

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮРО МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»  
МИНИСТЕРСТВА ТРУДА И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ И МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНВАЛИДОВ  
АБСОРБИРУЮЩИМИ ИЗДЕЛИЯМИ**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**Москва 2014**

**Авторский коллектив:**

доктор медицинских наук, профессор Андреева О.С.

© ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России

## СОДЕРЖАНИЕ

Введение .....	4
Виды и типы абсорбирующего белья, подгузников.....	10
Клинико-диагностические и реабилитационно-экспертные аспекты обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками.....	19
Организационно-методические аспекты обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками.....	21

## ВВЕДЕНИЕ

Недержание мочи встречается как у детей, так и у взрослых (в молодом и в старческом возрасте). По данным Европейской ассоциации урологов (2010 г.) распространенность недержания мочи следующая: хотя бы 1 раз в году у 5-69% женщин и у 1-39% мужчин проявляются симптомы недержания мочи; в целом недержание мочи встречается в 2 раза чаще у женщин, чем у мужчин, при этом недержания мочи у пожилых женщин в основном связано с эстрогенной недостаточностью, возникающей в постменопаузе, а также с пролапсом гениталий, вызванным травматическими родами или тяжелыми физическими нагрузками.

Международное общество по удержанию мочи предлагает следующую *классификацию видов недержания мочи*: ургентное недержание мочи; стрессовое недержание мочи; смешанное недержание мочи; постоянное недержание мочи; ночное недержание мочи (во сне).

*Императивное (ургентное) недержание мочи* (так называемое недержание мочи) представляет собой непроизвольное выделение мочи сразу после внезапно возникшего резкого позыва на мочеиспускание. Позывы на мочеиспускание возникают через короткие промежутки времени, пациент не может удержать мочу; имеет место частое ночное мочеиспускание. Причиной такого вида недержания мочи является гиперактивность мочевого пузыря, которая (по данным Международного общества по удержанию мочи) подразделяется на нейрогенную гиперактивность мочевого пузыря (причиной является неврологическая патология) и идиопатическую (не связанную с неврологической патологией). Императивное недержание мочи имеет место у 10-26% мужчин и 8-42% женщин (по данным Европейской ассоциации урологов за 2010г.).

*Стрессовое недержание мочи* возникает при кашле, подъеме тяжести, смехе, когда повышается внутрибрюшное давление. Стрессовое недержание

мочи является следствием недостаточности тазового дна, что, в свою очередь, приводит к патологической подвижности и недостаточности сфинктеров мочевого пузыря и уретры.

*Смешанное недержание мочи* характеризуется произвольным выделением мочи в сочетании с внезапным резким позывом на мочеиспускание, а также недержанием мочи при усилии, чихании, кашле.

*Постоянное недержание мочи* – это постоянное подтекание мочи.

*Ночной энурез* – это недержание мочи во сне.

Недержание мочи подразделяется на: *истинное* – произвольное выделение мочи естественным путем; *ложное* – выделение мочи из противоестественных отверстий в мочевых путях; *полное* – произвольное выделение всей мочи (поступление в мочевой пузырь) в отсутствие акта мочеиспускания, *частичное* – произвольное выделение части мочи при сокращенном акте мочеиспускания; *постоянное* и *временное (периодическое)*.

*Периодическое недержание мочи:* произвольная регуляция акта мочеиспускания отсутствует, устанавливается автоматический, рефлекторный тип опорожнения пузыря за счет самостоятельной деятельности спинномозговых центров, как это наблюдается у ребенка до определенного возраста. По мере растяжения пузыря от накапливающейся мочи возникают соответствующие раздражения, которые, достигая известной степени, вызывают рефлекторное расслабление сфинктеров и напряжение детрузора: моча выделяется произвольно, до следующего накопления и нового рефлекторного опорожнения. В этих случаях наблюдается, следовательно, периодическое недержание мочи при постоянно имеющейся остаточной моче в пузыре. Легкая степень периодического недержания мочи выражается так называемыми императивными позывами на мочеиспускание. В таких случаях при наличии позыва больной не может на длительный срок задержать опорожнение пузыря.

*Причины недержания мочи* можно разделить на 5 групп:

– к первой группе относятся заболевания, при которых сфинктер мочевого пузыря не способен к полному замыканию вследствие его повреждения, нарушения иннервации, склерозирования стенки мочевого пузыря, нарушения анатомических взаимоотношений органов малого таза, уретроцистоцеле, повреждения сфинктера в родах или при операциях на промежности, предстательной железе и др. Недержание мочи при этом является *истинным* (полным или частичным);

– вторую группу составляют заболевания, приводящие к повышению тонуса детрузора, сфинктер при этом остается нормальным. Повышенное внутрипузырное давление ведет к непроизвольному опорожнению пузыря. Подобное состояние возникает при нейрогенном мочевом пузыре, сморщенном мочевом пузыре;

– к третьей группе причин, обуславливающих недержание мочи, относятся факторы, вызывающие вялость детрузора при нормальной функции сфинктера или его гипертонус при нормальной функции детрузора. Подобное несоответствие обуславливает так называемое недержание мочи от «переливания», именуемое чаще парадоксальной ишурией. В сущности это хроническая задержка мочеиспускания, обусловленная значительным сужением уретры, заболеваниями центральной и периферической нервной системы;

– к четвертой группе недержания мочи относятся заболевания, приводящие к недостаточности сфинктера мочевого пузыря и ослаблению тонуса детрузора. Эта форма недержания чаще встречается при рассеянном склерозе, менингомиелоцеле. Эти причины иногда вызывают недержание мочи у многорожавших женщин;

– пятую группу составляют врожденные и приобретенные заболевания, вызывающие ложное недержание мочи; моча при этом

выделяется через дефект, образовавшийся в результате эктопии мочевого пузыря, незаращения урахуса, эктопии устья мочеточника во влагалище или уретру ниже сфинктера, врожденного пузырно-влагалищного свища. Перечисленные заболевания в большинстве своем ведут к полному недержанию мочи.

Недержание мочи характеризуется следующими *клиническими понятиями* (в зависимости от причины, вызывающей недержание мочи):

- недержание мочи при напряжении (патологическая подвижность шейки мочевого пузыря и уретры вследствие слабости мышц тазового дна);

- недержание мочи (нестабильность детрузора при нормальной функции сфинктера мочевого пузыря и мочеиспускательного канала; при отсутствии патологической подвижности шейки мочевого пузыря и уретры, а также неврологической патологии);

- активное нейрогенное недержание мочи (нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, когда сфинктер уретры не подчиняется произвольному контролю);

- пассивное нейрогенное недержание мочи (недостаточность сфинктера мочевого пузыря и уретры) при поражении спинального центра мочеиспускания и нижележащих нервных путей;

- врожденное ложное недержание мочи (при пороках развития мочевых путей);

- приобретенное ложное недержание мочи;

- парадоксальная ишурия (задержка мочи и переполнение мочевого пузыря);

- посттравматическое недержание мочи (при последствиях травм таза, повреждении сфинктеров мочевого пузыря и уретры).

Основными видами болезней, приводящих к недержанию мочи, являются: цереброваскулярные болезни с нарушением кровообращения головного и спинного мозга (в бассейне обеих внутренних сонных артерий, обеих передних мозговых артерий, обеих позвоночных артерий); последствия нарушения венозного кровообращения головного мозга; последствия нарушения артериального и венозного кровообращения спинного мозга; энцефалиты, опухоли головного мозга; энцефаломиелиты, полиомиелит, сирингомиелия, рассеянный склероз; детский церебральный паралич; последствия внутричерепной травмы; последствия травмы спинного мозга; опухоли спинного мозга; токсическая энцефалопатия, миелопатия; наследственные, дегенеративные нервно-мышечные заболевания; пороки развития, травмы, воспалительные заболевания и новообразования нижних мочевых путей и предстательной железы; пузырно-влагалищные, влагалищно-мочеточниковые, пузырно-простато-промежностные свищи травматического происхождения либо образовавшиеся вследствие прорыва гнойников или прорастания опухолей из других органов в стенку мочевого пузыря, сочетающиеся со стриктурой уретры; гиперрефлекторный нейрогенный мочевой пузырь и др.

*Нейрогенный мочевой пузырь* – синдром, объединяющий расстройства мочеиспускания, возникающие при поражении нервных путей и центров, иннервирующих мочевой пузырь и обеспечивающих функцию произвольного мочеиспускания. Основным в патогенезе является денервация и функциональное разобщение мочевого пузыря с корковыми и спинальными центрами, нарушение его резервуарной и опорожняющей функций. При преимущественном поражении центров и путей симпатической иннервации страдает резервуарная функция, что проявляется расстройством адаптации и недержанием мочи. При поражении парасимпатической части иннервации нарушается опорожняющая функция, что выражается задержкой мочи. Поперечное поражение спинного мозга выше поясничных сегментов оставляет интактными спинальные центры. Связь с корковыми центрами при



этом отсутствует, однако рефлекторная функция опорожнения сохраняется. Повреждение корковых центров приводит к нарушению их тормозных влияний на подкорковые, спинальные и периферические центры, адаптационная и эвакуационная функции осуществляются в условиях ослабленного контроля корковых центров. Вследствие ослабления тормозящих влияний коры позывы на мочеиспускание носят императивный неудержимый характер, и развивается недержание мочи. При поражении обеих частей иннервации мочевого пузыря (парасимпатической и симпатической) нарушаются обе функции пузыря: имеется как задержка мочи (остаточная моча), так и недержание ее. Нарушения мочеиспускания при нейрогенном мочевом пузыре различны по форме и интенсивности в зависимости от локализации, тяжести и продолжительности повреждений нервной системы.

Нейрогенный мочевой пузырь развивается при различных уровнях поражения нервной системы: супраспинальном (церебральном), супрасакральном (спинальном или медуллярном), инфрасакральном (периферическом экстрамедуллярном). Супраспинальное поражение нервной системы возникает при: опухоли головного мозга, цереброваскулярных заболеваниях, гидроцефалии, деменции, болезни Паркинсона, синдроме Шай-Драгера, болезни Шарко, энцефалите, менингите, церебральном параличе, рассеянном склерозе. Супрасакральное поражение нервной системы возникает при: позвоночно-спинномозговой травме, остром нарушении спинального кровообращения, ишемии спинного мозга, воспалительных и иммунных заболеваниях, опухоли спинного мозга и его оболочек, костно-деструктивных изменениях позвоночника. Инфрасакральное поражение нервной системы имеет место при: позвоночно-спинномозговой травме, остром нарушении спинального кровообращения, ишемии спинного мозга, дискогенной миелопатии, люмбосакральной синингомиелии, миелодисплазии и др. К периферическим экстрамедуллярным заболеваниям, приводящим к недержанию мочи,

относятся: каудопатии, травмы таза, осложнения после хирургического вмешательства на кишечнике и матке, ретропериронеально распространяющиеся опухоли, полирадикулоневропатии, полиневропатии, демиелинизирующий синдром Джулиана-Барре и др. При нейрогенном мочевом пузыре существует как гипертонический мочевой пузырь, так и гипотонический (когда отсутствует нормальное мочеиспускание при полном и даже переполненном мочевом пузыре).

*У детей в целом чаще встречается истинное частичное приобретенное недержание мочи* вследствие нарушения нейрогуморальной регуляции мочевого пузыря. При этом страдает, главным образом, резервуарная функция мочевого пузыря вследствие частичной утраты способности детрузора к активной адаптации, повышения порога рефлекса мочеиспускания и сопутствующей недостаточности мышц тазового дна. Чаще всего у детей причинами полного недержания мочи являются дефекты, образовавшиеся в результате эктопии мочевого пузыря, незаращения урахуса, эктопии устья мочеточника во влагалище или уретру ниже сфинктера.

*Классификация недержания мочи по степени тяжести* (в зависимости от количества мочи (в мл), выделяемой в течение 8 часов) включает: легкую степень (до 400 мл); среднюю степень (400 – 600 мл); тяжелую степень недержания мочи (600 мл и более).

### **Типы и виды абсорбирующего белья, подгузников**

К абсорбирующему белью, которым обеспечиваются инвалиды за счет средств федерального бюджета, относятся простыни, пеленки, подгузники, вкладыши урологические, прокладки урологические для мужчин, прокладки урологические для женщин. Они применяются как средство реабилитации и ухода для больных с различными формами недержания мочи и кала с целью профилактики повреждений кожных покровов (пролежней), обеспечения физического и психологического комфорта. Абсорбирующее белье и

подгузники обеспечивают сухость кожи и препятствуют размножению болезненных микробов. Что касается подгузников, то, будучи составной частью биотехнической системы «человек – изделие», они служат решающим фактором, позволяющим ряду категорий инвалидов реализовать свой реабилитационный потенциал. Подгузники позволяют инвалидам осуществлять самостоятельную активную жизнедеятельность (несмотря на наличие патологических изменений в организме), т.е. являются техническими средствами, обеспечивающими их реабилитацию (от создания возможности исполнять семейно-бытовые обязанности до осуществления профессионально-производственной деятельности).

Абсорбирующее белье, подгузники должны соответствовать требованиям стандартов серии ГОСТ Р ИСО 10993.1-99 «Оценка биологического действия медицинских изделий», ГОСТ Р 51148-98 «Изделия медицинские. Требования к образцам и документации, представленной на токсикологические, санитарно-химические испытания, испытания на стерильность и пирогенность».

*Абсорбирующее белье (простыни и пеленки)* предназначено для: соблюдения правил личной гигиены; избавления от психологического напряжения и чувства дискомфорта лежачих больных; защиты постельного белья и мебели.

*Впитывающие простыни (пеленки)* представляет собой изделие, впитывающим слоем которого является многослойная прессованная целлюлоза; нижним слоем – не пропускающая влагу, не скользящая пленка; верхним слоем служит мягкий нетканый материал (рис. 1).



Рис. 1 Впитывающие простыни (пеленки)

### Технические характеристики:

- размеры – 40х60 см; 60х60 см; 90х60 см;
- впитывающая способность: от 400 до 500 мл (впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 40х60 см); от 800 до 1200 мл (впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60х60 см); от 1200 до 1900 мл (впитывающие простыни (пеленки) размером не менее 60х90 см).

*Подгузники* – специальные изделия, которые используются при средних, тяжелых и очень тяжелых степенях недержания мочи.

Подгузники применяются для: соблюдения правил личной гигиены; профилактики пролежней; избавления от психологического напряжения и чувства дискомфорта у больных с недержанием мочи и кала (обездвиженных, малоподвижных больных и лиц с частичной потерей активности). Форма подгузника должна соответствовать развертке части торса человека с дополнительным увеличением площади на запах боковых частей. Впитывающий слой подгузника имеет форму, которая позволяет его использовать как мужчинам, так и женщинам. Подгузник является многослойным изделием. Внешний слой подгузника выполнен из влагонепроницаемого материала – специального полиэтилена, который препятствует проникновению влаги наружу, но пропускает влагу внутрь. Впитывающий слой состоит из распушенной целлюлозы с суперабсорбирующим полимером, который впитывает и удерживает очень большие объемы жидкости; не подвергается разложению микроорганизмами, нейтрализует запахи. За счет высокой впитывающей способности суперабсорбента изделия являются тонкими и легкими, что крайне важно при длительном применении у тяжелых больных. Внутренний слой состоит из нетканого материала на основе натурального хлопчатобумажного сырья. Подгузник имеет систему крепления на теле больного: застежки-липучки многократного использования позволяют идеально подогнать подгузник под

анатомические особенности любого пациента. Впитывающая способность подгузника обеспечивается также тщательно выверенным расположением впитывающей прокладки внутри подгузника.

Подгузник имеет влагонепроницаемые барьеры по бокам, что создает ощущение комфорта и надежности. Стягивающие резиночки, расположенные по бокам и состоящие из натуральной резины и спандекса, обеспечивают его анатомическую форму и наилучшее прилегание. Подгузник может иметь индикатор насыщения влагой, он меняет цвет или исчезает полностью при максимальном наполнении.



Рис. 2 Подгузник открытого типа

Подгузник открытого типа не закрывает боковые поверхности бедер, крепится на перфорированном поясе из нетканого материала (рис. 2). Поясной дышащий подгузник предназначен как для лежачих, так и активных пациентов со средней и тяжелой степенью недержания мочи/кала. Для лежачих больных и больных с частичной потерей двигательной активности очень важно сохранить возможность самостоятельно ходить в туалет. Родственники и/или медицинский персонал специализированных учреждений должны объяснять и поощрять больных за подобные действия. Современные дышащие подгузники на поясе позволяют пациенту, не снимая подгузник, самостоятельно посещать туалет. Впитывающая часть подгузника легко открепляется и вновь фиксируется на теле пациента. «Дышащий» пояс, изготовленный из специального материала, помогает без усилий быстро производить замену изделия и закрепляется на теле с помощью специальной

многократной застежки – липучки на поясе, которая при фиксации не прилипает ни к рукам, ни к перчаткам. Это позволяет идеально подогнать подгузник с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента, неоднократно застегнуть и расстегнуть, подтянуть подгузник, если в этом есть необходимость. Поясной дышащий подгузник является экономичным, так как содержит мало материала для закрытых участков кожи. Это свойство изделия помогает снизить риск возникновения осложнений со стороны кожи, а также идеально подходит для людей, у которых уже возникли проблемы: покраснение кожи, раздражение, развитие пролежней.



Рис. 3 Подгузник закрытого типа

Использование подгузников на поясе экономит силы и время персонала при уходе за тяжелыми больными. Подгузник закрытого типа закрывает боковые поверхности бедер, крепится по бокам на четыре многократные застежки-липучки (рис. 3). Для правильного подбора и удобства использования закрытых подгузников необходимо учитывать:

- многократную систему крепления застежек-липучек;
- удобную анатомическую форму и правильно выверенные размеры; это позволяет адаптировать подгузник к любым особенностям фигуры, избежать протекания на постель и одежду, оставить открытой большую часть тела и снизить риск возникновения осложнений;

– ряды стягивающих резинок по бокам, эластичную гофрированную стяжку в области поясницы, усиленную рабочую зону для максимального впитывания, которая сконцентрирована в области промежности. Это позволяет снизить проникновение излишков влаги в область паха и поясницы;

– индикатор наполнения жидкостью для контроля наполнения подгузника. При максимальном наполнении индикатор меняет цвет или исчезает, что указывает на точное время замены изделия.

Для наиболее полного контроля за состоянием пациента необходимо максимально точно подобрать размер подгузника, овладеть навыками правильного использования, что обеспечит плотное прилегание всего изделия по контрольным линиям промежности и оптимизирует расход. В ночное время возможно использование подгузников с максимальной степенью впитывания, днем - использование подгузников с меньшей степенью впитывания в зависимости от потребностей пациента (алгоритм может быть иным). Подбор подгузников детям должен основываться на аналогичных принципах и обязательно учитывать массу тела ребенка и его состояние.

Для подвижных больных, со средней степенью недержания мочи, которые могут самостоятельно передвигаться и за собой ухаживать, рекомендуется использование впитывающих подгузников-трусов. Они позволяют сохранить максимальную подвижность и свободу активной жизни пациентов благодаря максимальной простоте в использовании. Впитывающие трусы надевают и носят как обычное белье, они незаметны под одеждой, обеспечивают комфорт и свободу движения благодаря анатомической форме, плотно и комфортно прилегают к телу, быстро впитывают и надежно удерживают влагу. Вертикальные барьеры

обеспечивают защиту от протеканий. Кроме того, способствуют предотвращению распространения запаха благодаря суперабсорбенту, который препятствует росту бактерий.



Рис. 4 Подгузник-трусы

*Выбор подгузника является строго индивидуальным; он зависит от тяжести состояния больного и степени недержания мочи, возраста, массы тела, телосложения больного, степени его активности, способности к самостоятельной бытовой, общественной, профессиональной деятельности.*

Правильно подобранный подгузник должен плотно облегать тело человека, не провисать и не смещаться при его движении. От этого зависит эффективность и надежность использования подгузника.

По своим конструктивно-техническим характеристикам подгузники разделяются на «дышащие» (т.е. пропускающие воздух и водяные пары) и «не дышащие» (т.е. не обладающие такими свойствами). Указанное достоинство «дышащих» подгузников обеспечивается применением специального ламината, пропускающего воздух и не пропускающего влагу в конструкции внешнего слоя. В отличие от «дышащих» изделий «не дышащие» подгузники не содержат ламината, а их внешний слой состоит из водонепроницаемой пленки.

Подгузники имеют различные размеры для взрослых и для детей. Подгузники со сроком использования до 8 ч предлагаются в 5 размерах.

*Подгузники для взрослых имеют следующие типоразмеры и степень впитывающей способности:*



– сверхмалый размер «XS», рассчитанный на объем талии не менее 40-60 см; может иметь различную впитываемость: не менее 800, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;

– малый размер (S, small), рассчитанный на объем талии не менее 60-80 см; может иметь различную впитывающую способность – не менее 800, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;

– средний размер (M, medium), рассчитанный на объем талии не менее 70-110 см; может иметь различную впитывающую способность – не менее 800, 900, 1500, 2000, 2100, 2310, 3600 мл;

– большой размер (L, large), рассчитанный на объем талии не менее 100-150 см; может иметь различную впитывающую способность – не менее 800, 1100, 1500, 2100, 2200, 2400, 2700, 4100 мл;

– очень большой размер (XL, extra large), рассчитанный на объем талии не менее 120-160 см; может иметь различную впитывающую способность – не менее 1500, 2100, 2140, 3300 мл.



Рис. 5 Детский подгузник

*Подгузники для детей (рис. 5) имеют различные типоразмеры в зависимости от массы тела ребенка:*

- масса тела ребенка 3-6 кг,
- масса тела ребенка 4-9 кг,
- масса тела ребенка 7-18 кг,
- масса тела ребенка 11-25 кг,
- масса тела ребенка 15-30 кг.

*Прокладки урологические для мужчин* используются при легкой степени недержания мочи только у мужчин, ведущих активный образ жизни. Прокладки с различной впитывающей способностью изготавливаются с учетом анатомических особенностей мужского тела. Прокладка для мужчин может иметь два размера: один – для пениса, а другой – для пениса и мошонки. Клеящая полоска позволяет закрепить прокладку на обычных трусах. Прокладку можно также использовать с сетчатыми трусами. Рядом производителей выпускаются абсорбирующие прокладки для пениса, которые впитывают 80 мл, впитывающие прокладки для пениса и мошонки – 100 мл мочи; другие производители выпускают прокладки для мужчин (нормаль, экстра и икс-плюс) с впитываемостью 150, 300 и 600 мл.

*Прокладки урологические для женщин* используются при легкой и средней степени недержания мочи только у женщин, ведущих активный образ жизни. Прокладки с различной впитывающей способностью изготавливаются с учетом анатомических особенностей женского тела. Абсорбирующая прокладка для женщин имеет различную степень впитываемости: 90, 140 и 170 мл; рядом производителей выпускаются прокладки для женщин с впитывающей способностью от 200 до 800 мл.

*Абсорбирующие прокладки, которые можно использовать для мужчин и для женщин* – применяются при легкой и средней степени недержания мочи, отличаются размерами (нормаль, медиум, плюс, супер, экстра), имеют впитывающую способность 800, 1200, 1400, 2000, 2900 мл. Благодаря своей форме, небольшому размеру и высокой впитывающей способности урологические прокладки надежно защищают от протеканий. Улучшенная система нейтрализации запаха в урологических прокладках

достигается за счет использования суперабсорбента со специальными свойствами. Прокладки надежно закрепляются на белье и позволяют вести активный образ жизни.



Рис. 6 Примеры прокладок урологических для мужчин (1) и женщин (2)

### **Клинико-диагностические и реабилитационно-экспертные аспекты обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями**

Обеспечение инвалидов абсорбирующими изделиями осуществляется в соответствии с ИПР, разрабатываемой специалистами федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы.

Принятие решения по обеспечению инвалидов абсорбирующими изделиями может осуществляться как по результатам очного освидетельствования больного, так и данным анализа представленной документации (заочное освидетельствование), в случае вынесения решения о признании гражданина инвалидом. И в том и в другом случае специалистам по медико-социальной экспертизе необходимо:

- объективизировать наличие выраженных или значительно выраженных нарушений функции выделения вследствие инвалидизирующего заболевания;
- определить форму и уровень социальной активности пациента;
- определить (с учетом результатов решения вышеуказанных задач) показанные виды

абсорбирующих изделий и нормативы индивидуальной потребности в них.

Решение первой задачи предполагает наличие информации об имеющейся у инвалида *болезни*, потенциально приводящей к нарушению функций тазовых органов. Однако сама по себе болезнь не означает в обязательном порядке выявления нарушений функций тазовых органов. Подтверждением последнего является наличие соответствующего *синдрома*. Термин «соответствующий синдром» означает патогенетическую взаимосвязь между нозологией и видом функциональных нарушений. Например, при опухолях головного мозга возникает нарушение функции тазовых органов только по центральному типу (периодическое недержание мочи). Следующим уровнем объективизации патологии является выявление патогенетических *симптомов*. Например, автоматическое рефлекторное опорожнение мочевого пузыря при синдроме «недержание мочи» вследствие только двустороннего поражения головного мозга.

Вышеизложенная логическая цепь умозаключения: «нозология» – «синдром» – «симптомы» требует дальнейшего объективного подтверждения в виде клинических (осмотр, пальпация, перкуссия) и параклинических (электрофизиологических, биохимических, клиническо - лабораторных исследований, катетеризации, контрастных методов исследований и др.) данных.

*Медицинскими показаниями* для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками являются: стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции выделения (мочи, кала) вследствие: заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной, периферической нервной системы; заболеваний, последствий травм, пороков развития мочеполовой системы.

Специалисты федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы для правильного вынесения решения о потребности инвалида в абсорбирующем белье и подгузниках должны знать показатели,

по которым определяется степень выраженности нарушений функции выделения. В соответствии с существующей практикой медико-социальной экспертизы *выраженные нарушения функции выделения* характеризуются частым непроизвольным мочеиспусканием (через 10-30 мин.); отсутствием позывов на мочеиспускание и чувства прохождения мочи по мочеиспускательному каналу. У пациентов отмечаются следующие показатели цистометрии – емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора составляет 500-600 мл, объем остаточной мочи – до 400 мл, при гипертонии детрузора емкость мочевого пузыря равняется 20-30 мл. При *значительно выраженных нарушениях функции выделения* имеет место недержание мочи, отсутствие позывов на мочеиспускание; при цистометрии емкость мочевого пузыря при гипотонии детрузора составляет 700-800 мл, объем остаточной мочи – до 600 мл, при гипертонии детрузора емкость мочевого пузыря равняется 40-50 мл. Выраженные и значительно выраженные нарушения функций кишечника характеризуются недержанием кала, зиянием заднего прохода, гиперпигментированностью и мацерацией кожи вокруг заднего прохода, наличием частиц кала на белье. При пальцевом исследовании отмечается отсутствие анального рефлекса, тонус сфинктера отсутствует. Давление в анальном канале наружного сфинктера 0,5 мм рт. ст., внутреннего сфинктера – 0-10 мм рт. ст.

*Абсолютным медицинским противопоказанием* для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками является аллергическая реакция на материал, из которого изготовлены изделия.

### **Организационно-методические аспекты обеспечения инвалидов абсорбирующими изделиями**

Решение о наличии объективных медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями принимается на основе анализа медицинских документов (выписки из истории болезни, амбулаторной карты, направления на медико-социальную экспертизу и др.), а

также данных очного обследования пациента специалистами бюро медико-социальной экспертизы. В указанных медицинских документах должна быть представлена следующая информация:

– анамнестические данные о длительности заболевания, типе течения (регрессирующее, ремитирующее, стационарное, прогрессирующее), степени тяжести, прогнозе исхода заболевания. В случае регрессирующего, ремитирующего, прогрессирующего течения необходима информация о календарных сроках динамики течения заболевания (хронологические периоды изменения состояния);

– данные о признаках наличия патологического процесса, выявленных при осмотре больного в ЛПУ (стационаре, поликлинике), на дому: визуально видимое отхождение мочи, следы мочи на нижнем или постельном белье, запах мочи, реактивные или органические изменения кожных покровов промежности, перкуторное определение остаточной мочи или переполненного мочевого пузыря, видимые противоестественные отверстия для истечения мочи и др.;

– клинико-функциональный диагноз с указанием: топики поражения; синдрома (нейрогенный мочевой пузырь, недержание мочи, недержание мочи); симптома (императивные позывы, периодическое недержание мочи, постоянное недержание мочи, парадоксальная задержка мочи), степени недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая);

– данные лабораторных и инструментальных методов обследования (с обязательным указанием

календарных сроков осуществления соответствующих процедур), подтверждающих наличие патологического процесса.

В направлении больного на медико-социальную экспертизу обязательно должны быть заключения невролога, уролога и гинеколога (у женщин); должен быть представлен развернутый клинико-функциональный диагноз, подтвержденный данными клинического, лабораторного и инструментального методов обследования, с обязательным указанием степени тяжести недержания мочи (в мл).

Специалисты федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы должны знать *методы диагностики недержания мочи* для объективизации указанной патологии в направлении на медико-социальную экспертизу. Впервые вопросы диагностики и схема «Клинических рекомендаций по лечению недержания мочи» была разработана на I Международном съезде врачей по проблемам недержания мочи в 1998г. Схема включала рекомендации по оказанию «Первичной медицинской помощи» и «Специализированной медицинской помощи» больным с недержанием мочи. Эта же схема была использована в Клинических рекомендациях по лечению недержания мочи Европейской ассоциации урологов (2010г.). Схема предусматривает критерии установления диагноза недержания мочи: анализ анамнеза заболевания и выявленных симптомов, результатов лабораторных и инструментальных исследований и тестов.

В соответствии с данной схемой алгоритм обследования и лечения мужчин и женщин с недержанием мочи включает оценку жалоб и анамнеза болезни, при которых необходимо обратить внимание на определение провоцирующих недержание мочи факторов, времени появления и продолжительности недержания мочи, количества теряемой мочи. При анализе симптомов заболевания и их оценке могут использоваться специальные опросники и дневники, ведущиеся больными, содержащие

информацию о частоте и объеме мочеотделения. Данные первичного обследования пациента должны включать результаты проведения: общего осмотра, пальпации и перкуссии передней брюшной стенки; ректального обследования; неврологического и урологического осмотра; лабораторного обследования (общий анализ крови и мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору); данные оценки функций мышц тазового дна; объема остаточной мочи после мочеиспускания. У женщин первичное обследование при недержании мочи должно включать вагинальное исследование, оценку уровня эстрогенов в крови (при необходимости). Объективизация недержания мочи может быть получена при проведении функциональных проб (кашлевой пробы, пробы Вальсальвы, одночасового подкладочного теста, пробы с тампоном-аппликатором, введенным у женщин во влагалище в область шейки мочевого пузыря). Проведение ультразвукового обследования мочевого пузыря позволяет определить объем остаточной мочи (клиническим признаком увеличения объема остаточной мочи является объем более 50 мл) и исключить наличие опухоли.

При осложненных формах недержания мочи проводится дополнительное специализированное обследование больных, включающее комплексное уродинамическое исследование (цистоманометрию, урофлоуметрию, определение порога абдоминального давления, профилометрию уретры) на специальной аппаратуре, а также визуализацию мочевыделительной системы/диафрагмы таза. Цистоманометрия наполнения – это определение изменения внутрипузырного давления при наполненном мочевом пузыре жидкостью или газом. Урофлоуметрия – это определение времени и скорости мочеиспускания. Порог абдоминального давления – это определение функции сфинктера уретры. Профилометрия – это определение внутриуретрального давления. Инструментальное обследование больных с недержанием мочи может также включать проведение цистоскопии, цистоуретрографии. В некоторых случаях больным (мужчинам) должна быть выполнена электромиография.



Экспертно-реабилитационная диагностика включает изучение представленных на освидетельствование медицинских данных о проведенных больному мероприятиях по его медицинской реабилитации по поводу недержания мочи и их эффективности. Эти данные должны быть отражены в выписках из стационара и в амбулаторной карте больного, а также в его направлении на медико-социальную экспертизу (форма 088/у-06), так как, согласно п.16 «Правил признания лица инвалидом», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95, «Организация, оказывающая лечебно-профилактическую помощь, направляет гражданина на медико-социальную экспертизу **после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий** при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом в направлении на медико-социальную экспертизу, форма которого утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также **результаты проведенных реабилитационных мероприятий**». Специалисты федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы должны знать, что *видами медицинской реабилитации при недержании мочи* являются: немедикаментозная терапия (тренировка мочевого пузыря и упражнения для тазовых мышц); медикаментозная терапия (М-холинолитики, антагонисты альфа-адренорецепторов, эстрогены, антидепрессанты, препараты на основе растительных веществ и др.); физиотерапия, лазерные методики, оперативное лечение (с использованием слинговых систем, искусственных мочевого сфинктеров у мужчин, операции TVT у женщин (свободной от натяжения влагалищной петли), реконструктивных операций на уретре и влагалище).

Объемы мероприятий по медицинской реабилитации больных с недержанием мочи, рекомендованные Европейской ассоциацией урологов, представлены на схемах 1-4. Как видно из схемы 1, первичное лечение мужчин со стрессовым, ургентным или смешанным недержанием мочи должно включать: изменение образа жизни, тренировку мочеиспускания по графику, мероприятия физиотерапии, медикаментозное лечение. При отсутствии положительного эффекта от проведения первичного лечения в течение определенного времени (8-12 недель) применяется специализированное лечение (схема 2).

Специализированное лечение недержания мочи у мужчин включает хирургическую коррекцию. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов *этиологическими заболеваниями у мужчин, поддающимися хирургической коррекции*, являются: недержание мочи, обусловленное патологией сфинктера (послеоперационное (после аденомэктомии, после радикальной простатэктомии, после лучевой терапии, брахитерапии, криохирургии, после цистэктомии и пластики мочевого пузыря); посттравматическое (после разрыва мембранозно-простатического отдела и пластики уретры, после травматического поражения диафрагмы таза); врожденное (вследствие экстрофии мочевого пузыря и эписпадии); недержание мочи вследствие патологии мочевого пузыря (резистентное ургентное недержание мочи, снижение объема мочевого пузыря); недержание мочи вследствие формирования фистул (уретро-кожные и уретро-прямокишечные фистулы).

Первичное лечение женщин со стрессовым, ургентным или смешанным недержанием мочи должно включать: изменение образа жизни (снижение массы тела, потребления кофеина и жидкости), тренировку мышц тазового дна, тренировку мочевого пузыря, мочеиспускание по графику, применение влагалищных конусов, электростимуляцию, магнитную стимуляцию, медикаментозное лечение (схема 3).

Специальное лечение (схема 4) у женщин со стрессовым недержанием мочи и гипермобильностью уретры и шейки мочевого пузыря включает: комплексное терапевтическое лечение, позадилонные суспензорные

операции, операции на шейке мочевого пузыря/субуретральные слинговые операции, имплантация искусственного мочевого сфинктера. При ургентном недержании мочи у женщин, обусловленным идеопатической гиперактивностью детрузора, для лечения используется нейромодуляция или аугментация мочевого пузыря. При резистентной гиперактивности детрузора в лечении больных применяют ботулотоксин. Хирургические методы лечения недержания мочи у женщин включают: переднюю кольпорафию, трансвагинальную иммобилизацию шейки мочевого пузыря, кольпосуспензию по Burch, паравагинальную пластику, уретропластику, имплантацию аутологичного фасциального слинга в области шейки мочевого пузыря, имплантацию субуретрального слинга.

На основе анализа вышеперечисленной информации принимается решение о наличии медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями. При определении медицинских показаний для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем или подгузниками следует помнить, что *речь идет о технических средствах реабилитации, основным предназначением которых является компенсация или восстановление имеющихся у больных ограничений жизнедеятельности, которые послужили основанием для признания их инвалидами. То есть, недержание мочи должно быть синдромом болезни, приведшей к выраженному или значительно выраженному нарушению функций выделения, и, соответственно, явится основанием для установления инвалидности. Необходимо также учитывать реабилитационный потенциал инвалида.*

# Первичное обследование и лечение мужчин с НМ

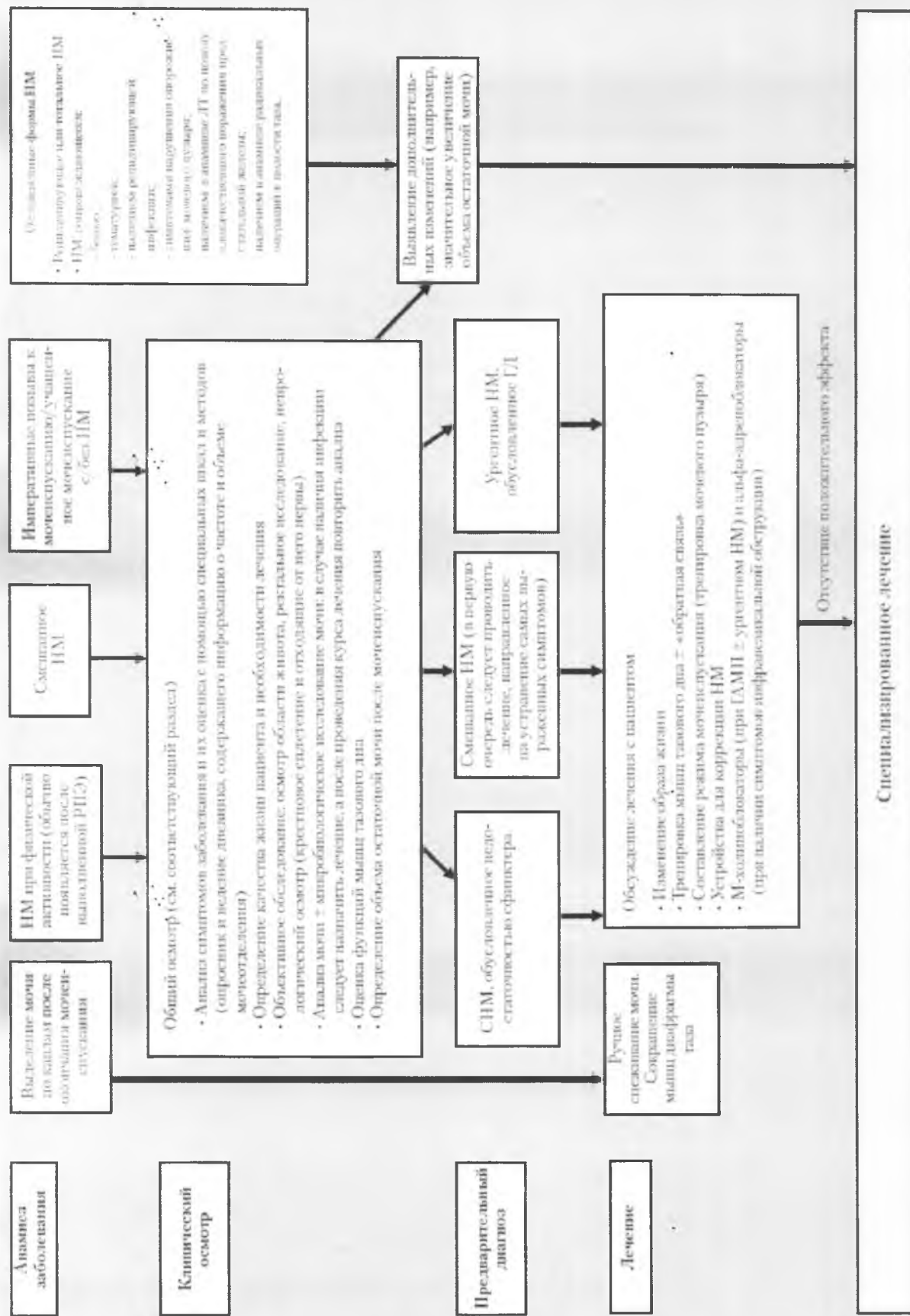


Схема 1 Алгоритм обследования и лечения мужчин с НМ при оказании первичной медицинской помощи.

# Обследование и лечение мужчин с НМ при оказании специализированной медицинской помощи

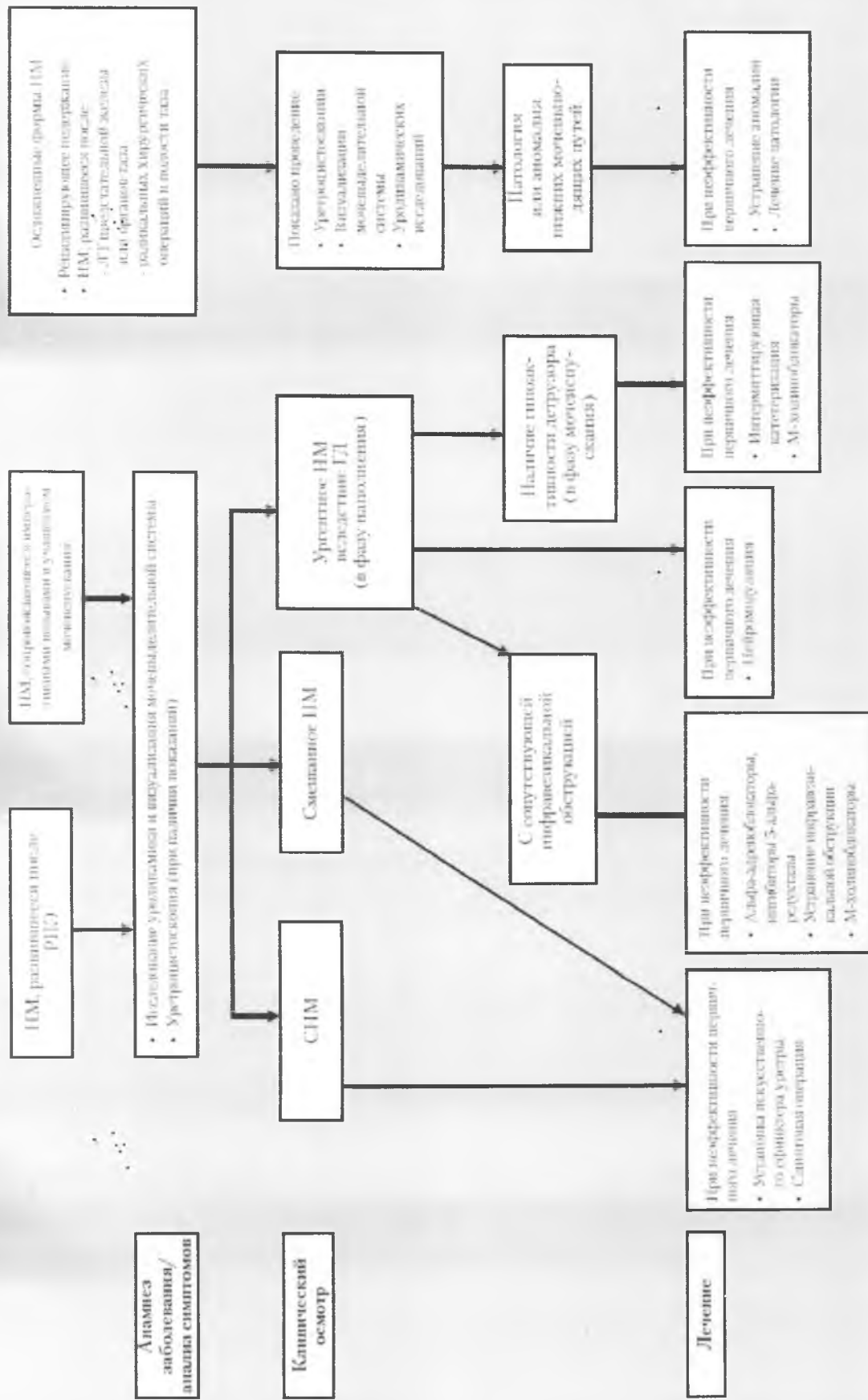


Схема 2 Алгоритм обследования и лечения мужчин с НМ при оказании специализированной медицинской помощи

# Первичное обследование и лечение женщин с НМ

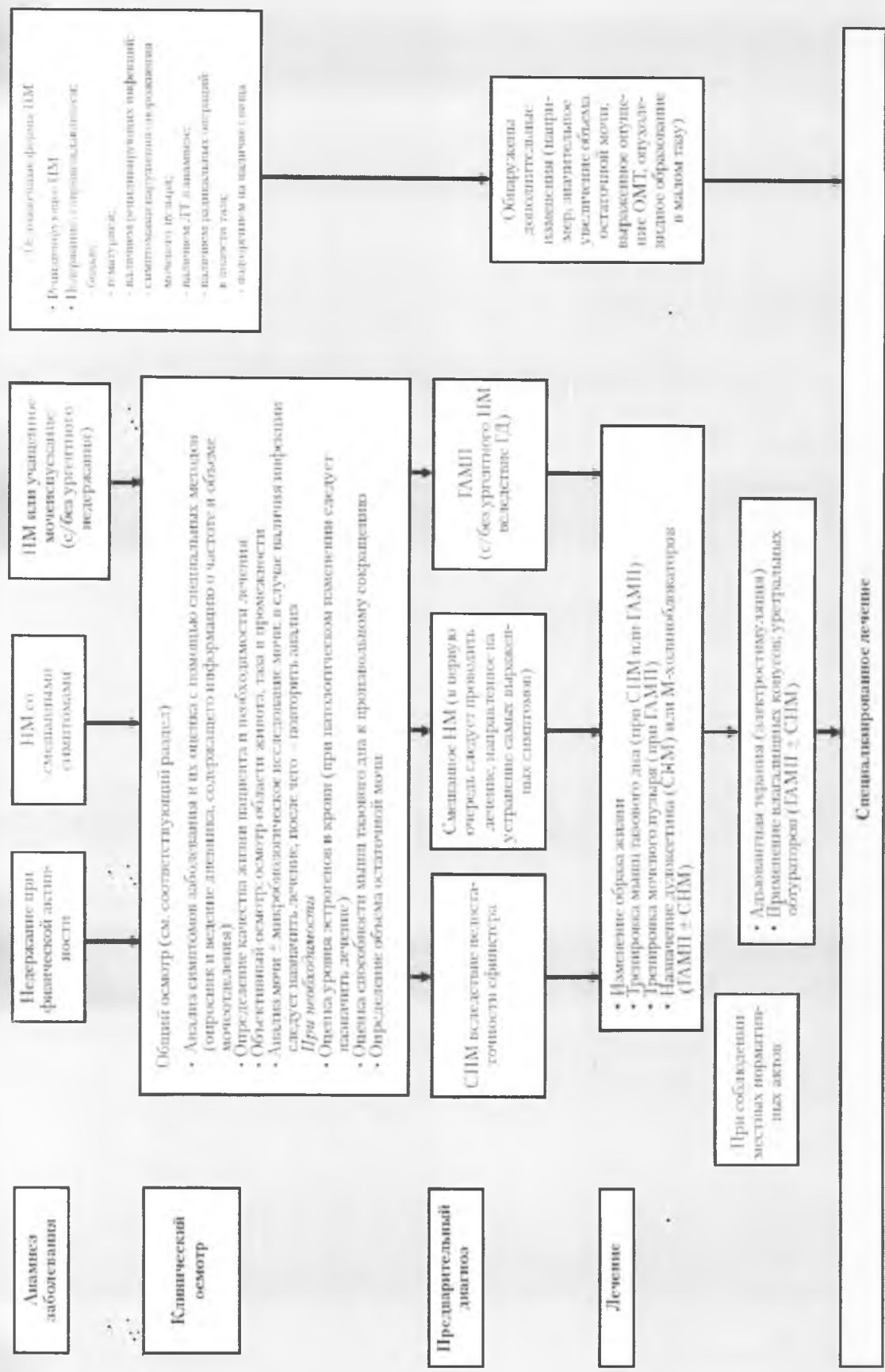


Схема 3 Алгоритм обследования и лечения женщин с НМ при оказании первичной медицинской помощи



Следующим шагом в процедуре освидетельствования инвалида и составления для него ИПР является определение адекватного вида абсорбирующих изделий и их конструктивно – эксплуатационных характеристик (размер изделия и его впитывающая способность).

Показаниями к назначению *подгузников для взрослых* являются стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции выделения (мочи, кала) легкой, средней и тяжелой степени тяжести вследствие:

- заболеваний, последствий травм, пороков развития центральной, периферической нервной системы, включая состояния в результате нарушения мозгового кровообращения;

- заболеваний, последствий травм, хронических инфекций и пороков развития мочеполовой системы

- злокачественных новообразований (1У клиническая группа);

- психических расстройств с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, деменцией

- других заболеваний, сопровождающихся недержанием мочи и кала легкой, средней и тяжелой степени тяжести

Показаниями к назначению *впитывающих простыней (пеленок)* являются те же заболевания и состояния, что для подгузников, в случае невозможности применения подгузников. Впитывающие простыни (пеленки) не являются полноценной заменой подгузникам для взрослых, так как не задерживают внутри впитывающего слоя жидкость и неприятный запах.

Для подбора *типа* абсорбирующего белья необходимо учитывать следующие факторы: степень выраженности недержания мочи; подвижность инвалида и способность самостоятельно посещать туалет; степень сохранности когнитивной функции (схема 5)



Схема 5. Подбор типа абсорбирующего белья

Степень недержания мочи	Тип абсорбирующего белья	Степень подвижности	Когнитивная функция
Легкая (выделение до 400 мл мочи за 8 часов)	Урологические прокладки для мужчин Урологические прокладки для женщин	Подвижный (ходит) Частичное ограничение подвижности Может посещать туалет	Деменция отсутствует
Средняя (выделение до 400-600 мл мочи за 8 часов)	Подгузники-трусы	Подвижный (ходит) Частичное ограничение подвижности Может посещать туалет	Деменция отсутствует Деменция средней степени
	Подгузники закрытого типа	Неподвижный (лежачий) Не может посещать туалет	Деменция отсутствует Деменция средней степени Деменция тяжелой степени
Тяжелая (выделение до 600 мл и более мочи за 8 часов)	Подгузники открытого типа	Подвижный (ходит) Частичное ограничение подвижности Может посещать туалет	Деменция отсутствует Деменция средней степени Деменция тяжелой степени
	Подгузники закрытого типа	Неподвижный (лежачий) Не может посещать туалет	Деменция отсутствует Деменция средней степени Деменция тяжелой степени

Определение рекомендуемого размера подгузника у взрослого инвалида осуществляется путем измерения окружности талии с последующим соотнесением с типовыми размерами самого подгузника (XS, S, M, L, XL) и размером одежды пациента.

Очевидно, что при определенном размере подгузника выбор изделия с необходимым уровнем впитывающей способности будет зависеть от объема суточного диуреза пациента и его распределения в течение суток.

*Норматив обеспечения инвалидов подгузниками* составляет не более 8 ч на 1 изделие (при синдроме полиурии – не более 5 ч).

Для расчета суточной потребности в подгузниках для взрослых в целом может использоваться довольно простая формула:

$$\frac{\text{суточный диурез в мл}}{\text{впитываемость подгузника в мл}} = \text{норматив суточного обеспечения}$$

*Для детей-инвалидов обеспечение подгузниками должно начинаться с возраста 2 лет, когда можно говорить о недержании мочи у ребенка.*

Для детей раннего возраста при подборе подгузника учитывается масса тела ребенка, в соответствии с которой рекомендуется изделие с определенной впитывающей способностью. При подборе подгузников для детей также необходимо учитывать суточный диурез. Для детей старшего возраста (начиная с 12-13 лет) выбор рекомендуемого подгузника осуществляется в соответствии с окружностью талии. Допускается применение подгузников для взрослых соответствующих размеров (XS, S, M).

Следует иметь в виду, что целевое предназначение подгузника, как одного из абсорбирующих изделий, определяется социально-средовой ситуацией и возможностью использовать его для решения конкретной социальной задачи по реабилитации инвалида.

Так, не всегда оправданным является включение подгузников в ИПР инвалидов с очень низким реабилитационным потенциалом, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания. В своем письме от 26.05.2006 г. № 2741 – ВС Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, опираясь на положения Федеральных законов от 10.12.1995 N 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» и от 02.08.1995 N 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов», отметило, что система социальных служб является государственной и состоит из государственных учреждений и предприятий социального обслуживания (в том числе стационарных), являющихся собственностью

субъектов Российской Федерации и находящихся в ведении органов государственной власти субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение учреждений социального обслуживания (в том числе стационарных) является расходным обязательством субъектов Российской Федерации и включает комплекс мер по созданию инвалидам соответствующих их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, проведению реабилитационных мероприятий медицинского, психологического, социального характера, питанию и уходу. Это предусматривает безусловное обеспечение соблюдения личной гигиены соответствующих категорий граждан, которые должны иметь достаточное количество мягкого инвентаря и других средств ухода, а также обеспечение абсорбирующим бельем и подгузниками. Именно с учетом последнего условия специалистами бюро медико-социальной экспертизы в рамках ИПР инвалидов должны даваться рекомендации по обеспечению конкретного инвалида вышеназванными ТСП, предоставляемыми в качестве средств ухода и соблюдения личной гигиены.

Нормативы обеспечения инвалидов пеленками зависят как от технических характеристик изделия (размер, впитывающая способность), так и медико-социальных показаний. Периодически их можно применять у лежачих и малоподвижных инвалидов, пользующихся подгузниками, при проведении гигиенических процедур. Постоянно их можно использовать у лежачих больных, а также больных, длительно пользующихся подгузниками и нуждающихся в отдыхе от них и в защите кожи. *Норматив обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем* – не более 8 ч на 1 изделие (при синдроме полиурии не более 5 ч).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бондаренко Т.В., Гомберг В.Г., Зоткин Е.Г., Беженарь В.Ф. Методические рекомендации по организации оказания помощи гражданам пожилого возраста с патологией мочеиспускания в государственных учреждениях здравоохранения (для организаторов здравоохранения, врачей гериатров, урологов, акушер-гинекологов, медицинских сестер). – СПб, 2009. – 33с.
2. Вишневский Е.Л., Пушкарев Д.Ю., Лоран О.Б., Данилов В.В., Вишневский А.Е. Урофлоуметрия. – Изд-во: Печатный город – 2004. – 220 с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Аполихин О.И. Урология – Изд-во: ГЭОТАР-Мед. – 2004. – 520 с.
4. Лопаткин Н.А., Толстова С.С. Императивное недержание мочи / Материалы пленума правления российского общества урологов. – Ярославль. – 2001. – С. 5-18.
5. Пушкарь Д.Ю. Гиперактивный мочевого пузыря у женщин. — М.: МедПрессИнформ, 2003. – 230 с.
6. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. – Изд-во: Элби-СПб. – 2000. – 136 с.
7. Тарасов Н.И., Миронов В.Н. Современная догоспитальная диагностика и лечение недержания мочи у женщин. Учебно-методическое пособие для врачей общей практики, урологов, гинекологов, неврологов. Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования. Челябинск – 2003.
8. J.W. Thuroff (руководитель), P. Abrams (заместитель руководителя), A. Schroder, K.-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro Недержание мочи Перевод: Ю.В. Алымов

Научное редактирование: Е.И. Велиев © Европейская ассоциация урологов, 2010. – 60 с.