

PHYSIOTHERAPEUTIC GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN⁸

Pr. Assist. Prof. Yuliana Pashkunova, PhD

Department of Public Health,

University of Ruse, Bulgaria

Phone: +359 889 255301

E-mail: ypashkunova@uni-ruse.bg

Abstract: *In recent years, there has been an extraordinary increase in the frequency and severity of urinary disorders and dysfunctions with a pronounced functional deficit and resulting reduction in the quality of life for these patients. It is necessary to get out of the classical boundaries of orthodox medicine and direct attention to the natural and reshaped physical factors of impact on the human organism, combined with kinesiotherapy. Urinary incontinence can affect anyone at any age.*

Key words: *Urinary disorders, Natural and Reshaped, Physical factors, Kinesiotherapy.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Уринарната инконтиненция при жените е неволево изтичане на урина през естествения уретрален отвор, (Abrams, P., & Cardozo, L. et. al., 2002).

Може да се появи по време на усилие, натоварване или кашлица, (Хубчев, Г., 2020). Това е често срещан симптом, особено след вагинално раждане, както и след менопауза. Този проблем намалява качеството на живот и влияе на самочувствието на пациентките.

Недокладването на проблема, поради неудобство, чувство на нелечимост или приемането му за естествен физиологичен процес го прави недостатъчно диагностициран и адекватно лекуван. Методите на лечение са хирургични и нехирургични, като последните се предпочитат от жените, (Иванова, Й., Корновски, Я., Костов, С. Славчев, С. & Йорданов, А., 2021).

ИЗЛОЖЕНИЕ

Незадържането на урина е обект на множество дискусии и научни публикации, описано е още преди 3500 години в папируса на Erbes. Грижата за инконтинентните пациентки следва да бъде медико-социална и социално-политическа задача. За това е необходимо да се знае, че това заболяване е лечимо и е на вниманието на много специалисти: уролози, невролози, гинеколози, физикални терапевти и кинезитерапевти. За норма се приети 8 уринирания за денонощие, докато по-учестената микция означава нарушение, на което трябва да се обърне внимание. В България точна статистика няма, но се смята, че са засегнати около 150 000 човека, (Казалкова, К. & Троев, Т., 2011).

Лечението на уринарната инконтиненция винаги е комплексно. То има за цел адекватно изпразване на пикочния мехур, възстановяване на континентността, съхраняване функцията на горните пикочни пътища и подобряване качеството на живот на пациентките. При определяне на терапевтичния подход значение имат възрастта на жената, нейната мотивация и готовността за лечение, както и психичното ѝ състояние и психосоциалната среда, (Боцова, В., 2006).

Важно е да се знаят анатомичните и инервационни особености на микцията, за да може правилно да се интерпретира заболяването, а от там и да се лекува. Анатомично най-важният мускул на тазовото дъно е m. levator ani, (Фиг. 1.).

⁸ The research paper was presented on October 28, 2022, at the Health Promotion Section of the 2022 Online Scientific Conference co-organized by University of Ruse and Union of Scientists - Ruse. Its title in Bulgarian is: „ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНИ НАСОКИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНКОНТИНЕНЦИЯ НА УРИНАТА ПРИ ЖЕНИ“.



Фиг. 1. *M. levator ani*

Той представлява два листа, разположени като хамак по дъното на таза, между основата на симфизата и кокцигеалната кост. Предназначението му е да задържа цялото коремно съдържимо и да помага при внезапно увеличаване на интраабдоминалното налягане, (Казалкова, К. & Троев, Т., 2011).

Упражненията за тазовото дъно са описани за пръв път през 1948 г. от американския гинеколог Арнолд Кегел за профилактика и лечение на инконтиненцията (Фиг. 2.).



Фиг. 2. *Упражнения по Кегел*

Целта им е да се заздравят мускулите и да се увеличи тонусът им. Те могат да се извършват в легнало, седнало или право положение. Основното упражнение е да се стегнат мускулите за 10 сек. и след това да се отпуснат за 10 сек., повтарят се няколко пъти. Много важна част е да се научи пациентката как да напегне тазовите мускули чрез изтискване и стягане. Очакваният резултат е в рамките на 6-8 седмици. Принципът на упражненията е да се заздравят мускулите на пелвичното дъно, като по този начин се подобри уретралната и ректалната сфинктерна активност. С подходяща тренировка, пациентките се концентрират върху аналния сфинктер и съответно уретралния мускул. Някои изпитват затруднения при определяне и изолиране на тази специфична мускулна група, която трябва да се натовари физически. Една от техниките е да се започне микция в седнало положение и веднага след това да се спре чрез свиване на тазовата мускулатура. Този прием помага на жената да диференцира групата мускули, отговорна за спиране и започване на микцията. Упражненията се извършват три пъти дневно в продължение на 2-3 месеца. Постоянното мускулно съкращение по време на упражненията увеличава броя на активните моторни единици, честотата на възбудимост и мускулния обем. Друга техника е поставяне на вагинални конуси – използват се пет конуса с постепенно увеличаващо се тегло от 20 до 100 грама, като болната трябва да го задържи във вагината си в право положение. Това е най-добре да стане по време на ежедневната работа в къщи. Когато успее да задържи най-лекият конус за 20 мин., тогава се преминава към следващия по тежина конус. Сериите на упражненията не трябва да са повече от три дневно, тъй като се достига до умора на тазовата

мускулатура и се увеличава тежестта на инконтиненцията (Казалкова, К., 2008). Кинезитерапията заема важно място при лечението на този проблем. Чрез физическите упражнения се цели укрепване на скелетната мускулатура, коремната преса и на организма като цяло. Тренирането на пикочния мехур подпомага постигането на контрол над мехурната функция. Воденето на карта-дневник, чрез която се отбелязва честотата и обемът на отделните микции е изключително важно. Това от една страна мотивира пациентката да провежда лечението, а от друга – отразява ефекта от това лечение. С нарастването на интервалите между микциите постепенно се постига повишаване на функционалния мехурен капацитет, (Боцова, В., 2006).

Когато ефекта от упражненията е незадоволителен или пациентките не са в състояние да ги изпълняват по различни причини се прилагат електростимулации на пелвичното дъно. Според Троев Т. и Казалкова К. (2011) с прилагане на електростимулации, може да се достигне излекуване на 18 до 70 % от случаите. Клиничния им смисъл се изразява освен в тренировка на тазовите мускули, но и с ролята им да пробудят сигнали за съкращаване с различна честота и интензивност. Съществуват публикувани данни от преди 30 години за различни техники на електростимулации като лечение на уринарната инконтиненция, контролирани проучвания, изцяло преведени на английски, немски, както и на скандинавските езици. Резултатите от различните контролирани проекти оценяват ефекта от електростимулацията, (Казалкова, К. & Троев, Т., 2011).

Добър ефекта в лечението на неврогенен пикочен мехур с физикални фактори, с цел намаляване активността на детрузора предлага Berghmans B. (2006). Той се постига с интравезикални стимулации с разтвори на Окси-бутинин и с Атропин, съчетани с нискочестотни токове, локална хиперемия с нафталинова кал или озокерит. Като съществена част от лечението е прилагането на метода за обратна връзка, основан върху обучението на пациентите рефлексно да активират детрузора, напрягайки мускулите на таза, под зрителен и звуков контрол на функциите на пикочния мехур, свързани с цистометрична апаратура.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Качеството на живот е параметър, чиито количествено измерение е трудно. Обикновено терминът се използва за описване на начина на живот, промяна в социалният статус, изменение в здравното състояние и друго. Проблемът е социално значим, тъй като засяга здравето на хиляди жени, за които няма точна статистика, изискват се значителни материални ресурси на здравно-осигурителни фондове, отделни болници, конкретният пациент и обществото като цяло. Кинезитерапията и физикалната медицина са намерили своето място в лечението на този социален проблем. За успешното лечение и генериране на резултати е необходима трайна мотивация. Навременното споделяне на проблема гарантира успех, negliжирането му – отслабване на мускулатурата на тазовото дъно, а съответно лечението по-трудно и дълго.

REFERENCES

- Abrams, P., Cardozo, L. & Fall, M. (2002). *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. Neurourol Urodyn, 21:167.
- Berghmans B. (2006). *The role of the pelvic physical therapist*, Actas Urologicas Espanolas, 110-112.
- Botsova, V. (2006). *Overactive bladder - clinical aspects, diagnosis and treatment*. Practical Pediatrics Journal, Sofia, issue 6, 6-9.
- Hubchev, G. (2020). *Application of the Reemex system (artificial sphincter) in severe forms of stress urinary incontinence in women*. Modern Medical Science Journal, Sofia, issue 1, 19-23.
- Ivanova, J., Kornovski, J., Kostov, S. Slavchev, S. & Yordanov, A. (2021). *Operative treatment of women with urinary incontinence by non-ablative Erbium-Yag (Fototna) laser*.

Journal, Sofia, issue 4, 15- 19.

Kazalkova, K. (2008). *Kinesitherapy - a powerful tool in the treatment of stress urinary incontinence in women*. Kinesitherapy and Rehabilitation Journal 1-2, 17-19.

Kazalkova, K. & Troev, T. (2011). *European standardization and modern concepts for the treatment of urinary incontinence, types, frequency, sex*. Physical medicine, Rehabilitation, Health Journal, Sofia, issue 4, 10-14.

Kazalkova, K. & Troev, T. (2011). *European and global programs for the physical treatment of urinary incontinence*. Physical medicine, Rehabilitation, Health Journal, Sofia, issue 4, 15-19.