нагрузки [23].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

2.7 Кашлевой тест

- Рекомендуется выполнение кашлевого теста при наполненном мочевом пузыре всем пациентам с недержанием мочи для дифференциальной диагностики между различными типами недержания мочи и планирования дальнейшего лечения [24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Кашлевой тест (проба Маршалл-Марчети-Крантца, клиническая проба) состоит в следующем: при положении больной в гинекологическом кресле и наполнении мочевого пузыря не менее 150 мл пациентку просят натужиться или покашлять. При стрессовом недержании мочи отмечают выделение мочи из наружного отверстия уретры.*

3. Лечение

Принимая во внимание тот факт, что недержание мочи в большинстве случаев не представляет собой угрозу жизни, в клинической практике принято вначале использовать неоперативные методы лечения, поскольку они имеют менее значимые побочные эффекты. Следует помнить, что у больных пожилого возраста, у которых вследствие сопутствующих заболеваний имеет место высокий риск оперативных вмешательств или по ряду причин противопоказано медикаментозное и другие виды консервативного лечения, важную роль в поддержании личной гигиены играют специальные средства для сбора мочи.

3.1 Консервативные методы лечения

3.1.1 Сопутствующие заболевания/когнитивные расстройства

недержание мочи, особенно у пожилых людей, может быть 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;*
- метаболический синдром.*

Коррекция сопутствующей патологии в ряде случаев позволяет уменьшить

выраженность недержания мочи.

- Пациентам с недержанием мочи и сопутствующей патологией необходимо проводить соответствующее лечение в соответствии со стандартами [25,26].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Ряд пожилых больных имеют сопутствующие заболевания, которые сами по себе или вследствие их лечения могут вызывать недержание мочи. В этих случаях лечение сопутствующей патологии, вероятно, позволяет уменьшить выраженность симптомов нарушенного мочеиспускания. Однако часто это трудно оценить, поскольку пациенты могут страдать более, чем одним заболеванием.*

3.1.2 Коррекция приема лекарственных средств, назначенных не для лечения недержания мочи.

- Собирайте лекарственный анамнез у всех больных с недержанием мочи. Проанализируйте новые препараты, которые вызвали или усилили недержание мочи [26].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: *Несмотря на то, что недержание мочи описано как побочный эффект многих лекарственных препаратов, эта информация получена преимущественно из неконтролируемых отчетов пациентов и постмаркетинговых наблюдений. У больных, особенно пожилого возраста,*

иногда трудно или невозможно дифференцировать влияние препаратов, сопутствующих заболеваний или старения на недержание мочи. Изменение приема медикаментозных препаратов для лечения сопутствующих заболеваний может быть первым этапом коррекции недержания мочи. Однако в литературе практически отсутствуют данные о пользе такого подхода. Также следует помнить о риске того, что прекращение или изменение приема тех или иных медикаментов может привести к большему вреду, чем пользе.

3.1.3 Средства для сбора мочи и другие вспомогательные устройства.

В тех случаях, когда потенциально курабельные методы лечения невозможны или оказались неэффективны, важное значение для улучшения качества жизни и профилактики воспалительных изменений кожных покровов приобретают различные способы сбора мочи. Ряд пациентов, особенно пожилого возраста, отдают предпочтение устройствам по сбору мочи, а не активному лечению, ввиду связанных с ним рисками. Эти устройства включают абсорбирующие прокладки, мочевые катетеры для постоянной и периодической катетеризации мочевого пузыря, внешние устройства для сбора мочи (уропрезерватив), компрессионные устройства полового члена для мужчин и интравагинальные устройства для женщин (пессарии, интрауретральные обтураторы, устройства для поднятия передней стенки влагалища и др). Использование вышеперечисленных устройств особенно актуально для пожилых больных, нуждающихся в уходе и с ограниченными возможностями. Зачастую у таких пациентов они

являются единственно возможным способом остаться сухим.

Важно отметить тот факт, что выбор устройства для сбора мочи напрямую зависит от типа недержания мочи. Это, соответственно, требует правильной диагностики. Все устройства для сбора мочи могут быть использованы по показаниям у мужчин и женщин со стрессовым, ургентным и функциональным типами недержания мочи. При недержании мочи вследствие переполнения мочевого пузыря безопасно, с точки зрения функции почек, использовать устройства, осуществляющие полное дренирование мочевого пузыря. К таким относятся постоянный мочевой катетер, надлобковый дренаж или методика периодической катетеризации мочевого пузыря.

3.1.3.1 Средство для сбора мочи.

- Прежде чем предлагать устройства для сбора мочи, убедитесь, что взрослые с недержанием мочи и/или ухаживающие за ними лица информированы о доступных методах лечения [27,28,29].
- **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)**
- Предложите больным с недержанием мочи использовать прокладки и/или устройства для сбора мочи.
- **Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1В)**

Комментарии: *Различные абсорбирующие средства могут быть использованы длительно у больных со стрессовым, ургентным и функциональным недержанием мочи, у которых курабельные методы*

лечения невозможны или имеют высокий риск значимых побочных эффектов, и только на короткий период времени у больных с недержанием мочи вследствие переполнения мочевого пузыря с последующим дренированием мочевого пузыря катетером из-за высокого риска развития уретерогидронефроза и почечной недостаточности. В рандомизированном исследовании, включавшем 12 мужчин со стрессовым недержанием мочи после радикальной простатэктомии, показано, что пенильные зажимы типа Канингем эффективнее циркулярных и более предпочтительны для пациентов, несмотря на снижение кровотока в половом члене [30]. В Кохрановском обзоре, включавшем семь исследований по использованию механических устройств у женщин со стрессовым недержанием мочи, отсутствуют убедительные данные об их положительном эффекте в отношении устранения утечки мочи. Такая же тенденция отмечена при сравнении эффективности интравагинальных и интрауретральных устройств [31].

3.1.3.2 Постоянное дренирование мочевого пузыря катетером и периодическая катетеризация мочевого пузыря.

- Рекомендуется избегать постоянной трансуретральной катетеризации и цистостомии у пациентов с нейрогенным недержанием мочи для снижения частоты осложнений [32].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

- Периодическая асептическая катетеризация мочевого пузыря 4-6 раз в сутки рекомендуется как стандартный метод лечения пациентов с

НДНМП с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря [33,34].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: В подавляющем большинстве случаев эти способы сбора мочи используются для больных с недержанием мочи вследствие переполнения мочевого пузыря, при функциональном недержании мочи и ургентном недержании мочи вследствие неврологических заболеваний и повреждений в сочетании с другими методами, направленными на увеличение накопительной способности мочевого пузыря.

Постоянное дренирование мочевого пузыря возможно при помощи катетера Фоли, установленного по мочеиспускательному каналу или через надлобковый доступ посредством троакарной или открытой цистостомии. Важно помнить, что длительное нахождение катетера в уретре может вызвать пролежень последней с развитием уретрально-кожного свища и с последующим формированием стриктуры или облитерации уретры.

В Кохрановском обзоре, включавшем три рандомизированных исследования, в которых сравнивали различные типы постоянных катетеров, не показано превосходства какого-либо материала или типа катетера над другими [35].

В систематическом обзоре нерандомизированных исследований не обнаружено различий в частоте ИМП или изменениях верхних мочевых путей в группах больных, у которых использовали надлобковый или уретральный катетер. Однако у пациентов с надлобковым дренажом реже встречались осложнения со стороны уретры [36].

Периодическая катетеризация мочевого пузыря показана преимущественно

больным с недержанием мочи вследствие переполнения мочевого пузыря и в сочетании с медикаментозной терапией у больных с ургентным недержанием мочи в результате неврологических заболеваний и повреждений. Периодическая катетеризация мочевого пузыря может осуществляться самим пациентом (самокатетеризация) или другими лицами. Очень важно соблюдать режим катетеризации таким образом, чтобы объём мочи в мочевом пузыре в промежутках между катетеризациями не превышал 300 – 350 мл. Для соблюдения этого правила у большинства больных требуется от 4 до 6 катетеризаций в течение суток.

Существует устойчивая точка зрения, что не существует значимых преимуществ между различными видами катетеров [37]. Недавно опубликованы данные описательного обзора, согласно которым одноразовые лубрицированные катетеры позволяют снизить риск травмы уретры и ИМП. Кроме этого, они несомненно более удобны в использовании [38].

3.1.4 Образ жизни и недержание мочи.

Существует точка зрения, что образ жизни и привычки могут оказывать определённое влияние на недержание мочи. В этом аспекте наибольшее внимание уделяют таким факторам как вес тела, курение и диета.

- Уменьшение приема кофеина не влияет на недержание мочи [39,40].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2)

- Существуют противоречивые данные по влиянию питьевого режима на недержание мочи [41,42].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности

доказательств 2)

- Ожирение представляет собой фактор риска развития недержания мочи у женщин. Снижение веса у взрослых с ожирением и сахарным диабетом снижает риск развития недержания мочи [43,44]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1b)

- Отсутствуют данные о том, что отказ от курения уменьшает выраженность недержания мочи.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

***Комментарии:** Многие напитки, употребляемые в пищу, содержат кофеин, особенно чай, кофе и кола. Показано, что снижение потребления кофеина может снижать степень выраженности ургентности, но не установлено положительного влияния снижения приема кофеина на недержание мочи [45,46].*

Изменение питьевого режима, в особенности ограничение приема жидкости, представляет собой часто используемую больными стратегию для уменьшения выраженности недержания мочи. Однако, отсутствуют значимые данные о влиянии такого подхода на недержание мочи. Необходимо контролировать объем потребляемой жидкости, чтобы он был достаточным для удовлетворения жажды [47,48].

Во многих эпидемиологических исследованиях показано, что избыточный вес или ожирение представляют собой факторы риска развития недержания мочи. Показано, что снижение веса и хирургические операции по снижению веса уменьшают выраженность недержания мочи [49,50]

В настоящее время отказ от курения представляет собой

общераспространенное мероприятие. В то же время нет убедительных данных, что отказ от курения оказывает какое-либо влияние на недержание мочи.

3.1.5 Поведенческая терапия и физиотерапия.

Термин «поведенческая терапия» используют для описания всех методов, которые требуют мотивированного самообучения пациента, а также техник, используемых для усиления их эффекта.

Она включает обучение пациента и, возможно, некоторые виды когнитивной терапии, а также тренировку мочевого пузыря и мышц тазового дна. Степень мотивации пациента и интенсивность наблюдения за ним могут варьировать, но это считается важным компонентом всего лечения в целом. Поведенческая терапия имеет большое значение в лечении ургентного и, в меньшей степени, функционального и стрессового недержаний мочи. У больных пожилого возраста и, особенно, с неврологическим дефицитом, когнитивными нарушениями, поведенческая терапия может иметь ограниченное применение.

3.1.5.1. Мочеиспускание по времени

- Предлагайте мочеиспускание по времени взрослым с недержанием мочи, у которых есть когнитивные нарушения [51,52].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *Мочеиспускание по часам подразумевает, что обслуживающий персонал, а не пациент «индуцирует» процесс*

мочеиспускания по времени через фиксированные, заранее определенные интервалы времени. В большей степени рекомендуют больным, нуждающимся в уходе с когнитивными расстройствами или без них. Показано положительное влияние на удержание мочи режима мочеиспусканий по времени в сравнении с контрольной группой

3.1.5.2. Тренировка мочевого пузыря

- Предлагайте тренировку мочевого пузыря в качестве терапии первой линии взрослым с ургентным или смешанным недержанием мочи [53,54].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Тренировка мочевого пузыря - это программа обучения пациента, заключающаяся в мочеиспускании по расписанию с постепенным изменением времени между микциями. Она включает коррекцию неправильной привычки часто мочиться, улучшение контроля над ургентностью, удлинение интервалов между мочеиспусканиями, увеличение вместимости мочевого пузыря, снижение количества эпизодов ургентного недержания мочи и восстановление уверенности пациента в контроле над функцией мочевого пузыря. Тренировку мочевого пузыря необходимо проводить на регулярной основе. Методика не имеет побочных эффектов. В литературе существует устойчивое мнение о положительном эффекте этого метода на ургентное недержание мочи.

3.1.5.3 Тренировка мышц тазового дна

- Предлагайте максимально интенсивную тренировку мышц тазового дна под наблюдением, длительностью не менее трех месяцев, в

качестве терапии первой линии у женщин со стрессовым или смешанным недержанием мочи (включая лиц пожилого возраста и в послеродовом периоде) и мужчинам после радикальной простатэктомии для ускорения восстановления удержания мочи [55,56,57] .

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

***Комментарии:** Тренировку мышц тазового дна используют для улучшения их функции и стабильности уретры. Получены определенные данные о том, что улучшение функции мышц тазового дна может подавлять непроизвольные сокращения мочевого пузыря. Тренировку мышц тазового дна можно использовать для профилактики недержания мочи, например, во время беременности, перед родами, у мужчин перед радикальной простатэктомией или в рамках плановой программы восстановления после родов или хирургического лечения. Чаще всего тренировку мышц тазового дна применяют для лечения недержания мочи, и ее можно дополнять биологической обратной связью (с помощью визуальных, тактильных или звуковых стимулов), поверхностной электрической стимуляцией или использованием влагалищных конусов.*

В метаанализе показано, что тренировка мышц тазового дна эффективна для устранения или уменьшения выраженности недержания мочи и улучшения качества жизни. Это утверждение справедливо для женщин со стрессовым, ургентным и смешанным недержаниями мочи, хотя при смешанном типе влияние менее выражено, чем при стрессовом типе в чистом виде.

Влияние тренировки мышц тазового дна у женщин со стрессовым недержанием мочи с возрастом не снижается: в исследованиях, включавших

пожилых женщин, основные и дополнительно оцениваемые показатели были сопоставимы с таковыми в исследованиях, в которых участвовали только женщины молодого возраста [58,59].

3.1.6 Электростимуляция

В клинической практике лечения недержания мочи используют трансректальную и трансвагинальную электростимуляцию мышц тазового дна для лечения ургентного и стрессового недержания мочи, а также чрескожную (игольчатую) и накожную электростимуляцию большеберцового нерва для лечения ургентного недержания мочи.

- Не предлагайте электрическую стимуляцию поверхностными электродами (кожными, влажными, анальными) в виде монотерапии стрессового недержания мочи [60].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

Предлагайте, если доступно, чрескожную стимуляцию большеберцового нерва при ургентном недержании мочи женщинам, у которых неэффективны антимускариновые препараты [61,62].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: *трансректальную и трансвагинальную электростимуляцию мышц тазового дна часто используют у больных, которые не могут их сокращать, чтобы дать им возможность почувствовать мышцы тазового дна.*

Большинство данных по электростимуляции мышц тазового дна касается женщин со стрессовым и ургентным недержанием мочи. Качество исследований было признано низким вследствие различных параметров

стимуляции, режимов лечения и критериев оценки.

Электростимуляция большеберцового нерва основана на генерации электрических импульсов, попадающих в крестцовый центр мочеиспускания через нервы S2–S4 крестцового сплетения. Стимуляция проводится тонкой иглой размером 34 G, введенной чрескожно немного выше медиальной поверхности лодыжки. Также эффективна электростимуляция накожным электродом. Цикл лечения обычно включает 12 еженедельных процедур длительностью 30 минут.

В литературе опубликованы убедительные результаты эффективности чрескожной электростимуляции большеберцового нерва у женщин с резистентным к лечению холинолитиками ургентным недержанием мочи. Они свидетельствуют об уменьшении выраженности ургентного недержания мочи у женщин, у которых неэффективны антимускариновые препараты или у которых имеют место побочные эффекты. При этом отсутствуют данные о возможности полного устранения ургентного недержания мочи. В литературе недостаточно данных для того, чтобы сделать выводы об эффективности электростимуляции большеберцового нерва у мужчин.

3.1.7. Медикаментозное лечение.

3.1.7.1. Лекарственные средства для лечения ургентного недержания мочи.

В настоящее время антимускариновые (антихолинэргические) препараты считаются основным методом лечения ургентного недержания мочи идиопатического и нейрогенного характера. Они различаются по фармакологическому профилю (например аффинности к мускариновым рецепторам и режиму действия), по фармакокинетическим свойствам

(например, растворимости в липидах и периоду полувыведения), а также по форме дозирования. Все используемые в мировой практике для лечения ургентного недержания мочи антимускариновые препараты относятся к третичным аминам и только один препарат, а именно, тропия хлорид, является четвертичным амином. Четвертичные амины вследствие своей высокой гидрофильности не проникают через гематоэнцефалический барьер. Поэтому они не вызывают побочные эффекты со стороны центральной нервной системы, включая когнитивные нарушения. Это важно для больных с ургентным недержанием мочи вследствие ряда неврологических заболеваний, а также для пациентов пожилого и старческого возраста, у которых имеет место повышенный риск развития когнитивных нарушений.

Согласно данным литературы (40 рандомизированных исследований и пять систематических обзоров) все антихолинергические препараты демонстрируют превосходство над группой плацебо в отношении устранения ургентного недержания мочи, хотя абсолютный размер эффекта был небольшим [63,64,65,66,67,68,69,70]. Ни один из антимускариновых препаратов не превосходил другие препараты по улучшению качества жизни [71].

Следует помнить в отношении пожилых пациентов, что закрытоугольная форма глаукомы является абсолютным противопоказанием для назначения холинолитиков. Это обстоятельство нередко требует консультации офтальмолога перед назначением лечения.

- Все антимускариновые препараты являются лекарственными средствами первого выбора в лечении идиопатического и нейрогенного

ургентного недержания мочи у пожилых пациентов [65,66].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

С осторожностью назначайте антимускариновые препараты на длительное время пожилым лицам с когнитивной дисфункцией или риском ее развития [70].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Проводите раннюю оценку эффективности и побочных эффектов у пациентов, принимающих антимускариновые препараты для лечения ургентного недержания мочи [71,72].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

***Комментарии:** Согласно критериям Бирса, все антихолинергические препараты относятся к группе лекарственных средств, которые следует с особой осторожностью использовать у пациентов пожилого возраста [63]. Прежде всего вследствие их возможного отрицательного воздействия на когнитивные функции. Поэтому при их назначении и в ходе лечения у больных пожилого и старческого возраста необходимо оценивать не только их эффективность, но и побочные эффекты, особенно обращая внимание на когнитивный статус пациента.*

Антихолинергические препараты являются симптоматическим вариантом лечения и после прекращения их приема происходит рецидив ургентного недержания мочи. В связи с этим пациенту необходимо указать на необходимость длительного приёма препарата. В то же время в литературе отсутствуют данные в отношении эффективности антихолинергических препаратов при их длительном применении. Однако

известно, что около 50% больных в течение первых 6 мес прекращают лечение холинолитиками либо по причине побочных эффектов, либо вследствие недостаточной эффективности лечения (наиболее частым побочным эффектом является сухость во рту). Таким больным показано лечение альтернативными лекарственными препаратами, а именно, агонистами бета-3-адренорецепторов.

В Российской Федерации зарегистрированы следующие М-холиноблокаторы для лечения ургентного недержания мочи.

- Оксибутинина гидрохлорид быстрого освобождения в дозе от 2,5 до 5,0 мг (максимальная доза 20 мг/сут). Получены данные о том, что оксибутинин быстрого высвобождения может вызывать/усиливать когнитивную дисфункцию [73].
- Солифенацина сукцинат применяется один раз в сутки в дозе 5 или 10 мг. В объединенном анализе показано, что солифенацин не усиливает когнитивную дисфункцию у пожилых людей. Также не выявлено возрастных различий в фармакокинетических свойствах солифенацина, хотя частота нежелательных явлений выше у пациентов старше 80 лет. Препарат не влияет на когнитивную функцию у здоровых добровольцев пожилого возраста [74,75].
- Толтеродина тартрат назначают по 2 мг 2 раза/сут, независимо от приема пищи. Общая доза может быть уменьшена до 2 мг/сут (по 1 таб. 1 мг 2 раза/сут) на основании индивидуальной переносимости препарата. В исследованиях, которые включали пожилых людей, эффективность и профиль побочных эффектов толтеродина тартрата оказались сопоставимы с таковыми у молодых пациентов [76].

- Фезотеродин применяют в начальной дозе – 4 мг 1 раз в сутки. При необходимости доза может быть увеличена до 8 мг. У здоровых лиц пожилого возраста влияние фезотеродина на когнитивную функцию сопоставимо с плацебо [77].
- Троспия хлорид назначают внутрь взрослым и детям старше 14 лет. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 15 мг: назначают по 1 таблетке 3 раза в сутки с интервалом в 8 ч; суточная доза - 45 мг. Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг: назначают по 1/2 таблетки 3 раза в сутки или 1 таблетку утром и 1/2 таблетки вечером; суточная доза - 45 мг. Установлено, что троспия хлорид не проникает через гематоэнцефалический барьер вследствие характеристик молекулы (четвертичный амин с гидрофильными свойствами) и поэтому не имеет отрицательного влияния на когнитивную функцию [78,79,].
- Мирабегрон превосходит плацебо в уменьшении выраженности ургентного недержания мочи, с сопоставимой частотой побочных эффектов [80].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

- Мирабегрон эффективен и безопасен у пожилых пациентов [81].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 3)

Комментарии: С 2013 г. мирабегрон стал первым клинически доступным и единственным до настоящего времени агонистом бета-3-адренорецепторов. Они представляют собой основной тип

адренорецепторов, экспрессируемых в гладких мышечных клетках детрузора, и их стимуляция, как считается, вызывает расслабление детрузора.

Во всех исследованиях, касающихся применения мирабегрона, наблюдали статистически значимое изменение только выраженности симптомов, но не полное устранение ургентного недержания мочи, вне зависимости от предыдущего приема антимускариновых препаратов.

Наиболее частыми нежелательными явлениями мирабегрона являются артериальная гипертензия (7,3%), назофарингит (3,4%) и ИМП (3%). Препарат назначается в дозе 50 мг один раз в сутки. При недостаточной эффективности солифенацина в дозе 5 мг вместо повышения дозы рекомендуется дополнительно назначить мирабегрон. Назначение мирабегрона при ургентном недержании мочи вследствие неврологических заболеваний ограничено недостаточным опытом его применения.

3.1.7.2. Лекарственные средства для лечения стрессового недержания мочи

- Дулоксетин можно с осторожностью назначать женщинам со стрессовым недержанием мочи, принимая во внимание высокую частоту побочных эффектов [82].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Дулоксетин 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 поперечно-полосатого сфинктера уретры. Дулоксетин назначают в дозе 40 мг 2 раза в сутки. По данным исследований, в целом, показаны скромные результаты в отношении стрессового недержания мочи. Кроме этого, необходимо помнить, что дулоксетин вызывает серьёзные побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и ЦНС [83].

- Женщинам постменопаузального возраста с недержанием мочи показана вагинальная терапия эстрогенами, особенно при наличии других симптомов вульвовагинальной атрофии [84].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

- Вагинальная терапия эстрогенами должна проводиться длительное время. При наличии в анамнезе рака молочной железы необходима консультация онколога [85].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: Для вагинального введения эстрогенов можно использовать конъюгированные лошадиные эстрогены, эстриол или эстрадиол в вагинальных пессариях, кольцах или кремах. В литературе отсутствуют данные о преимуществе какого-либо типа эстрогенов или вида вагинальной терапии. Показано, что при вагинальном введении эстрогены позволяют уменьшить выраженность недержания мочи при краткосрочном наблюдении. Идеальная длительность лечения и отдаленные эффекты до конца не определены.

3.2. Хирургическое лечение

3.2.1. Женщины с неосложненным стрессовым недержанием мочи.

Используют следующие виды оперативных вмешательств у женщин со стрессовым недержанием мочи: открытая и лапароскопическая кольпосуспензия, слинговая уретропексия свободной синтетической петлей, проксимальная уретропексия фасциальным слингом, инъекция объемообразующего вещества, имплантация искусственного сфинктера.

В настоящее время синтетические слинги представляют собой наиболее частый метод оперативного лечения стрессового недержания мочи у женщин в Европе. В ранних исследованиях показано, что синтетические слинги должны быть сделаны из монофиламентного нерассасывающегося материала, обычно полипропилена (пролена), и сконструированы в виде сетки, шириной 1–2 см, с относительно большим размером пор (макропористая). Принцип функционирования субуретрального синтетического слинга заключается в том, что он как гамак обеспечивает поддержку уретры, предотвращая ее гипермобильность во время повышения абдоминального давления.

Два основных, наиболее изученных, способа установки синтетических слингов: трансобтураторный (TOT) и позадилонный (TVT). Обе методики показывают практически одинаковые результаты объективного устранения стрессового недержания мочи. При длительном наблюдении они составляют 51–88% и 43–92% в группе TVT и TOT, соответственно [86].

Несмотря на низкую частоту нежелательных явлений, при установке позадилонных слингов выше частота перфорации мочевого пузыря и расстройств мочеиспускания. После операции TOT ниже риск повреждения

сосудов и соседних органов, расстройств мочеиспускания, но чаще появляется боль в паховой области, в отличие от боли в надлонной области. Общий риск эрозии влагалища низкий и сопоставим в обеих группах (2,1% для TVT и 2,4% для TOT).

- Предлагайте синтетические слинги женщинам с неосложненным стрессовым недержанием мочи [86].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: При анализе отдаленных результатов синтетических слингов показано сохранение эффективности в течение более 10 лет. У женщин с повышенной массой тела синтетические слинги представляют собой эффективный вид операции для коррекции стрессового недержания мочи, хотя результаты могут быть хуже [87]. Все исследования свидетельствуют о хорошей эффективности синтетических слингов у женщин пожилого возраста. В то же время, с возрастом отмечается тенденция иметь более высокий риск неэффективности хирургического лечения стрессового недержания мочи, равно как и развития осложнений [88].

При этом, отсутствуют данные о превосходстве по эффективности или безопасности какого-либо метода оперативного лечения стрессового недержания мочи над другими у женщин пожилого возраста. [89,90].

- Открытая и лапароскопическая кольпосуспензии (операция Бёрча), а также аутологичный фасциальный слинг, могут быть использованы для лечения женщин со стрессовым недержанием мочи [91, 92].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: При открытой, позадилоной и лапароскопической кольпосуспензиях производят фиксацию нерассасывающимися швами проксимальной уретры и шейки мочевого пузыря к связке Купера. Открытая позадилоная кольпосуспензия ранее считалась золотым стандартом оперативного лечения стрессового недержания мочи. Ее использовали в качестве метода сравнения в рандомизированных исследованиях более новых и менее инвазивных вмешательств, включая лапароскопический доступ, с помощью которого стало возможным проводить малоинвазивную кольпосуспензию. В течение первого года после открытой кольпосуспензии частота полного удержания мочи составила 85–90%. При сравнении кольпосуспензии и слингов не выявлено различий при оценке субъективных или объективных результатов лечения в любые сроки после оперативного лечения (1–5 лет и 5 лет и более).

Операция аутологичный фасциальный слинг выполняется через комбинированный влагалищный и трансабдоминальный доступы. Таким способом осуществляется уретропексия аутофасциальным слингом, формируемым из фрагмента фасции прямой мышцы живота. Фасциальный слинг не уступает кольпосуспензии по частоте устранения недержания мочи через год наблюдения.

В сравнительных исследованиях аутологичных фасциальных и синтетических слингов отмечалась сопоставимая эффективность. Тем не менее использование синтетических слингов позволяет сократить время операции и снизить количество осложнений, включая затрудненное мочеиспускание [93]. При выборе метода оперативного лечения необходимо помнить, что в случае избыточной массы тела технически более сложно выполнить кольпосуспензию и аутологичный фасциальный слинг по сравнению с позадилоной или трансобтураторным синтетическим

слингом. Кроме этого, при возникновении проблем с нарушением функции опорожнения мочевого пузыря после кольпосуспезии требуется повторное и значимое по объёму оперативное вмешательство, тогда как в случаях фасциального или синтетического слинга последний пересекается через небольшой разрез влагалища.

- Объемообразующие препараты показаны женщинам со стрессовым недержанием мочи, которым необходима малотравматичная операция. Следует информировать больных о возможной необходимости ее повторения, а также предупреждать об отсутствии данных в отношении отдаленных результатов [94,95].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

***Комментарии:** Концепция этой операции исходит из того, что интра- или периуретральное введение препаратов, обладающих способностью к затвердеванию под подслизистым слоем или вокруг уретры, соответственно могут сформировать искусственную манжету, которая повысит сопротивление в мочеиспускательном канале и улучшит удержание мочи. Объемообразующие препараты обладают более низкой эффективностью, чем кольпосуспезия или аутологичные слинги, в устранении стрессового недержания мочи. Периуретральное введение объемообразующих веществ позволяет уменьшить выраженность и устранить стрессовое недержание мочи у женщин при краткосрочном наблюдении (до 12 мес наблюдения). Отсутствуют данные о превосходстве одного типа объемообразующих веществ над другими. Известно, что*

промежностный путь введения объёмобразующих веществ связан с более высоким риском задержки мочи по сравнению с трансуретральным доступом. В обзоре, включавшем результаты лечения 514 пожилых пациенток со стрессовым недержанием мочи, которым вводили разные вещества, показано снижение веса прокладок в 73% случаев через год наблюдения вне зависимости от вводимого препарата. Этот вид оперативного вмешательства может быть использован для кратковременной коррекции стрессового недержания мочи у пожилых с интеркуррентными заболеваниями, когда выполнение стандартных видов оперативного лечения связано с высоким риском интраоперационных осложнений.

3.2.2 Стрессовое недержание мочи у мужчин

Причиной стрессового недержания мочи у мужчин являются ятрогенные повреждения поперечно-полосатого сфинктера уретры во время диагностических и оперативных вмешательств в зоне пузырно–уретрального сегмента. Наиболее часто стрессовое недержание мочи имеет место после радикальной простатэктомии, выполненной по поводу рака простаты. Первым этапом сразу после оперативного лечения назначают тренировку мышц тазового дна на протяжении 6-12 мес. При отсутствии эффекта показано оперативное лечение.

- Предлагайте искусственный сфинктер уретры мужчинам с стрессовым недержанием мочи [96].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: Для ускорения процесса восстановления удержания мочи после операций на предстательной железе, наряду с тренировкой мышц тазового дна, можно использовать дулоксетин [97]. Однако необходимо информировать пациентов о возможных нежелательных явлениях. В ряде случаев для временного устранения легкой степени стрессового недержания мочи после радикальной простатэктомии можно использовать объемобразующие вещества. Также при легкой и умеренной степенях стрессового недержания мочи после радикальной простатэктомии применяют, так называемые, фиксированные синтетические слинги. Они устанавливаются под уретрой и фиксируются позадилоном или трансобтураторным доступом. Натяжение слинга устанавливается интраоперационно и его нельзя в последующем корректировать [98,99].

Однако наилучшие результаты устранения стрессового недержания мочи обеспечивает искусственный сфинктер мочевого пузыря. При этом, даже в экспертных центрах, сохраняется высокий риск осложнений, механической поломки с необходимостью удаления устройства [100,101]. Поэтому многие больные предпочитают избегать оперативного лечения и вынуждены использовать различные средства для сбора мочи и наружные устройства для сдавления уретры по типу «прищепок».

3.2.3. Хирургическое лечение ургентного недержания мочи.

3.2.3.1. Внутридетрузорное введение онаботулотоксина типа А

- Рекомендуйте введение онаботулотоксина типа А в стенку мочевого пузыря пациентам с ургентным недержанием мочи, у которых

неэффективна консервативная терапия (тренировка мышц тазового дна и/или лекарственная терапия) [102].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

Предупреждайте пациентов об ограниченной длительности эффекта, риске инфекции мочевыводящих путей и возможной необходимости длительной самокатетеризации (убедитесь в том, что они хотят и могут ее проводить).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарии: *Онаботулотоксин типа А (BOTOX) одобрен и зарегистрирован в дозе 100 Ед для лечения идиопатического и в дозе 200 Ед для лечения нейрогенного ургентного недержания мочи [103,104]. Используют у больных с рефрактерным к медикаментозному лечению ургентным недержанием мочи. После разведения физиологическим раствором препарат вводят в детрузор во время цистоскопии. Положительный эффект наблюдают в первые 10 дней после процедуры с последующим рецидивом ургентного недержания мочи в среднем через 6-8 мес после введения, что требует повторных процедур. Эффективность инъекций онаботулотоксина типа А не снижается при повторном введении. Наиболее значимые нежелательные явления при введении ботулотоксина типа А, описанные в регистрационных исследованиях, включают инфекцию мочевыводящих путей и увеличение объема остаточной мочи, при котором может потребоваться чистая периодическая катетеризация [105]. В связи с этим все больные должны быть предупреждены и обучены методике периодической катетеризации мочевого пузыря. В когортных исследованиях*

показана эффективность введения ботулотоксина в стенку мочевого пузыря у пожилых и ослабленных пожилых пациентов [106]. При введении онаботулотоксина типа А пожилым ослабленным пациентам отмечается высокий риск увеличения объема остаточной мочи. Это требует ультразвукового мониторинга объёма остаточной мочи в первые дни после лечения.

3.2.3.2. Сакральная нейромодуляция.

Утверждённым показанием к сакральной нейромодуляции являются больные с идиопатической формой ургентного недержания мочи при недостаточной эффективности медикаментозного лечения. При нейрогенной форме ургентного недержания мочи методика может быть также использована, но в рамках клинических исследований.

Установлено, что электростимуляция третьего сакрального нерва приводит к ингибированию парасимпатической активности тазового нерва и увеличению симпатической активности подчревного нерва. В результате увеличивается накопительная способность мочевого пузыря.

- Рекомендуйте сакральную нейромодуляцию больным с ургентным недержанием мочи, у которых медикаментозное лечение оказалось неэффективным [107,108].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Комментарии:** Методика сакральной нейромодуляции предполагает два этапа. На первой стадии двухэтапной имплантации, по предварительно введённой игле, под рентгеноскопическим контролем, чрескожно устанавливают электрод. Обычно используют третье

сакральное отверстие и электрод располагают вдоль крестцового нерва. Раньше использовали временные однополярные электроды. В последнее время для более длительной тестовой фазы стали применять так называемые, квадрополярные электроды, которые могут быть использованы и для постоянной стимуляции. После имплантации электрод фиксируют к коже и подсоединяют к портативному наружному электростимулятору. Для стимуляции используют монофазные, прямоугольные импульсы шириной 210 мкс, частотой 25 Гц и напряжением от 0,5 до 5 В. Временную стимуляцию проводят от 3-5 дней до 4-6 недель. Пациентов, у которых во время тестовой фазы отмечается снижение частоты эпизодов ургентного недержания мочи более чем на 50%, отбирают на постоянную стимуляцию (второй этап). Система для постоянной сакральной нейромодуляции предполагает установку в области третьего сакрального нерва квадрополярного электрода с подключением последнего к батарее (импульсному генератору электрических импульсов), размещаемой под кожей в ягодичной области. Отдаленные результаты показывают уменьшение выраженности ургентного недержания мочи на 50% у половины пациентов, а у 15% пациентов достигается полное устранение ургентного недержания мочи. В среднем через 4-5 лет необходима замена батареи-генератора [109].

3.2.3.3. Цистопластика и деривация мочи

Аугментационная цистопластика представляет собой подшивание детубуляризированного сегмента кишечника к раскрытой стенке мочевого

пузыря. Чаще всего для этого используют дистальный отдел подвздошной кишки, но при соответствующей длине можно использовать любую часть кишечника.

Деривация мочи остается вариантом реконструктивной операции у пациентов с сохраняющимся ургентным недержанием мочи после многочисленных операций, лучевой терапии или патологии органов малого таза. В таких случаях показано выполнение необратимой деривации мочи. Варианты включают создание подвздошного кондуита, ортотопического и гетеротопического необладдера с катетеризируемой стомой Митрофанова.

- Предлагайте аугментационную цистопластику пациентам с ургентным недержанием мочи, у которых неэффективны другие методы лечения [110,111,112].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

- Предлагайте деривацию мочи только пациентам, у которых неэффективны менее инвазивные методы лечения ургентного недержания мочи и которые согласны жить со стомой, и предупреждайте о возможном небольшом риске развития злокачественных опухолей [113].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: Аугментационная цистопластика и деривация мочи очень редко используются при идиопатическом ургентном недержании мочи. Они применяются всегда при отсутствии эффекта консервативных и других оперативных методов лечения у больных с ургентным недержанием мочи

вследствие неврологических заболеваний, у которых имеет место высокое детрузорное давление во время утечки мочи. Это очень опасно развитием пузырно-мочеточникового рефлюкса, уретерогидронефроза и хронической почечной недостаточности. Кроме того, после аугментационной цистопластики для адекватного опорожнения мочевого пузыря пациенту необходимо выполнять чистую периодическую катетеризацию. Больные должны быть предупреждены о высоком риске краткосрочных и отдаленных осложнений после аугментационной цистопластики и деривации мочи.

3.3. Диетотерапия

Не предусмотрена.

3.4. Обезболивание

Не предусмотрено

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

- При ургентной и стрессовой формах недержания мочи рекомендуется реабилитация в виде специальных курсов ЛФК (упражнения для укрепления мышц тазового дна) для достижения стойкой компенсации или стойкой ремиссии недержания мочи [53,60,114].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется диспансерное наблюдение врачом-урологом пациентов с недержанием мочи, не поддающемуся коррекции медикаментозными или хирургическими методами лечения при наличии нейрогенных расстройств мочеиспускания с целью предотвращения прогрессирования заболевания [5].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Мероприятия по профилактике недержания мочи заключаются в устранении факторов риска заболевания: курения, хронического кашля, излишнего веса и родовой акушерской травмы. Требуется диспансерное наблюдение урологом.

Условием постановки на диспансерный учет является недержание мочи, не поддающееся коррекции медикаментозными или хирургическими методами лечения при наличии нейрогенных расстройств мочеиспускания. Периодичность осмотров – 2 раза в год. Объем диспансерного обследования включает в себя прием и консультацию врача-специалиста, заполнение опросников и дневников мочеиспускания, общий анализ мочи, определение остаточной мочи. Объем дополнительного диспансерного обследования определяется врачом-урологом. Основанием для прекращения диспансерного наблюдения является достижение стойкой компенсации или стойкой ремиссии недержания мочи.

6. Организация оказания медицинской помощи

Показания для плановой госпитализации:

- 1) хирургическое лечение стрессового недержания мочи.
- 2) хирургическое лечение рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного недержания мочи.

Показания для экстренной госпитализации:

- 1) Экстренная госпитализация не показана

Показания к выписке пациента из стационара:

- 1) Восстановление полного или частичного удержания мочи и самостоятельного мочеиспускания

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).

- С возрастом повышается риск неэффективности хирургического лечения стрессового недержания мочи или развития осложнений.
- Эффективность операций у пациентов с осложненным недержанием мочи ниже, чем у первичных пациентов.
- Одновременное выполнение операций по устранению стрессового недержания мочи и пролапса тазовых органов у женщин может привести к увеличению рисков развития осложнений, в то время как преимущества одномоментного хирургического пособия не однозначны.
- Эффективность операций у пациентов, которым ранее проводились лучевая терапия, а также пациентов с нейрогенными дисфункциями, ниже, а

вероятность развития осложнений выше.

№	Критери качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Собран анамнез заболевания, проанализированы принимаемые для сопутствующих заболеваний медикаментозные препараты, которые могут приводить к недержанию мочи	5	C
2	Выполнен осмотр пациента, в том числе в гинекологическом кресле (для женщин) с кашлевым тестом	5	C
3	Пациентом заполнен 3х-дневный дневник мочеиспусканий, выполнен его анализ.	2	B
4	Выполнен общий анализ мочи	3	C
5	Выполнено УЗИ органов мочевыводящей системы с определением остаточной мочи	2	B
6	При наличии рефрактерного к медикаментозной терапии ургентного недержания мочи или осложненного стрессового недержания мочи, нейрогенного недержания мочи или недержания мочи у мужчин выполнено КУДИ	2	B
7	Выполнена цистоскопия при гематурии, боли в мочевом пузыре, рецидивном недержании мочи, при подозрении на наличие уrogenитальных свищей и экстрауретрального недержания мочи.	2	B
8	Назначена консервативная поведенческая терапия, в том числе модификация диеты, образа жизни, тренировка мочевого пузыря, а также тренировка мышц тазового дна	1	A
9	Назначена медикаментозная терапия ургентного недержания мочи	1	A
10	При ургентном недержании мочи, рефрактерном к приему медикаментов, или при выраженных побочных эффектах выполнено внутридетрузорное введение ботулинического токсина	1	A

11	Женщинам, страдающим стрессовым недержанием мочи выполнить операцию с применением субуретрального слинга, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	1	A
12	Мужчинам, страдающим стрессовым недержанием мочи выполнить операцию с применением субуретрального слинга или искусственного сфинктера уретры, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, при наличии показаний и отсутствии противопоказаний	3	B

Литература

1. Abrams P., Cardozo L., Fall M. et al. Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardization sub-committee of the International Continence Society. Urology. 2003 Jan; 61(1): 37-49.
2. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol. 2006;50(6):1306–14.
3. Byles, J., et al. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. Age Ageing, 2009. 38: 333.
4. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. BJU Int 2001; 87: 760-6.
5. Клинические рекомендации Российского общества урологов под редакцией Аляева,— М -2017г..
6. Steawart W.F., Van Rooyen J.B., Cundiff G.W. et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States // World J Urol. 2003. № 20. С. 327–336.

7. Omli R, Hunskaar S, Mykletun A, Romild U, Kuhry E. Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study. *BMC Geriatr*. 2013; 13 (1):47.
8. Holroyd-Leduc JM, Mehta KM, Covinsky KE. Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*. 2004 May; 52(5):712-8.)
9. Morrison A, Levy R. Fraction of nursing home admission attributable to urinary incontinence. *Value Health* 2006;9:272.
10. Coyne KS, Wein A, Nicholson S. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *J Manag Care Pharm* 2014;20:130–40.
11. Гериатрия: национальное руководство/ под редю О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. -608 с.
12. Brown, J.S., et al. Measurement characteristics of a voiding diary for use by men and women with overactive bladder. *Urology*, 2003. 61: 802.
13. Arinzon, Z., et al. Clinical presentation of urinary tract infection (UTI) differs with aging in women. *Arch Gerontol Geriatr*, 2012. 55: 145.
14. Moore, E.E., et al. Urinary incontinence and urinary tract infection: temporal relationships in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*, 2008. 111: 317.
15. Gravas, S., et al., EAU Guidelines on the management of Non-Neurogenice Male LUTS, in EAU Guidelines. Edn. published at the 33rd EAU Annual Congress, Copenhagen, E.G. Office, Editor. 2018, EAU Guidelines Office Arnhem, The Netherlands.
16. Ouslander, J.G., et al. Does eradicating bacteriuria affect the severity of chronic urinary incontinence in nursing home residents? *Ann Intern Med*, 1995. 122: 749.

17. Buchsbaum, G.M., et al. Utility of urine reagent strip in screening women with incontinence for urinary tract infection. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2004. 15: 391.
18. Brostrom, S., et al. Short-term reproducibility of cystometry and pressure-flow micturition studies in healthy women. *Neurourol Urodyn*, 2002. 21: 457.
19. Broekhuis, S.R., et al. Reproducibility of same session repeated cystometry and pressure-flow studies in women with symptoms of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*, 2010. 29: 428.
20. Bemelmans, B.L., et al. Evidence for early lower urinary tract dysfunction in clinically silent multiple sclerosis. *J Urol*, 1991. 145: 1219.
21. Lewicky-Gaupp, C., et al. "The cough game": are there characteristic urethrovesical movement patterns associated with stress incontinence? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2009. 20:
22. Shek, K.L., et al. The effect of childbirth on urethral mobility: a prospective observational study. *J Urol*, 2010. 184: 629.
23. Painter, V., et al. Does patient activity level affect 24-hr pad test results in stress-incontinent women? *Neurourol Urodyn*, 2012. 31: 143.
24. Brukhard F.C., et al. EAU guidelines on Urinary incontinence in adults European Association of Urology, 2017.
25. Sarma, A.V., et al. Risk factors for urinary incontinence among women with type 1 diabetes: findings from the epidemiology of diabetes interventions and complications study. *Urology*, 2009. 73: 1203.
26. Urinary incontinence in women: management 2013, National Institute for Health and Care Excellence.
27. Brazzelli, M., et al. Absorbent products for containing urinary and/or

fecal incontinence in adults. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 2002. 29: 45.

28. Fader, M., et al. A multi-centre evaluation of absorbent products for men with light urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*, 2006. 25: 689.

29. Fader, M., et al. Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product designs. *Health Technol Assess*, 2008.

30. Moore, K.N., et al. Assessing comfort, safety, and patient satisfaction with three commonly used penile compression devices. *Urology*, 2004. 63: 150.

31. Lipp, A., et al. Mechanical devices for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014:

32. Park, Y.I., et al. A method to minimize indwelling catheter calcification and bladder stones in individuals with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med*, 2001. 24:

33. Drake, M., et al., Conservative management in neuropathic urinary incontinence, in *Incontinence*, P. Abrams, L. Cardozo, S. Khoury & A. Wein, Editors. 2013, Health Publication: Plymouth:, 2013; pp. 827-1000

34. Li, L., et al. Impact of hydrophilic catheters on urinary tract infections in people with spinal cord injury: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil*, 2013. 94: 782.

35. Jahn, P., et al. Types of indwelling urinary catheters for long-term bladder drainage in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 10:

36. Hunter, K.F., et al. Long-term bladder drainage: Suprapubic catheter versus other methods: a scoping review. *Neurourol Urodyn*, 2013. 32: 944.

37. Prieto, J., et al. Catheter designs, techniques and strategies for intermittent catheterisation: What is the evidence for preventing symptomatic UTI

and other complications? A Cochrane systematic review. *Eur Urol Suppl*, 2014. 13: e762.

38. Hakansson, M.A. Reuse versus single-use catheters for intermittent catheterization: what is safe and preferred? Review of current status. *Spinal Cord*, 2014. 52: 511.

39. Arya, L.A., et al. Dietary caffeine intake and the risk for detrusor instability: a case-control study. *Obstet Gynecol*, 2000. 96: 85.

40. Bryant, C.M., et al. Caffeine reduction education to improve urinary symptoms. *Br J Nurs*, 2002. 11: 560.

41. Swithinbank, L., et al. The effect of fluid intake on urinary symptoms in women. *J Urol*, 2005. 174: 187.

42. Tomlinson, B.U., et al. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 1999. 10: 22.

43. Hunskaar, S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn*, 2008. 27: 749.

44. Subak, L.L., et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*, 2009. 360: 481.

45. Tomlinson, B.U., et al. Dietary caffeine, fluid intake and urinary incontinence in older rural women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 1999. 10: 22.

46. Townsend, M.K., et al. Caffeine intake and risk of urinary incontinence progression among women. *Obstet Gynecol*, 2012. 119: 950.

47. Dowd T.T. et al. Fluid intake and urinary incontinence in older

community-dwelling women. *O Community Health Nurs*, 1996. 13:179

48. Hashim H. et al. How should patients with an overactive bladder manipulate their fluid intake? *BJU Int*, 2008. 102: 62.

49. Bump, R.C., et al. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol*, 1992. 167: 392.

50. Subak, L.L., et al. Weight loss to treat urinary incontinence in overweight and obese women. *N Engl J Med*, 2009. 360: 481.

51. Eustice, S., et al. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000:

52. Flanagan, L., et al. Systematic review of care intervention studies for the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes with urinary incontinence as the primary focus (1966-2010). *Geriatr Gerontol Int*, 2012. 12: 600.

53. Imamura, M., et al. Systematic review and economic modelling of the effectiveness and costeffectiveness of non-surgical treatments for women with stress urinary incontinence. *Health Technol Assess*, 2010. 14

54. Shamliyan, T., et al., Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness. 2012, IUGA-ICS Conservative Management for Female Pelvic Floor Dysfunction: Rockville (MD).

55. Glazener, C., et al. Urinary incontinence in men after formal one-to-one pelvic-floor muscle training following radical prostatectomy or transurethral resection of the prostate (MAPS): two parallel randomised controlled trials. *Lancet*, 2011. 378: 328.

56. Berghmans, B., et al. Efficacy of physical therapeutic modalities in

women with proven bladder overactivity. *Eur Urol*, 2002. 41: 581.

57. Kim, H., et al. Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in elderly community-dwelling Japanese women: a randomized, controlled, crossover trial. *J Am Geriatr Soc*, 2007. 55: 1932.

58. Sherburn, M., et al. Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*, 2011. 30: 317.

59. McFall, S.L., et al. Outcomes of a small group educational intervention for urinary incontinence: health-related quality of life. *J Aging Health*, 2000. 12: 301.

60. Campbell, S.E., et al. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 1:

61. Finazzi-Agro, E., et al. Percutaneous tibial nerve stimulation effects on detrusor overactivity incontinence are not due to a placebo effect: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *J Urol*, 2010. 184: 2001.

62. Peters, K.M., et al. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus Sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from the SUMiT trial. *J Urol*, 2010. 183: 1438.

63. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults // *Am. Geriatr. Soc.* 2015. Vol. 63,

64. Hartmann, K.E., et al. Treatment of overactive bladder in women. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*, 2009: 1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19947666>

65. Chapple, C., et al. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*, 2005. 48:

66. McDonagh, M.S., et al., In: *Drug Class Review: Agents for Overactive Bladder: Final Report Update 4*. 2009: Portland (OR)]

67. Reynolds, W.S., et al. Comparative Effectiveness of Anticholinergic Therapy for Overactive Bladder in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2015. 125: 1423.

68. Novara, G., et al. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with antimuscarinic drugs for overactive bladder. *Eur Urol*, 2008. 54: 740.

69. Ancelin, M.L., et al. Non-degenerative mild cognitive impairment in elderly people and use of anticholinergic drugs: longitudinal cohort study. *BMJ*, 2006. 332: 455.

70. Madhuvrata, P., et al. Which anticholinergic drug for overactive bladder symptoms in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 1: CD005429.

71. DuBeau, C.E., et al. Incontinence in the frail elderly: report from the 4th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn*, 2010. 29: 165.

72. Fink, H.A., et al. Treatment interventions in nursing home residents with urinary incontinence: a systematic review of randomized trials. *Mayo Clin Proc*, 2008. 83: 1332.

73. Minassian, V.A., et al. Randomized trial of oxybutynin extended versus immediate release for women aged 65 and older with overactive bladder: lessons learned from conducting a trial. *J Obstet Gynaecol Can*, 2007. 29: 726.

74. Wagg, A., et al. Efficacy and tolerability of solifenacin in elderly subjects with overactive bladder syndrome: a pooled analysis. *Am J Geriatr Pharmacother*, 2006. 4: 14

75. Zinner, N., et al. Impact of solifenacin on quality of life, medical care use, work productivity, and health utility in the elderly: an exploratory subgroup analysis. *Am J Geriatr Pharmacother*, 2009. 7: 373.

76. Michel, M.C., et al. Does gender or age affect the efficacy and safety of tolterodine? *J Urol*, 2002. 168: 1027.

77. Dubeau, C.E., et al. Effect of fesoterodine in vulnerable elderly subjects with urgency incontinence: a double-blind, placebo controlled trial. *J Urol*, 2014. 191: 395.

78. Pietzko, A., et al. Influences of trospium chloride and oxybutynin on quantitative EEG in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol*, 1994. 47: 337.

79. Isik, A.T., et al. Trospium and cognition in patients with late onset Alzheimer disease. *J Nutr Health Aging*, 2009. 13: 672.

80. Chapple, C.R., et al. Mirabegron in overactive bladder: a review of efficacy, safety, and tolerability. *Neurourol Urodyn*, 2014. 33: 17.

81. Wu, T., et al. The role of mirabegron in overactive bladder: a systematic review and meta-analysis. *Urol Int*, 2014. 93: 326.

82. Li, J., et al. The role of duloxetine in stress urinary incontinence: a systematic

review and metaanalysis. *Int Urol Nephrol*, 2013.

83. Mariappan, P., et al. Duloxetine, a serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) for the treatment of stress urinary incontinence: a systematic review. *Eur Urol*, 2007. 51: 67.

84. Yumru, A.E., et al. The use of local 17beta-oestradiol treatment for improving vaginal symptoms associated with post-menopausal oestrogen deficiency. *J Int Med Res*, 2009. 37: 198.

85. Cody, J.D., et al. Oestrogen therapy for urinary incontinence in post-menopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 10. CD001405.

86. Ford, A.A., et al. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015: CD006375.

87. Brennand, E.A., et al. Five years after midurethral sling surgery for stress incontinence: obesity continues to have an impact on outcomes. *Int Urogynecol J*, 2017. 28: 621.

88. Pushkar D, Kasyan G, Gvozdev M, Sosnowski R. Analysis of 1,000 cases of synthetic midurethral slings used for treatment of female urinary incontinence - a single-center experience. *Cent European J Urol*. 2011; 64(4):243-51.

89. Franzen, K., et al. Surgery for urinary incontinence in women 65 years and older: a systematic review. *Int Urogynecol J*, 2015. 26: 1095.

90. Serati, M., et al. Transobturator vaginal tape for the treatment of stress urinary incontinence in elderly women without concomitant pelvic organ prolapse: is it effective and safe? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013. 166: 107.

91. Lapitan, M.C., et al. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 2: CD002912

92. Rehman, H., et al. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017. 7: CD001754.

93. Campeau, L., et al. A multicenter, prospective, randomized clinical trial

comparing tension-free vaginal tape surgery and no treatment for the management of stress urinary incontinence in elderly women. *Neurourol Urodyn*, 2007. 26: 990.

94. Zhao, Y., et al., Bulking agents - An analysis of 500 cases and review of the literature. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 2016. 43: 666.

95. Hegde, A., et al. Three-dimensional endovaginal ultrasound examination following injection of Macroplastique for stress urinary incontinence: outcomes based on location and periurethral distribution of the bulking agent. *Int Urogynecol J*, 2013. 24: 1151.

96. Imamoglu M. A. et al. The comparison of artificial urinary sphincter implantation and endourethral macroplastique injection for the treatment of postprostatectomy incontinence //European urology. – 2005. – T. 47. – №. 2. – C. 209-213.

97. Alan, C., et al. Efficacy of Duloxetine in the Early Management of Urinary Continence after Radical Prostatectomy. *Curr Urol*, 2015. 8: 43.

98. Cornel, E.B., et al. Can advance transobturator sling suspension cure male urinary postoperative stress incontinence? *J Urol*, 2010. 183: 1459.

99. Gill, B.C., et al. Patient perceived effectiveness of a new male sling as treatment for postprostatectomy incontinence. *J Urol*, 2010. 183: 247.

100. Bauer, R.M., et al. Contemporary management of postprostatectomy incontinence. *Eur Urol*, 2011. 59: 985.

101. Smith, P., et al. 1348 Hypercontinence and cuff erosion after artificial sphincter insertion: A comparison of cuff sizes and placement techniques. *The Journal of Urology*, 2011. 185: e538.

102. Mehta, S., et al. Meta-analysis of botulinum toxin A detrusor injections in the treatment of neurogenic detrusor overactivity after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 2013. 94: 1473.

103. Mangera, A., et al. Contemporary management of lower urinary tract

disease with botulinum toxin A: a systematic review of botox (onabotulinumtoxinA) and dysport (abobotulinumtoxinA). *Eur Urol*, 2011. 60: 784.

104. Chapple, C., et al. OnabotulinumtoxinA 100 U significantly improves all idiopathic overactive bladder symptoms and quality of life in patients with overactive bladder and urinary incontinence: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Urol*, 2013. 64: 249.

105. Nitti, V.W., et al. Onabotulinumtoxin A for the treatment of patients with overactive bladder and urinary incontinence: results of a phase 3, randomized, placebo controlled trial. *J Urol*, 2013. 189: 2186.

106. Nitti, V.W., et al. Durable Efficacy and Safety of Long-Term OnabotulinumtoxinA Treatment in Patients with Overactive Bladder Syndrome: Final Results of a 3.5-Year Study. *J Urol*, 2016. 196: 791.

107. Weil, E.H., et al. Sacral root neuromodulation in the treatment of refractory urinary urge incontinence: a prospective randomized clinical trial. *Eur Urol*, 2000. 37: 161.

108. Schmidt, R.A., et al. Sacral nerve stimulation for treatment of refractory urinary urge incontinence. Sacral Nerve Stimulation Study Group. *J Urol*, 1999. 162: 352.

109. van Kerrebroeck, P.E., et al. Results of sacral neuromodulation therapy for urinary voiding dysfunction: outcomes of a prospective, worldwide clinical study. *J Urol*, 2007. 178: 2029.

110. Kockelbergh, R.C., et al. Clam enterocystoplasty in general urological

practice. Br J Urol, 1991. 68: 38.

111. Cohen, A.J., et al. Comparative Outcomes and Perioperative Complications of Robotic Vs Open Cystoplasty and Complex Reconstructions. Urology, 2016. 97: 172.

112. Greenwell, T.J., et al. Augmentation cystoplasty. BJU Int, 2001. 88: 511.

113. Kockelbergh, R.C., et al. Clam enterocystoplasty in general urological practice. Br J Urol, 1991. 68: 38.

114. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 1: CD001843

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Кривобородов Григорий Георгиевич— доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии РНИМУ имени Н.И. Пирогова, зав.отд. урологии РГНКЦ, Председатель Общества нейроурологии и специалистов нарушения акта мочеиспускания, член РАГГ
2. Ткачева О. Н. – д. м. н., профессор, директор ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, зав. кафедрой болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Президент Российской Ассоциации геронтологов и гериатров
3. Котовская Ю.В. – д.м.н., профессор, зам. директора по научной работе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров
4. Мильто А.С. – д.м.н., зам. директора по лечебной и научно-методической работе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров
5. Рунихина Н.К – д.м.н., зам. директора по гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, профессор кафедры болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров
6. Фролова Е.В. – д.м.н., профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров
7. Остапенко В.С. - к.м.н., ассистент кафедры болезней старения ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров

8. Шарашкина Н.В. – к.м.н., старший научный сотрудник лаборатории гериатрии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России ОСП РГНКЦ, член Российской Ассоциации геронтологов и гериатров

Конфликт интересов: Все члены Рабочей группы подтвердили отсутствие финансовой поддержки/конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций: специалисты, имеющие высшее медицинское образование по следующим специальностям:

- геронтология;
- терапия;
- общая врачебная практика (семейная медицина);
- хирургия;
- акушерство и гинекология.

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
-----	-------------

1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

4	Несравнимые исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённому КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.

Связанные документы:

1. Клинические рекомендации Российского общества урологов.
2. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 907н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «урология»».
3. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 698н (N39.3) "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при непроизвольном мочеиспускании"
4. Приказ Минздрава России от 09.11.2012 N 759н (N39.3) "Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при непроизвольном мочеиспускании"
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 30.11.2005 N 707(N39.3) "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с непроизвольным мочеиспусканием"
6. Приказ Минтруда России от 14.03.2018 N 137н"Об утверждении профессионального стандарта "Врач-уролог"

Приложение Б1. Алгоритм ведения пациента с недержанием мочи для специалистов гериатров.



Приложение Б2. Алгоритм ведения пациента с недержанием мочи для специалистов гериатров и урологов.



Приложение В. Опросник для оценки недержания мочи The Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-q SF), русскоязычная версия.

Опросники для оценки недержания мочи

Название на русском языке: Опросник для оценки недержания мочи OAB-q

Оригинальное название (если есть): The Overactive Bladder Questionnaire Short Form (OAB-q SF)

Источник (официальный сайт разработчиков, публикация с валидацией):
<http://www.urocon.ru/web/doc/oabq.pdf>

Тип (подчеркнуть):

- вопросник

Назначение: Опросник OAB-q может использоваться для дифференциальной диагностики типов недержания мочи и оценки эффективности лечения.

Пациент должен заполнять его самостоятельно (по возможности, без участия медицинского персонала), отмечая степень выраженности тех или иных симптомов.

Содержание (шаблон):

- *Цель этого опросника – выяснить, насколько Вас беспокоили нижеперечисленные симптомы расстройства мочеиспускания за последние 4 недели. В каждом вопросе поставьте галочку «✓» или крестик «х» в квадрате, который лучше всего соответствует тому, насколько Вас беспокоил данный симптом за последние 4 недели. Помните, что здесь нет неправильных ответов.*
- *Ответьте, пожалуйста, на все вопросы.*

Насколько за последние 4 недели Вас беспокоили следующие симптомы:	Совсем не беспокоило	Немного беспокоило	Беспокоило в умеренной степени	Достаточно сильно беспокоило	Сильно беспокоило	Очень сильно беспокоило
1. Позывы к мочеиспусканию, сопровождающиеся неприятными ощущениями?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
2. Внезапные позывы к мочеиспусканию, несмотря на то, что до этого момента Вы испытывали небольшое или никакого желания помочиться?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
3. Непроизвольные выделения небольшого количества мочи?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
4. Вам приходилось вставать по ночам, чтобы помочиться?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
5. Вы просыпались ночью, потому что Вам нужно было помочиться?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
6. Выделение мочи, сопровождающееся сильным желанием помочиться?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Ключ (интерпретация): Пациент должен заполнять его самостоятельно (по возможности, без участия медицинского персонала), отмечая степень выраженности тех или иных симптомов. Некоторые вопросы, например, характерны для ургентного недержания мочи (№2,6), другие для стрессового недержания (№3), вопросы №4-5 относятся к ноктурии. Анализ результатов опросника позволит документировать субъективные жалобы пациента и выявить те, которые наиболее выражены. Повторное использование опросника после проведенного лечения позволит специалисту оценить эффективность проведенных лечебных мероприятий. Дополнительный расширенный опросник относится к оценке качества жизни пациента с недержанием мочи и может быть использован наряду с основным.

Следует отметить, что наряду с представленными опросниками существуют и другие, которые тоже могут применяться для диагностики и оценки эффективности лечения пациентов с недержанием мочи.

Приложение Г1 Характеристика различных видов недержания мочи.

Тип недержания мочи	Характеристика
Стрессовое (от англ. stress-напряжение) или недержание мочи при напряжении	Непроизвольная утечка мочи при внезапном повышении внутрибрюшного давления (кашель, чихание, физические нагрузки) и т.д. Происходит вследствие гипермобильности уретры (в подавляющем большинстве случаев) либо в результате недостаточности сфинктерного аппарата уретры
Ургентное (от англ. urge – повелительное) или императивное	Утечка мочи при внезапном и нестерпимом повелительном позыве на мочеиспускание, обусловленном непроизвольными сокращениями мышцы, выталкивающей мочу (детрузора). Следствие идиопатической или нейрогенной ДГ
Функциональное недержание мочи	Возникает при наличии внешних функциональных препятствий для мочеиспускания на фоне нормального функционирования мочевых путей. Может быть связано со снижением когнитивных функций, мобильности, действием психологических факторов (например, снижение мотивации) или факторов окружающей среды (ограничение доступности туалета)

Недержание мочи при переполнении	Связано с переполнением мочевого пузыря в связи с инфравезикальной обструкцией (аденома простаты, стриктура уретры, рак простаты и др.) и/ или сниженной сократительной активностью детрузора (следствие денервации мочевого пузыря). Характеризуется постоянным подтеканием мочи и наличием большого количества остаточной мочи
Смешанное	Сочетание нескольких видов недержания мочи, чаще стрессового и ургентного

Приложение Г2. Указание по заполнению дневника мочеиспусканий

Что такое дневник мочеиспусканий ?

Дневник мочеиспусканий – это способ изучить симптомы нарушения мочеиспускания, который позволяет лучше понять их природу и оценить изменения во времени.

С помощью дневника мочеиспусканий оценивается сколько Вы пьете жидкости, как часто, сколько и в какое время мочитесь, как часто и сколько теряете мочи при недержании.

В каких случаях используется дневник мочеиспусканий?

Дневник мочеиспусканий может заполняться до или после визита к врачу. Заполнение дневника до первого визита может быть полезным, так как позволит более полно описать и понять Ваши симптомы. Также можно оценить питьевые привычки и то, как работает Ваш мочевой пузырь в течение 24 часов.

Как правильно заполнять дневник:

1. Начинайте заполнять дневник с утра, как только встали с постели. Продолжайте вести записи в течение дня и, если необходимо, ночью. Полное время заполнения одного дневника должно быть 24 часа. Например, если Вы проснулись в 7 утра, ведите дневник до 7 утра следующего дня.
2. В течение дня записывайте, сколько жидкости Вы пьете. Если Вы не можете точно измерить объем, запишите примерную цифру. Например, один стандартный стакан вмещает 200 мл воды.
3. Измеряйте и записывайте, сколько мочи и в какое время вы ее выделяете в течение суток при каждом мочеиспускании. Для измерения объема можно использовать хозяйственную кружку с делениями (продается в магазине) или специальную медицинскую емкость (продается в аптеке). Если Вы заполняете дневник вне дома, можно использовать одноразовые пластиковые или бумажные стаканчики стандартного размера. Объем таких стаканчиков около 200 мл.
4. Дневник желательно заполнять минимум трое суток. Заполнение дневника в течение только одних суток может не дать точную картину состояния Вашего мочевого пузыря. Не обязательно заполнять трое суток подряд, это могут быть любые дни.
5. Не забудьте взять дневник с собой, когда пойдете к врачу.

Приложение Г3. Дневник мочеиспусканий

Дата: _____

Вре мя	Выпито		Объе м мочи при мочен спуск ании	Подтек ание мочи? Сколько ?	Сильный позыв к мочеиспус канию? Да/нет	Что вы делали в момент подтекания? Кашель, подъем тяжести и т.д.
	Что выпито?	Сколько ?				
7.20	вода	300 мл	250 мл		да	
8.00				Да, немного	нет	Смеялся
8.40	кофе	100 мл				

Распечатайте необходимое количество бланков самостоятельно.

Приложение Г4. Опросник оценки когнитивных функций (Mini-Cog)

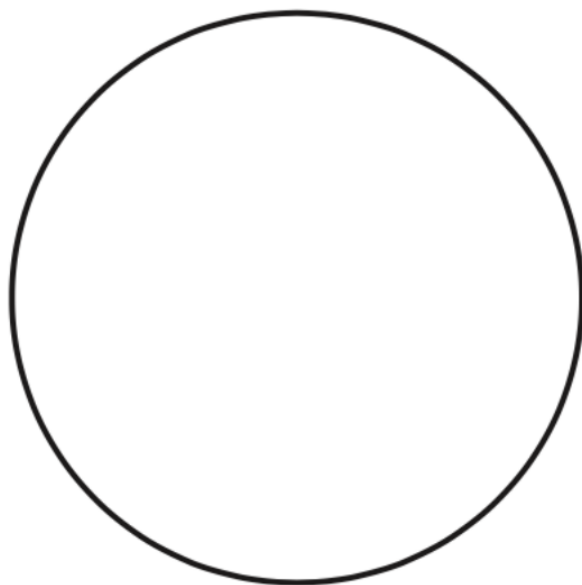
Порядок проведения

Шаг 1. Посмотрите прямо на пациента и скажите: «Пожалуйста, послушайте внимательно. Я сейчас произнесу три слова, которые нужно повторить за мной и постараться запомнить. Это слова: лимон, ключ, шар. Пожалуйста, повторите их теперь». Если пациент не в состоянии повторить эти три слова с трех попыток, переходите к шагу 2 (рисованию часов).

Шаг 2. Скажите: «Теперь я хочу, чтобы вы нарисовали часы. Сначала расставьте по порядку цифры внутри круга». Дождитесь выполнения, затем скажите: «Нарисуйте стрелки так, чтобы они показывали десять минут двенадцатого».

Используйте для этого задания заранее распечатанный круг. Если необходимо, повторите инструкцию. Если часы не нарисованы в течение трех минут, переходите к шагу 3.

Шаг 3. Предложите пациенту вспомнить слова, которые вы произнесли в задании Шага 1. Скажите: «Какие три слова я попросил Вас запомнить?»



Дата проведения теста:

____/____/____

Пациент:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Ответы пациента:

Слово 1 _____

Слово 2 _____

Слово 3 _____

Подсчет баллов:

Запоминание слов: _____ (0-3 балла)	По одному баллу за каждое слово, повторенное без подсказки.
Рисование часов: _____ (0-2 балла)	2 балла – за правильный рисунок: все цифры расставлены в правильном порядке и приблизительно на то место, которое они занимают на циферблате. Стрелки указывают на 11 и на 2. Длина стрелок

	(часовая, минутная) не оценивается. Неспособность или отказ нарисовать часы – 0 баллов.
Общий результат: _____ (0-5 баллов)	Общий результат представляет собой сумму результатов двух заданий: «Запоминания слов» и «Рисования часов».

Интерпретация

Если набрано менее 3 баллов, это основание предположить деменцию. Впрочем, многие пациенты с клинически значимыми когнитивными расстройствами набирают больше двух баллов. Поэтому для большей чувствительности теста рекомендуется рассматривать как свидетельствующий о необходимости более глубокого обследования результат менее 4 баллов.