

სანდაზმულებში შარდის შეუკავებლობის შეფასება და მართვა ზოგად საექიმო პრაქტიკაში

შინაარსი:

1. სახელმძღვანელო მიზანი და ამოცანები
2. საკვანძო საკითხები
3. მდგომარეობის შეფასება
4. შარდის შეუკავებლობის მკურნალობა
5. დანართები:

დანართი №1: შარდის შეუკავებლობის მიზეზის დადგენისა და მკურნალობის ალგორითმი

დანართი №2: შარდის შექცევადი შეუკავებლობის მიზეზები, მათი დიაგნოსტიკისა და მართვის გზები

დანართი №2 (ა): მედიკამენტები, რომლებიც ხელს უწყობენ ან იწვევენ შარდის შეუკავებლობას

მიზანი:

ზოგად საექიმო პრაქტიკაში შარდის შეუკავებლობის დიაგნოსტიკისა და მართვის პროცესის გაუმჯობესება.

ამოცანები:

1. ხანდაზმულებში შარდის შეუკავებლობის ადრეული დიაგნოსტიკა;
2. შარდის შეუკავებლობის გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიცირება;
3. შარდის შეუკავებლობის შემთხვევაში მდგომარეობის ადეკვატური მართვა.

საკვანძო საკითხები:

- შარდის უნებლიე შეუკავებლობა საკმაოდ ხშირია ხანდაზმული ასაკის ადამიანებს შორის. სტატისტიკური მონაცემებით, შარდის შეუკავებლობა აღენიშნება ამბულატორიული ხანდაზმული პაციენტების საკმაოდ დიდ ნაწილს. ხანდაზმულ ქალთა, დაახლოებით, 20-35%-სა და მამაკაცების 10-15%-ს აღენიშნება შარდის შეუკავებლობის ეპიზოდები, ხოლო ხანდაზმულთა 5%-ს შეუკავებლობა მუდმივად ან ყოველდღიურად აქვს;^{1,7,8}
- შარდის შეუკავებლობა შეიძლება გამოიხატოს შარდის მცირე რაოდენობის უნებლიე გამოყოფის ეპიზოდებით ან მუდმივი არაკონტროლირებადი შარდით;
- შარდის შეუკავებლობა ხშირად არადიაგნოსტირებული და, შესაბამისად, არანამკურნალევი რჩება, ვინაიდან საუბრისას ხანდაზმული პაციენტების, დაახლოებით, ნახევარი განზრახ არიდებს თავს შეუკავებლობასთან დაკავშირებულ საკითხებზე პასუხის გაცემას ან ასეთ მოვლენას საერთოდ უარყოფს.² ხანდაზმული პაციენტების უმრავლესობა თვლის, რომ შარდის შეუკავებლობა სიბერესთან ასოცირებული ნორმალური მოვლენაა და მისი განკურნება შეუძლებელია ან რომ მკურნალობის ერთადერთი გზა ქირურგიული ჩარევაა, რაც მათთვის მიუღებელია.³
- შარდის შეუკავებლობის პრობლემა მნიშვნელოვნად აუარესებს პაციენტის ცხოვრების ხარისხს. ზღუდავს სოციალურ აქტივობას და სერიოზულ უხერხულობას იწვევს. მძიმეა მასთან ასოცირებული ფსიქოლოგიური შედეგებიც—პაციენტი თანდათან კარგავს საკუთარი თავის პატივისცემას.
- საკუთრივ ხანდაზმული ასაკი უცილობლად არ იწვევს შარდის შეუკავებლობას, თუმცა დაბერებასთან ასოცირებული ზოგიერთი ბიოლოგიური მოვლენა ხელს უწყობს ამას. კერძოდ, ხანდაზმულ ასაკში აღინიშნება:
 - **შარდის ბუშტის დამცლელი კუნთის ტონუსის დაქვეითება**—ამის გამო ადგილი აქვს ნარჩენი შარდის მოცულობის მომატებას და პერიოდულად შეიძლება შარდის ბუშტის სპონტანური შეკუმშვაც აღმოცენდეს;
 - **ურეთრის სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება**—განსაკუთრებით შესამჩნევია ხანდაზმული ასაკის ქალებში;
 - **ესტროგენის დეფიციტი**—ამ ფონზე აღინიშნება ურეთრის სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება, ატროფიული ურეთრიტი და ვაგინიტი. ეს კი, თავის მხრივ, შარდის შეუკავებლობის განვითარებას უწყობს ხელს;
 - **მამაკაცებში წინამდებარე ჯირკვლის ჰიპერპლაზია**—იწვევს ნარჩენი შარდის მოცულობის გაზრდასა და შარდის ბუშტის დამცლელი კუნთის მოღუნებას;
 - **ვაზოპრესინის სეკრეციის ცირკადული რითმის დარღვევა**—განაპირობებს ნიქტურიასა და უნებლიე შარდვას.
- ხანდაზმულებში შარდის შეუკავებლობის მიზეზები შეიძლება ოთხ ძირითად კატეგორიად დაიყოს—შარდის შეუკავებლობა გამოწვეული:⁹
 - უროლოგიური დაავადებებით;
 - ნევროლოგიური დაავადებებით;

- ფუნქციურ/ფსიქოლოგიური ფაქტორებით;
- იატროგენული/ვარემოს ფაქტორებით.

მდგომარეობის შეფასება:

დიაგნოსტიკური ძიება:

ანამნეზი:

ანამნეზური მონაცემების საფუძველზე უნდა გამოირიცხოს/განისაზღვროს:

- აქვს თუ არა პაციენტს შარდის შეუკავებლობის ეპიზოდები ამჟამად და ჰქონია თუ არა ეს წარსულში;
 - საჭიროა შეფასდეს შარდის შეუკავებლობის ხასიათი, თანმხლები სიმპტომები და ნიშნები. ზოგადი ხასიათის სიმპტომები და ნიშნები, რომელიც შარდის შეუკავებლობაზე მიუთითებს შემდეგია:
 - საცვლების და თეთრეულის დასველება;
 - საწოლის დასველება;
 - შარდის გამოყოფის პროცესის შეფასება უშუალოდ პაციენტზე დაკვირვებით. სპეციფიკურ სიმპტომებსა და ნიშნებს მიეკუთვნება:
 - მოშარდვის დაუოკებელი სურვილი;
 - უნებლიე შარდვა ხველის, სიცილის, წინ გადახრის და ნებისმიერი სხვა მოქმედების შედეგად, რამაც მუცლის ღრუში წნევის მომატება შეიძლება განაპირობოს;
 - ორივე მემთაღწერილი სიმპტომი და ნიშანი გამოხატულია ერთდროულად;
 - შარდის გამოყოფა მუდმივად ხდება და არ არის დაკავშირებული არც ერთ მემთაღნიშნულ მომენტთან.
 - თანმხლები სიმპტომები და ნიშნები, რომელთა იდენტიფიცირება შარდის შეუკავებლობის გენეზის გარკვევაში დაგეხმარებათ:
 - ანთების ნიშნები: შარდვის გახშირება, წვა, ნიქტურია;
 - ობსტრუქციის ნიშნები: გაძნელებული შარდვა წყვეტილი, სუსტი ნაკადით.
 - გამოვლინდეს და შეფასდეს რისკ-ფაქტორები. კერძოდ, შარდის შეუკავებლობის რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება:
 - მობილურობის გაუარესება;
 - ცნობიერების გაუარესება;
 - ნევროლოგიური დარღვევები.
 - ხანდაზმულებში, სადაც მაღალია შარდის შეუკავებლობის რისკი, მიზანშეწონილია პრევენციული ზომების მიღება, კერძოდ:
 - გუალეგით შეუფერხებელი სარგებლობის უზრუნველყოფა;
 - გუალეგით სარგებლობის ხშირი შეხსენება და, საჭიროების შემთხვევაში, სათანადო დახმარების გაწევა;
 - სითხის მიღების ადეკვატური რეჟიმის შერჩევა;
 - ყაბზობის თავიდან აცილების მიზნით—მაღალფიბროზული დიეტა.
- მას შემდეგ, რაც ანამნეზური მონაცემების საფუძველზე შარდის შეუკავებლობის არსებობა ეჭვს აღარ იწვევს, მნიშვნელოვანია განისაზღვროს, რა ტიპის შეუკავებლობასთან გვაქვს საქმე—ეს **შექცევადი**, თუ **შეუქცევადი** შეუკავებლობაა.
- ტერმინი **შექცევადი** ანუ **მწვავე შეუკავებლობა** იმ სიტუაციებს გულისხმობს, როცა შარდის შეუკავებლობა უეცრად ვითარდება და ასოცირებულია რაიმე მწვავე

დაავადებასთან ან იაგროგენულ ფაქტორებთან. შარდის შექცევადი შეუკავებლობის მიზეზებია:⁹

- დელირიუმი;
- საშარდე გრაქტის ინფექცია (სიმპტომური);
- აგროფიული ურეთრიტი და ვაგინიტი;
- ბოგიერთი მედიკამენტი (დანართი 2);
- ფსიქოლოგიური დარღვევები (ვანსაკუთრებით საყურადღებოა დეპრესია);
- შარდის გაძლიერებული პროდუქცია (განპირობებული გულის უკმარისობით ან ჰიპერგლიკემიით);
- მობილურობის შეზღუდვა;
- ძლიერი ყაბზობა.

– **შარდის მყარი (პერსისტული) შეუკავებლობა**, ჩვეულებრივ, ღროებითი მოვლენა არ არის და არც მწვავე დაავადებითაა გამოწვეული.

– **შარდის მყარი შეუკავებლობის ტიპები:**

• **სტრესული შეუკავებლობა**

ამ ღროს აღინიშნება უნებლიე შარდვა, ჩვეულებრივ, მცირე რაოდენობის შარდით, რაც დაკავშირებულია მუცლის ღრუში წნევის მომატებასთან (ხველა, ვარჯიში, სიცილი).

ძირითადი მიზეზი:

- მენჯის ფუძის კუნთების სისუსტე და მოღუნება, ურეთრის ჰიპერმობილურობა;
- შარდის ბუშტის ყელის ან ურეთრის სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება.

• **მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით განპირობებული შეუკავებლობა ანუ შარდის შეკავების უნარის დაკარგვა შარდის ბუშტის სისავის შეგრძნებისთანავე, ასევე ცნობილია, როგორც detrusor hyperreflexia.**

ხშირია შემდეგი დაავადებების ღროს: ცისტეტი, ურეთრიტი, სიმსივნე, კენჭები, დივერტიკული, საშარდე გზების ობსტრუქცია, ცნს-ის პათოლოგია, როგორცაა თავის გვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, დემენცია, პარკინსონის დაავადება, ზურგის გვინის სუპრასაკრალური ნაწილის გრავმა.

• **შარდის ბუშტის გადავსებით განპირობებული შეუკავებლობა**–მცირე რაოდენობის შარდის ღინება განპირობებული მექანიკური ბეწოლით გადავსებულ შარდის ბუშტზე. შარდის უნებლიე გამოყოფა ხდება ბუშტის აგონიის და/ან ურეთრის ობსტრუქციის გამო.

უხშირესი მიზეზები: ანაგომიური ობსტრუქცია, განპირობებული პროსტატის ჰიპერპლაზიით, სტრიქტურით ან ცისტოცელით, ბუშტის ჰიპოტონია განპირობებული შაქრიანი დიაბეტით ან ზურგის გვინის გრავმით, ნეიროგენული–გაფანტული სკლეროზი.

• **დისფუნქციური შეუკავებლობა**–ტუალეგით სარგებლობის შეუძლებლობა განპირობებული ფიზიკური და/ან ფსიქიკური მდგომარეობით.

ძირითადი მიზეზები: მძიმე დემენცია და სხვა ნევროლოგიური პათოლოგია, ან დეპრესია, რეგრესია, ბრაზი, მგრული განწყობა.

მდგომარეობის შექცევადობის დასადგენად ანამნეზის შეკრებისას საჭიროა ყურადღების გამახვილება შემდეგ ასპექტებზე:

- თანმხლები დაავადებების არსებობა (ნევროლოგიური დარღვევები, შაქრიანი დიაბეტი, გულის ქრონიკული უკმარისობა);
- შეუკავებლობის გამომწვევი მედიკამენტის მიღების ფაქტი (იხ. დანართი №2);
- პროსტატექტომიის შემდგომი პერიოდი;
- მობილურობის შემლუღვა;
- შარდ-სასქესო ორგანოების ანთების/ინფექციის ნიშნები;
- ცნობიერების მწვავე მოშლა;
- სითხის მიღების რეჟიმი (მიღებული სითხის სახე და მოცულობა, განსაკუთრებით ძილის წინ);
- კუჭის მოქმედების ხასიათი (შეკრულობა);
- ფსიქიკური დაავადება (დეპრესიის სიმპტომები);
- ნევროლოგიური დაავადების ანამნეზი (ინსულტი, პარკინსონიზმი, მურგის გვინის კომპრესია, გაფანტული სკლეროზი);
- გარემო, რომელიც ზღუდავს გუალეგით შეუფერხებელი სარგებლობის შესაძლებლობას/რამდენად ხელმისაწვდომია პაციენტისათვის გუალეგის შემცვლელი (შარდის მიმღები, საფენები);
- შეუკავებლობის სიმპტომები:
 - დასაწყისი და ხანგრძლივობა;
 - შეუკავებლობის ტიპი;
 - სიხშირე;
 - ღიბურის მოვლენები;
 - ნიქტურია;
 - შარდის ნაკადის თავისებურებები (სწრაფი, ნელი, წყვეტილი და ა.შ.).
- თუ ანამნეზით არ იქმნება არავითარი საფუძველი იმის სავარაუდოდ, რომ შარდის შექცევად შეუკავებლობასთან გვაქვს საქმე, მომდევნო ამოცანაა–დადგინდეს შარდის შეუკავებლობის ფორმა.
- მნიშვნელოვანია დიფერენცირება **შარდის სტრესულ შეუკავებლობასა** და **მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეულ შეუკავებლობას** შორის.
- ხველის, სიცილის ან ინტრააბდომინური წნევის მომაგების შედეგად შარდის დიდი მოცულობით გამოყოფა უნდა შეფასდეს, როგორც „ფსევდო“ სტრესული შეუკავებლობა, რაც, რეალურად, მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობის გამოხატულებაა. "ფსევდო" სტრესული შეუკავებლობის სადიაგნოსტიკოდ მოგჯერ საჭირო ხდება უროდინამიკური გამოკვლევების ჩატარება.⁵

ობიექტური გამოკვლევა:

ფიზიკური გამოკვლევა საშუალებას იძლევა–გამოირიცხოს შეუკავებლობის შექცევადი მიზეზები (მაგ. რექტალური გასინჯვით–განავლოვანი მასები, ვაგინალური გასინჯვით–აგროფიული ვაგინიტი), დადგინდეს შეუქცევადი შეუკავებლობის გამომწვევი ძირითადი პათოლოგიის არსებობა (მაგ. მენჯის პროლაფსი, ხველის მაპროვოცირებელი როლი სტრესული შეუკავებლობის სადიაგნოსტიკოდ), თანმხლები დაავადების სიმძიმე და პაციენტის ფუნქციონირების უნარი¹⁰.

ფიზიკური გამოკვლევისას უნდა შეფასდეს:

- მუცლის ღრუს, შარდ-სასქესო ორგანოებისა და სწორი ნაწლავის მდგომარეობა;
- ვაგა-წელის ბონის ინერვაცია;
- ფსიქიკური მდგომარეობა (მინი-მენტალური მდგომარეობის შეფასების ტესტი);
- გუალეგით სარგებლობის ფიზიკური შესაძლებლობა.

გინეკოლოგიური გამოკვლევით უნდა გამოირიცხოს: აგროფიული ვაგინიტი, ცისტოციტე; **რექტალური** გამოკვლევით უნდა დადგინდეს: პროსტატის ჰიპერტროფია.

რუტინულ ლაბორატორიულ გამოკვლევებს მიეკუთვნება:

- შარდის ანალიზი (მ.შ. გლუკოზურია);
- ნარჩენი შარდის მოცულობის განსაზღვრა კათეტერიზაციის ან ულტრაბგერითი გამოკვლევის საშუალებით.

აღწერილი ანამნეზური, ობიექტური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე შესაძლებელია დადგინდეს:

- შარდის შეუკავებლობის ხასიათი: შექცევადი თუ შეუქცევადი;
- შარდის შეუკავებლობის შესაძლო მიზეზი;
- განისაზღვროს პაციენტის შემდგომი შეფასების საჭიროება. ის ანამნეზური მონაცემები, სიმპტომები, ნიშნები და ლაბორატორიული კვლევის შედეგები, რომელთა იდენტიფიცირების შემთხვევაში მეტად სპეციფიკური დიაგნოსტიკური ძიების ორგანიზებაა საჭირო, შემდეგია:

საყურადღებო ანამნეზური მონაცემები:

- ახალადმოცნებული (ორი თვე) მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობა ან შარდის ბუშგის გაღიზიანების სიმპტომები;
- ქირურგიული ჩარევა შარდის შეუკავებლობის გამო;
- შარდის შეუკავებლობა ასოცირებულია საშარდე გრაქტის მორეციდივე ინფექციის სიმპტომებთან.

საყურადღებო ნიშნები, რომელთა გამოვლენა ობიექტური გამოკვლევით ხდება:

- პროსტატის კვანძი ან ასიმეტრია;
- მენჯის ორგანოთა პროლაფსი;
- სისტემური პათოლოგიის ან ბურგის გვინის დაზიანების ფონზე აღმოცენებული ნევროლოგიური დარღვევა.

შარდის ანალიზით გამოვლენილი საყურადღებო მონაცემები:

- ჰემატურია ინფექციის ნიშნების გარეშე;
- მნიშვნელოვანი პერსისტული პროტეინურია.

სხვა სივანლები/სიტუაციები, როდესაც საჭიროა მდგომარეობის მეტად დეტალური და საფუძლიანი შესწავლა:

- ნარჩენი შარდის მოცულობა აღემატება 200 მლ-ს;
- საწყისი, ბაზისური შეფასების საფუძველზე შეუძლებელია წინასწარი დიაგნოზის ან მკურნალობის გეგმის შემუშავება;
- წინასწარი დიაგნოზის შესაფერისად დანიშნული მკურნალობა არაეფექტურია;
- საჭიროა გადაწყდეს ქირურგიული ჩარევის საკითხი.

ამ მონაცემების გამოვლენის შემთხვევაში საჭიროა პაციენტმა მიმართოს სპეცილისტს და/ან მეგად სპეციფიკური გამოკვლევები ჩაიგაროს. შარდის შეუკავებლობისას სადიაგნოსტიკო სპეციალურ გამოკვლევებს მიეკუთვნება:

- შარდის ბაქტერიოლოგიური შესწავლა;
 - შარდის ციგოლოგიური შესწავლა;
 - სისხლში გლუკოზისა და კალციუმის დონის განსაზღვრა;
 - თირკმლების ფუნქციური ცდები;
 - თირკმლების ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
 - ვინეკოლოგიური გამოკვლევა;
 - უროლოგიური გამოკვლევა;
 - ცისტოურეთროსკოპია;
 - უროდინამიკის შესწავლა;
 - შარდის ფლუორომეტრია;
 - ცისტოგრაფია;
 - ურეთრის წნევის პროფილომეტრია;
 - ურეთრის სფინქტერის ელექტრომიოგრაფია;
 - ვიდეოუროდინამიკა.
- დანართი №1-ში წარმოდგენილია შარდის შეუკავებლობის მიზეზის დადგენისა და მკურნალობის ალგორითმი.
 - დანართი № 2-ში აღწერილია შარდის შექცევადი შეუკავებლობის მიზეზები, მათი დიაგნოსტიკისა და მართვის გზები.

შარდის შეუკავებლობის მკურნალობა

- შარდის შეუკავებლობის მკურნალობის ეფექტურობის ალბათობა უფრო მაღალია იმ შემთხვევაში, როცა დიაგნოზი ეჭვს არ იწვევს და, შესაბამისად, ცნობილია შეუკავებლობის გამომწვევი მიზეზები.
- მკურნალობის ჩატარება რეკომენდებულია მაშინაც კი, როდესაც შარდის შეუკავებლობას შეუქცევადი ხასიათი აქვს. ამ დროს მთავარი მიზანი პაციენტისათვის კომფორტის შექმნაა.

შარდის შეუკავებლობის მკურნალობის ძირითადი მეთოდები:

მკურნალობის არასპეციფიკური მეთოდები:

- პაციენტების განათლება;
- სითხისა და მედიკამენტების მიღების რეჟიმის შეცვლა;
- საჭიროებისას გუალეგის შემცველების გამოყენება.

შარდის ბუშტის ვარჯიში

- biofeedback-ის მეთოდი;
მეთოდი ეფუძნება ვაგინალური ან რექტალური წნევის განსაზღვრას ან ელექტრომიოგრაფიას, აგრეთვე, მუცლის კუნთების ელექტროგრაფიას, რაც ავადმყოფს მენჯის კუნთების შეკუმშვისა და მუცლის კუნთების რელაქსაციის გაკონტროლებაში ეხმარება;
- ელექტროსტიმულაცია;
ეს მეთოდი შარდის ბუშტის სხვადასხვა სიხშირის იმპულსებით სტიმულაციას გულისხმობს, საკმაოდ ეფექტურია შარდის ბუშტის სპონტანური შეკუმშვების დათრგუნვისათვის.

– მენჯის კუნთების ვარჯიში.

მენჯის კუნთების ვარჯიში (კეგელის მეთოდი) შარდის შეუკავებლობის მკურნალობის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია. ეს ვარჯიში გულისხმობს მენჯის კუნთების განმეორებით, კონტროლირებადი შეკუმშვისა და რელაქსაციის ინდუცირებას. პაციენტს შარდის პროცესის გაკონტროლებას სთავაზობენ, (მაგ. ღრობით შეიკავოს შარდვა, შემდეგ ისევ განაგრძოს). აღნიშნული ვარჯიში დღის განმავლობაში საკმაოდ ხშირად (დაახლოებით, 40-ჯერ) უნდა ვამეორდეს.

მედიკამენტური მკურნალობა

ზოგადად, მედიკამენტური მკურნალობა ხანდაზმულთა პოპულაციაში, ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებთან შედარებით, ნაკლებად შედეგიანია. იყენებენ შემდეგი ჯგუფის მედიკამენტებს:

- შარდის დამცლელი კუნთების რელაქსანტები;
- ალფა-ადრენორეცეპტორების აგონისტები;
- ალფა-ადრენორეცეპტორების ანტაგონისტები;
- ესტროგენი.

მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობის მკურნალობა

პირველი რიგის მკურნალობა: ქცევითი თერაპია, კერძოდ, შარდის ბუშტის ვარჯიში;⁶ რანდომიზებული საკონტროლო კვლევის მონაცემებით დასტურდება ქცევითი თერაპიის განსაკუთრებული ეფექტი ხანდაზმული ასაკის ქალებში მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობის სამკურნალოდ. 55-დან 92 წლის 197 ამბულატორიული პაციენტიდან (დიაგნოზი: მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობა ან შერეული შეუკავებლობა), ქცევითი თერაპიის ფონზე შეუკავებლობის ეპიზოდების შემცირება აღინიშნა 87%-ში, მაშინ, როდესაც ეს მაჩვენებელი მედიკამენტური მკურნალობისათვის მხოლოდ 68,5% იყო¹¹. მეორე რიგის მკურნალობა: მედიკამენტური (ოქსიბუტინინი (გოლგეროდინი), იმიპრამინი); მესამე რიგის მკურნალობა: ქირურგიული ჩარევა (იყენებენ იშვიათად).

| მედიკამენტების ჯგუფი | მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი | გვერდითი ეფექტები | შენიშვნა |
|-------------------------------|---|---|--|
| ანტიქოლინერგული მედიკამენტები | <i>ოქსიბუტინინი</i> (2,5-5მგ 2-დან 4-მდე დღეში) | პირის სიმშრალე, მხედველობის გაუარესება, შეკრულობა, კანის სიმშრალე, კონფუზია | ანტიქოლინერგული მედიკამენტები პირველი შერჩევისაა. უპირატესობა ენიჭება <i>ოქსიბუტინინს</i> შერჩევის მეორე რიგის პრეპარატია <i>ტოლტეროდინი</i> |
| ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები | <i>იმიპრამინი, დე ზიპრამინი, ნორტრიპტილინი</i> (25-100მგ/დღეში) | ანტიქოლინერგული გვერდითი ეფექტები, ორთოსტატიკური ჰიპოტენზია, არითმია | ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება დამატებითი ჩვენებების საფუძველზე ხდება |

სტრესული შეუკავებლობის მკურნალობა

პირველი რიგის მკურნალობა: ქცევითი თერაპია, კერძოდ კეგელის ვარჯიში და შარდის ბუშტის ვარჯიში;

მეორე რიგის მკურნალობა: მედიკამენტური (ალფა-ადრენერგული მედიკამენტები და/ან ესტროგენი);

მესამე რიგის მკურნალობა: ქირურგიული ჩარევა (იყენებენ იშვიათად).

| მედიკამენტების ჯგუფი | მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი | გვერდითი ეფექტები | შენიშვნა |
|--------------------------------|---|--|--|
| ალფა-ადრენერგული მედიკამენტები | <i>ფენილპროპანოლამინის</i> პროლონგირებული მოქმედების პრეპარატები (25-100 მგ დღეში ორჯერ) <i>ფსევდოეფედრინი</i> (15-60მგ სამჯერ დღეში) | შფოთვა, უძილობა, აეიტირება, სუნთქვის გაძნელება, ოფლიანობა, არითმია, ჰიპერტენზია, ტრემორი. უკუნაჩვენებია ობსტრუქციული სინდრომების და/ან ჰიპერტენზიის დროს | <i>ფენილპროპანოლამინი</i> ან <i>ფსევდოეფედრინი</i> პირველი <i>შერჩევის</i> მედიკამენტებია <i>ქალებში</i> , თუ არ არის <i>წარმოდგენილი</i> მათი <i>დანიშნის</i> <i>სელისშემშლელი</i> <i>რაიმე</i> <i>მიზეზი</i> (<i>განსაკუთრებით</i> , <i>ჰიპერტენზია</i>) |

სტრესული ან კომბინირებული სტრესული/მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობა

| მედიკამენტების ჯგუფი | მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი | გვერდითი ეფექტები | შენიშვნა |
|----------------------|---|---|---|
| ესტროგენები | კონიუგირებული ესტროგენები (0,3-0,625მგ დღეში ორალურად ან 1 გრ ვაგინალური კრემი ძილის წინ) | ამ პრეპარატების გამოყენება არ შეიძლება, თუ საეჭვოა ან დადასტურებულია სარძევე ჯირკვლის ან ენდომეტრიუმის კიბო, ანამნეზში ორალური კონტრაცეპტივების, ესტროგენების გამოყენებასთან ან ორსულობასთან ასოცირებული თრომბოემბოლიზმი. თავის ტკივილი, შეშუპება, სარძევე ჯირკვლების მტკივნეულობა, შესაძლოა დეპრესია | პოსტმენოპაუზის ასაკის ქალებში ესტროგენის (ორალური ან ვაგინალური) დამატებისას ალფა-აგონისტებისა და ფსევდოეფედრინის მოქმედების ინტენსივობა ძლიერდება |
| | | შესაძლოა გამოიწვიოს გულის გამგარობის გაუარესება, პოსტორალური ჰიპოტენზია, ანგიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები | მონოთერაპიის არაეფექტურობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია კომბინირებული მკურნალობა ორალური ან ვაგინალური ესტროგენებითა და ფენილპროპანოლამინით. ალტერნატიული მკურნალობის სახით რეკომენდებულია იმიპრამინის გამოყენება |

შარდის ბუშტის გადავსებით განპირობებული შეუკავებლობის მკურნალობა

მდგომარეობის კორექტირების უზშირესი მეთოდი კათეტერიზაციაა. თუმცა ამის ცაობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად აუცილებელია გამოირიცხოს ნარჩენი შარდის მოცულობის გაზრდის ყველა შესაძლო მიზეზი, რომელიც ქირურგიულ ან მედიკამენტურ მკურნალობას ექვემდებარება (მაგ. პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზია).

- პირველი რიგის მკურნალობა: შარდის ბუშტის პერიოდული კათეტერიზაცია;
- მეორე რიგის მკურნალობა: შარდის ბუშტში მუდმივი გრანსურეთრალური კათეტერი;
- მესამე რიგის მკურნალობა: შარდის ბუშტის ბოქვენზელა კათეტერიზაცია.

| მედიკამენტების ჯგუფი | მედიკამენტური მკურნალობის რეჟიმი | გვერდითი ეფექტები | შენიშვნა |
|----------------------|---|---|---|
| ალფა-ადრენობლოკერები | ტერაზოზინი (1მგ ძილის წინ. პირველი დოზა პაციენტმა პორიზონგალურ მდგომარეობაში უნდა მიიღოს. ყოველ ოთხ დღეში ერთხელ ხდება დოზის მომატება 1 მგ-ით 5მგ-მდე დღეში) | პოსტურალური ჰიპოტენზია, თავბრუსხვევა, გულის ფრიალი, შეშუპება, თავის ტკივილი, ანტიქოლინერგული გვერდითი მოვლენები | ნაჩვენებია მამაკაცებში პროსტატის კეთილთვისებიანი ჰიპერპლაზიის შემთხვევაში |
| | დოქსაზოზინი (1მგ ძილის წინ. პირველი დოზა პაციენტმა პორიზონგალურ მდგომარეობაში უნდა მიიღოს. ყოველ 7-14 დღეში ერთხელ ხდება დოზის მომატება 1 მგ-ით 5მგ-მდე დღეში) | იგივე, რაც ტერაზოზინის შემთხვევაში (ჰიპოტენზიის რისკი შედარებით ნაკლებია) | იგივე, რაც ტერაზოზინის შემთხვევაში |

პერიურეტრული ინექციები

სფინქტერის დისფუნქციის სამკურნალოდ ამჟამად სულ უფრო ფართოდ იყენებენ კოლაგენის პერიურეტრალურად შეყვანას. უკანასკნელ ხანებში ჩატარებული მეტა-ანალიზით გამოვლინდა, რომ კოლაგენის ინექციებით მკურნალობის ფონზე 1 წლის ვადაში ქალებში გაუმჯობესება აღინიშნა 58%-ში. სამწუხაროდ, ეს მეთოდი ასეთივე ეფექტური მამაკაცებში არ არის.¹²

ქირურგიული მკურნალობა

- შარდის ბუშტის ყელის ფიქსაცია;
- ობსტრუქციის მოხსნა.

მექანიკური საშუალებები

- ხელოვნური სფინქტერი.

კათეტერიზაცია

- დროებითი;
- მუდმივი.

მოგად საექიმო პრაქტიკაში მდგომარეობის მართვის გეგმა ხანდაზმულ პაციენტთან და მისი ოჯახის წევრებთან ერთად უნდა შემუშავდეს.

მთავარია გავითვალისწინოთ შემდეგი:

1. დავიცვათ პაციენტის ღირსება;
2. დავიცვათ პაციენტის კანი;
3. დავეხმაროთ მოხუცსა და მის ახლობლებს ჰიგიენური პრობლემების იოლად მოწესრიგებაში.

მოგადი პრაქტიკის ექთნის დახმარება ამ დროს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. მან უნდა მისცეს რჩევა მოხუცს და მის ახლობლებს კანის მოვლის, მისი დაცვის წესებისა და დამცავი საშუალებების შესახებ.

ამ დროს შეიძლება გამოვიყენოთ:

1. შარდის მიმღები, იმ პაციენტებისათვის, რომელთაც აღენიშნებათ მობილურობის შემლუღვა;
2. პლასტიკური საფენები აბსორბენტის შრით;
3. კათეტერიზაცია, იმ პაციენტებში, რომლებშიც უნებლიე შარდვა გამოწვეულია განუკურნებელი მიზეზით.

პაციენტის ახლობლებს სჭირდებათ რჩევა იმის შესახებ თუ როგორ აიცილონ თავიდან ღამის შარდის შეუკავებლობა:

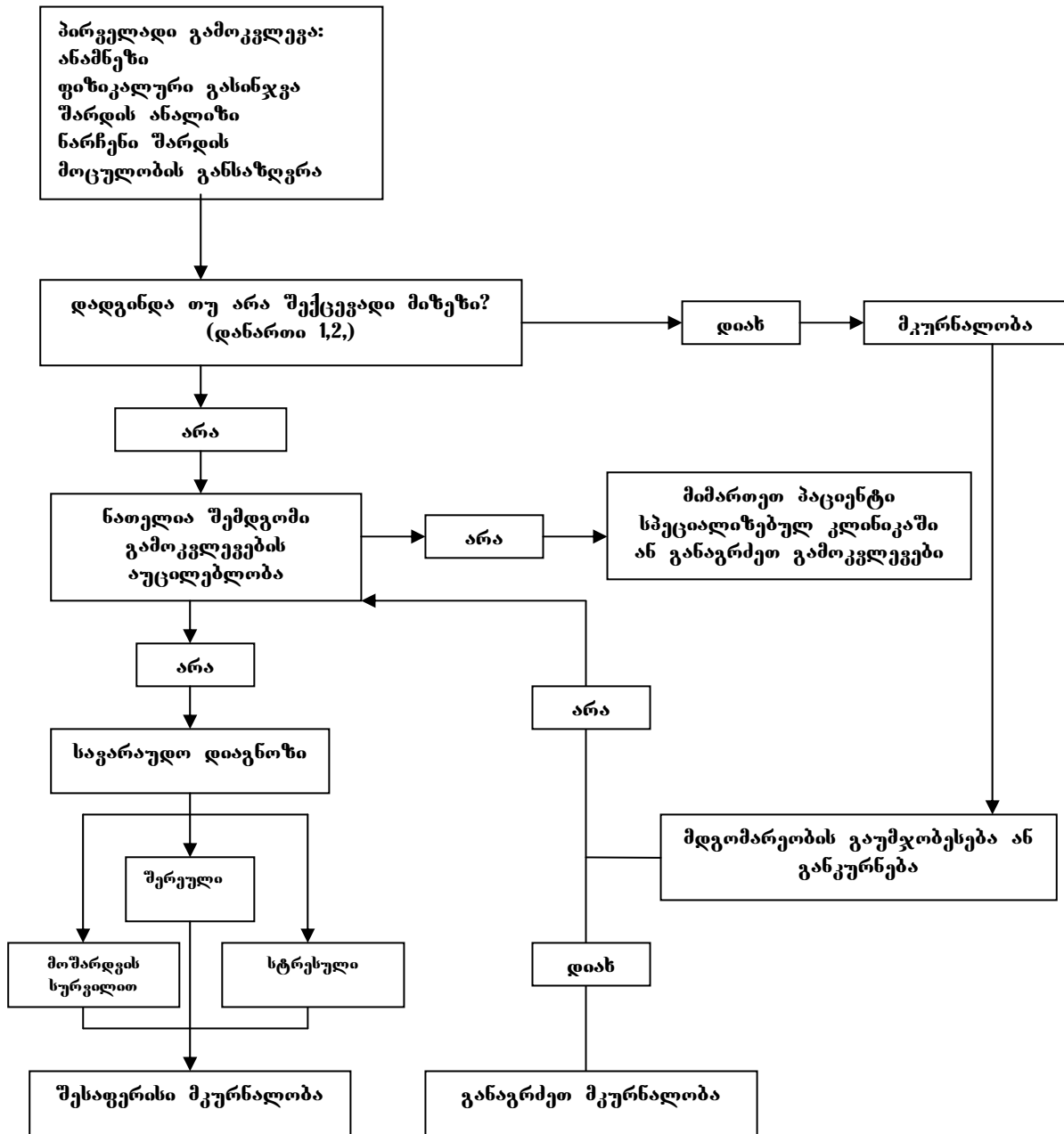
1. მათ უნდა უთხრათ, რომ სითხის შეზღუდვას ყოველთვის არა აქვს სასურველი შედეგი;
2. გადაწყვიტეთ, ხომ არ არის საჭირო მოხუცის საძინებელში შარდის მიმღების დაგოვება, მაშინაც კი, თუ მას დღისით დამოუკიდებლად შეუძლია ტუალეტში სიარული.
3. არის თუ არა ოთახში საკმარისი განათება იმისათვის, რომ მოხუცს არ გაუჭირდეს ადგომა და გადაადგილება?

4. რა მედიკამენტებს ღებულობს მოხუცი პაციენტი?

უბნის ექთნის მონაწილეობა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ამ საკითხების დაზუსტებისა და მოწესრიგებისათვის.

შარდის შეუკავებლობის პრობლემა ხშირად დიდ ფსიქოლოგიურ ძვრებს იწვევს, როგორც პაციენტებში, ასევე მის ახლობლებში. ეს ხანდაზმული ასაკის ყველაზე საშიში და უხერხული მომენტია, რაც პაციენტის უიმედობას და აპათიას იწვევს. სამედიცინო პერსონალი ხშირად ისმენს ახლობლების უკმაყოფილო და გაბრაზებულ საუბარს ამის თაობაზე, ამიგომ მას დიდი გულისხმიერება სჭირდება, რათა შესაფერისი ახსნა-განმარტებით რამდენადმე შეამსუბუქოს ამ პათოლოგიით გამოწვეული უხერხულობა, როგორც პაციენტისათვის, ასევე მისი ახლობლებისათვის.

შარდის შეუკავებლობის მიზეზის დადგენისა და მკურნალობის ალგორითმი



შარდის შექცევადი შეუკავებლობის მიზეზები, მათი დიაგნოსტიკებისა და მართვის გზები: ⁴

| შარდის შექცევადი შეუკავებლობის მიზეზი/მდგომარეობა | მართვა |
|--|---|
| დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ანამნეზის საფუძველზე | |
| ზოგიერთი მედიკამენტის ფონზე, როგორც გვერდითი მოვლენა (დანართი 2) | შეწყვიტეთ ამ მედიკამენტის გამოყენება ან შეცვალეთ იგი სხვა პრეპარატით, თუკი ეს შესაძლებელია |
| დელირიუმი ან ჰიპოქსია | უპყურნალები ძირითად დაავადებას |
| პროსტატექტომიის შემდგომი პერიოდი | ქცევითი თერაპია |
| სითხეების ჭარბი რაოდენობით მიღება | რაციონში სითხის რაოდენობის შემცირება |
| მობილურობის გაუარესება | სათანადო მკურნალობა ან გარემო პირობების შესაფერისად შეცვლა (მაგ. შარდის მიმღების გამოყენება და ა.შ) |
| დიაგნოსტიკა შესაძლებელია ფიზიკალური გასინჯვის საფუძველზე | |
| ატროფიული ვაგინიტი | მკურნალობა ესტროგენებით |
| შეკრულობა (ფეკალური მასებით ბეწოლა) | შეკრულობის თავიდან აცილება, განავლის გამათხელებელი საშუალებები |
| დიაგნოსტიკა ხდება შარდის ანალიზის საფუძველზე | |
| საშარდე ტრაქტის ინფექციები | ანტიბიოტიკოთერაპია |
| გლუკოზურია | დიაბეტის კონტროლი |

მედიკამენტები, რომლებიც ხელს უწყობენ ან იწვევენ შარდის შეუკავებლობას⁴

| პრეპარატების ჯგუფი | შარდის შეუკავებლობის განვითარების მექანიზმი |
|---|--|
| მედიკამენტები, რომლებიც იწვევენ შარდის ბუშტის გადასვლით განპირობებულ შეუკავებლობას | |
| – ანტიქოლინერგული საშუალებები | – შარდის ბუშტის ტონუსისა და კუმშვადობის უნარის დაქვეითება, რაც შარდის რეტენციის მიზეზი ხდება |
| – ანტიდეპრესანტები | |
| – ანტიფსიქომური პრეპარატები | |
| – სედატიურ-ჰიპნოზური საშუალებები | |
| – ანტიჰისტამინური პრეპარატები | |
| – ცნს-ის დამთრგუნველი საშუალებები | |
| – ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები | |
| – ალკოჰოლი | |
| – კალციუმის არხების ბლოკერები | |
| – ალფა-ადრენო აგონისტები | |
| – ბეტა-ადრენობლოკერები | – სფინქტერის შეკუმშვა |
| მედიკამენტები, რომლებიც იწვევენ სტრესულ შეუკავებლობას | |
| – ალფა-ადრენობლოკერები | – შარდის ბუშტის ყელის ან ურეთრის სფინქტერის ტონუსის დაქვეითება |
| მოშარდვის დაუოკებელი სურვილით გამოწვეული შეუკავებლობა | |
| – დიურეზული საშუალებები | – შარდის ნაკადის გაძლიერებით შარდის ბუშტის შეკუმშვების სტიმულირება |
| – კოფეინი | – დიურეზული ეფექტი |
| – საძილე და დამამშვიდებელი მედიკამენტები | – მოშარდვის სურვილის დათრგუნვის ცენტრალური რეგულაციის დარღვევა |
| – ალკოჰოლი | – დიურეზული ეფექტი – მოშარდვის სურვილის დათრგუნვის ცენტრალური რეგულაციის დარღვევა |

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: Costs and contrinuting factors. CMAJ 1992 Aug 1; 147(3):322
2. Burgio KL, Ives DG, Locher JL, Arena VC. Treatment seeking for urinary incontinence in adults. J Am Geriatr Soc 1994;42:208-12.
3. Mitteness LS. Knowledge and beliefs about urinary incontinence in adulthood and old age. J Am Geriatr Soc 1990;38:374-8.
4. Fantl JA, Newman DK, Colling J, et al. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical Practice Guideline no. 2, 1996 update. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, March 1996. AHCPR publication no. 96-0682.
5. Diokno AC, Wells TJ, Brink CA. Urinary incontinence in elderly women: urodynamic evaluation. J Am Geriatr Soc 1987;35:940-6.
6. Weiss BD. Nonpharmacologic treatment of urinary incontinence. Am Fam Physician 1991;44:579-86.
7. Burgio K, Matthews KA, Engel BT. Prevalence, incidence and correlates of urinary incontinence in healthy, middle-aged women. J Urol 1991;146: 1255-9.
8. Division of Chronic Disease Control and Community Intervention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control. Urinary incontinence among hospitalized persons aged 65 years and older--United States, 1984-1987. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1991;40:433-6.
9. Jonathan M. Vapnek., Urinary incontinence:Screening and treatment of urinary dysfunction. Geriatrics. Oct, 2001
10. Kidney and urinary tract disorders: Urinary incontinence (section 12; 99). In: Beers MH, Berkow R (eds). The Merck manual of geriatrics. Whitehouse Station, NJ: Merck Research Laboratories, 2000:951.965-80.
11. Burgio KL, Locher JL, Goode PS, et al. Behavioral vs drug treatment for urge urinary incontinence in older women: A randomized controlled trial. JAMA 1998; 280 (23):1995-2000.
12. Iselin CE, Webster GD. Office management of female urinary incontinence. Urol Clin North Am 1998; 25 (4):625-45