

## СОЦИАЛЕН ПРОБЛЕМ ИЛИ ЗАБОЛЯВАНЕ Е НЕЗАДЪРЖАНЕТО НА УРИНАТА?

**К. Казалъкова**

*Сектор „Ранна рехабилитация и физиотерапия”*

*Секция по урология, МБАЛСМ „Н.И. Пирогов”*

**Резюме.** В настоящия материал се проследява актуален за обществото проблем – незадържане на урината (инконтиненция). Представени са проблемите на тези болни в социален и психичен аспект.

**Ключови думи:** *инконтиненция, психосоциални фактори, стрес*

**K. Kazalakova.** IS URINARY INCONTINENCE A SOCIAL PROBLEM OR AN INDIVIDUAL DISEASE?

**Summary.** Investigated is a problem of the present days – urine incontinence. Presented are the social and psychological aspects.

**Key words:** *urinary incontinence, psychosocial factors, stress*

Според определението на Международната асоциация по континентност уринарната инконтиненция е „неволево изпускане на урина, което може да се обективизира и което представлява социален и хигиенен проблем”.

Този проблем не се коментира, тъй като в основата му стоят чувство за неудобство, срам, вина, negliжиране, незнание. Днес има немалко информация за това заболяване, някои говорят открито, пациентите търсят специализирана помощ за лечение. Въпреки това в България все още не са много лекарите, които работят за решаването на този социален проблем. Инконтиненцията не се приема като заболяване, а като симптом, който съществува, появява се във всички възрасти и при двата пола, има различен произход. Общопрактикуващите лекари са първото ниво, на което пациентът търси помощ, и те трябва да могат да осъществят контакт с широк кръг специалисти – гинеколози, уролози, педиатри, физиотерапевти. Страдащите от заболяването ще съдействат максимално тогава, когато знаят защо и как е възникнал проблемът, как ще бъдат лекувани. Много пациенти, главно жени, се смущават да споделят пред личния си лекар за съсипващата ежедневие им инконтиненция на урината. Вместо това те отказ-

ват привлекателни предложения за работа, ограничават до минимум социалните си изяви и се обличат по начини, помагащи им да прикрият последиците от спонтанното изпускане на урина при кихане, силен смях, кашляне или физическо усилие.

**Епидемиология.** Статистиката доказва, че инконтиненцията е често срещан проблем и засяга все повече хора. Според авторитетни публикации в Австралия страдат около 0.8 млн. души, в САЩ – 15 млн., в Швеция – 0.4 млн., в Англия – 4 млн., в Германия – 4 млн., в Австрия – 2 млн. За нашата страна няма точна статистика. Предполага се, че от стрес-инконтиненция са засегнати около 25% от жените и 8% от мъжете, от императивна инконтиненция боледуват 38% жени и 33% мъже, от инконтиненция от смесен тип – 33-55% жени и 30-49% мъже. От следоперативна инконтиненция при мъжете са засегнати около 28% (след трансуретрална резекция на простатата или аденомектомия). Жените в менопауза често страдат от това заболяване (35%), приемат го като нормален етап от стареенето и повечето от тях не съобщават за проблема. По данни, публикувани през 1996 г. от английския уролог гериатър А. Райли, 70% от възрастните жени страдат от незадържане на урината след настъпване на менопаузата. Пациентите в млада възраст често смятат, че изпускането на урина ще премине от само себе си и търсят помощ едва след години.

*Икономически аспекти на незадържането на урина.* Това е здравен проблем, свързан с много разходи, увеличаващи се всяка година. В България най-достъпното средство остават абсорбиращите хигиенни материали: памперси, непромокаеми чаршафи, колекторни торби. Те за съжаление не се отнасят към методите за лечение. Месечната калкулация за тези помощни средства е около 200 лв. и обикновено не е по възможностите на всеки българин. И отново поради слабостта на статистиката не можем да кажем каква точно е тежестта на това заболяване за обществото: социални помощи, преждевременно пенсиониране, данъчни облекчения.

*Стрес.* Качеството на живот при болните с инконтиненция на урината е изключително ниско, те са в тежест на близките си и често пъти заболяването е причина да бъдат изпращани в хосписи и старчески домове. Нерядко пациентите се чувстват нежизнеспособни и поради този комплекс често се отделят в периферията на повечето социални дейности. Непрекъснатото им чувство за малоценност ги прави нерешителни и плахи, оказва влия-

ние дори и върху тяхната самооценка. Страдащите от това заболяване често остават изолирани и след лечение трудно могат да възстановят вече влошения си начин на живот, което дава и своето отражение в редица други аспекти.

*Трудоспособност.* Трудовоекспертната лекарска комисия (ТЕЛК) според приложение № 1 към чл. 93, ал. 1 от Наредбата за определяне на работоспособността класифицира по следния начин инконтиненцията на урината: стрес-инконтиненция – 10%; императивна инконтиненция – 20-40%; пълна инконтиненция – 50-60%. Този анализ сам по себе си показва в колко голяма степен заболяването инвалидизира. Инвалидизиране от такъв характер води и до страдания в чисто психичен аспект. Няма институция обаче, която да може да изчисли влошеното качество на живот, разходите за болнично лечение, неудобството, което болният създава на семейството си, психичната травма. Поради това пациентите изпадат в депресия, чувстват се в тежест на околните, този проблем слага край на сексуалния им живот, а нерядко те губят и работата си. Очевидна е нуждата от своевременна профилактика и лечение на това страдание. Болните трябва да бъдат информирани, че има адекватно лечение: физио- и кинезитерапевтично, медикаментозно, хирургично.

**Различават се следните видове инконтиненция:**

- инконтиненция при напрежение (*Stress-incontinence*);
- императивна инконтиненция (*Urge incontinence*);
- инконтиненция от пренапълване на пикочния мехур (*Ischuria paradoxa*);
- рефлексна инконтиненция.

*Инконтиненцията при напрежение (Stress-incontinence)* е изпускане на урина при физически усилия като кашляне, смях, кихане. При този вид инконтиненция се изпуска малко количество урина, като по правило изпускането се засилва през деня. Това е основен тип инконтиненция при млади жени. Стрес-инконтиненцията (СИ) е състояние, при което се наблюдава изпускане на урина по време на внезапно повишаване на интраабдоминалното налягане. Тогава то превишава максималното затворено уретрално налягане и не е придружено от контракция на пикочния мехур. Засегнати са 23% от жените с инконтиненция и 11% от мъжете. Болните обиковено изпускат малко количество урина при кашляне, смях, напъване, слизване по стълби, скачане и бягане. Най-често СИ се среща при раждали

жени с неврологични увреди на тазовото дъно по време на раждането.

*Императивната инконтиненция* се среща при жени в менопауза. Урогениталните разстройства се появяват вследствие на атрофични изменения на естрогенозависими структури в пикочния тракт. Появяват се полакиурии, никтурии, дизурии, императивни позиви и незадръжка на урина за сметка на атрофия в епитела на уретрата и шийката на пикочния мехур, а също така намалява тонусът на мускулните елементи на уретрата.

Предлага се следното лечение:

- Упражнения на тазовата мускулатура
- Трениране на пикочния мехур
- Антимускаринова фармакотерапия
- Невростимулации
- Хирургично лечение.

Кинезитерапевтичният комплекс е най-безобидният вид лечение, упражненията са лесни за изпълнение. Немалко от пациентите ни са с противопоказания за медикаментозно лечение поради придружаващи заболявания (глаукома, сърдечно-съдови и др.), а също заради страничните действия на антимускариновите препарати (сухота в устата, запек, двойно виждане, сухота в очите, сърцебиене, замаяност, езофагеален рефлукс). И не на последно място, фармакотерапията не е по възможностите на възрастните пациенти. Ендокринните смущения, които настъпват най-вече през менопаузата, способстват за възникването на инконтиненция. Това се свързва най-често с намалена продукция на естрогени.

Императивната инконтиненция е изпускане на урина вследствие на силен позив за уриниране. Типичен симптом е изпускането на урина непосредствено пред тоалетната. При този вид инконтиненция се изпуска почти цялото количество урина, събрана в пикочния мехур. Наблюдава се както през деня, така и през нощта. Императивната инконтиненция се среща във всички възрасти, но честотата ѝ се увеличава с напредване на годините. Това е най-честият тип инконтиненция при възрастни. Дължи се на свръхактивност на мускулатурата на пикочния мехур. Причините най-често се коренят във възрастовите промени в отделителната система на жената, хормоналния дефицит, прекарвани по-често цистити. Друг типичен симптом при тези случаи е честото нощно уриниране, което е мъчително и нарушава съня. Импе-

ративната инконтиненция е реален симптом при свръхактивния мехур и се среща при около 35% от жените.

Пациентите с това оплакване може да имат и учестено уриниране през нощта – никтурия. В желанието си да намалят обема на урината в пикочния мехур, страдащите уринират по-често и ограничават приема на течности. Независимо от тази профилактична мярка императивните позиви и инконтиненция остават значителен проблем. Уринарната инконтиненция се наблюдава, когато налягането на пикочния мехур превишава това на уретрата. Терминът „свръхактивен пикочен мехур“ се използва за всички състояния, при които се появяват неконтролирани детрузорни контракции. Възникват силни позиви за уриниране при звука на течаща вода, а също при завръщането вкъщи пред вратата, макар че до този момент не е имало и мисъл за уриниране. Количеството изпусната урина варира от чаена лъжичка до пълния обем на пикочния мехур. Много от пациентите отбелязват, че и малко количество урина предизвиква позиви за микция.

Постоперативната инконтиненция може да се дължи и на *ишурия парадокса* – пренапълване на пикочния мехур. Тя се получава при преразтягане на стената на пикочния мехур – болните изпускат малки количества урина, мехурът не се изпразва напълно. Това състояние се обяснява с обструкция на долните пикочни пътища.

### **Материали и методи**

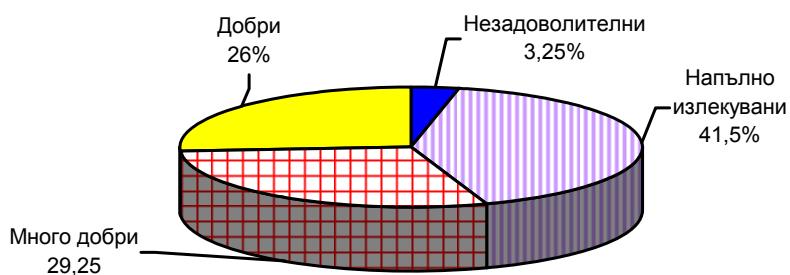
В Секцията по урология за десет години сме лекували пациенти с различен тип инконтиненция на урината, определян чрез пакет изследвания: клинично, рентгенологично, уродинамично, цистотонметрично, бактериологично. При всички болни се проведе комплексно лечение с упражнения за стягане на мускулатурата на тазовото дъно и електростимулации.

### **Резултати**

Като много добри са отчитани резултатите, при които субективните оплаквания са изчезнали наред с обективното подобрение след проследяване с урофлоуметрия и ехография. Като добри са отчитани резултатите, при които има субективно подобрение, но ехографски се установява наличието на остатъчна урина и недобра урофлоуметрична крива. Като незадоволителни са отчитани резултатите, при които болните нямат промяна на състоянието.

Таблица 1. Лекувани болни според типа инконтиненция

Вид инконтиненция	Жени	Мъже
Стрес-инконтиненция	23%	1%
Императивна инконтиненция	35 %	31%
Смесен тип инконтиненция (стрес + императивна)	30%	12%
Инконтиненция от пренапълване на пикочния мехур	8%	14%
Рефлексна инконтиненция (при заболяване или травми на гръбначния стълб )	2%	13%
Следоперативна инконтиненция	2%	29%



Фиг. 1. Резултати от лечението при инконтиненция на урината

### Заклучение

Тъй като инконтиненцията взема все по-застрашителни размери, са необходими навременна диагностика и лечение на това заболяване. От психична гледна точка лечението се изправя срещу апатията на обществото и нерешителността на повечето пациенти да афишират проблема. Важен момент в борбата с това заболяване е предотвратяването на по-нататъшни икономически неудобства.

### Библиография

1. Burgio, K. L., K. A. Matthews et B.T. Engel. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. – J. Urol., **146**, 1991, № 5, 1255-1259.
2. Chaikin, D. C., J. Rosental et J. G Blaivas. Pubovaginal fascial sling for all types of stress urinary incontinence: long-term analysis. – J. Urol., **160**, 1998, № 4, 1312-1316.

3. C h i n, Y. K. et S. L. Stanton. A follow up of silastic sling for genuine stress incontinence. – Br. J. Obstet. Gynaecol., **102**, 1995, № 2, 143-147.
4. K e g e l, A. H. Progressive resistive exercise in the functional restoration of the perineal muscles. – Am. J. Obstet. Gynecol., **56**, 1948, 238-249.
5. L e a c h, G. E. et al. Female Stress Urinary Incontinence Clinical Guidelines Panel summary report on surgical management of female stress urinary incontinence. – J. Urol., **158**, 1997, № 3 (Pt 1), 875-880.

✉ *Адрес за коренспонденция:*

Д-р К. Казалъкова  
Сектор „Ранна рехабилитация и физиотерапия”  
Секция „Урология”  
МБАЛСМ „Н. И. Пирогов”  
бул. Тотлебен 28  
1606 София