

## В ПОМОЩЬ СПЕЦИАЛИСТАМ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ

### **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДГУЗНИКАМИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ВЫДЕЛЕНИЯ (лекция)**

М.А. Дымочка, О.С. Андреева, В.Г. Суханов, С.А. Павлова  
ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, г. Москва  
Российская общественная организация инвалидов «Астом»

**Ключевые слова:** недержание мочи; инвалид; технические средства реабилитации; подгузники; показания; противопоказания; индивидуальная программа реабилитации.

**Резюме.** В статье рассмотрены показания для назначения подгузников в индивидуальную программу реабилитации инвалида с нарушениями функций выделения. Приведены классификации недержания мочи по видам, степени тяжести, вызвавшим их причинам, а также алгоритм обследования и объем медицинской реабилитации больных с данной патологией.

В качестве технического средства реабилитации и ухода за больными с недержанием мочи представлены подгузники, их типоразмеры и степень впитывающей способности, характеристики различных типов, описаны преимущества каждого из них.

Указан порядок обеспечения подгузниками пациентов с нарушениями функций выделения, определены медицинские противопоказания к их назначению в индивидуальную программу реабилитации инвалида.

Недержание мочи часто встречается как у детей, так и у взрослых. По данным Европейской ассоциации урологов (2010), симптомы недержания мочи возникают хотя бы 1 раз в году у 5 — 69 % женщин и 1 — 39 % мужчин. Недержание мочи в 2 раза чаще встречается у женщин и в пожилом возрасте, в основном, связано с эстрогенной недостаточностью, возникающей в постменопаузе, а также пролапсом гениталий, вызванным травматическими родами или тяжелыми физическими нагрузками [3].

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

Ургентное (императивное) недержание мочи - непроизвольное выделение мочи сразу после внезапно возникшего резкого позыва на мочеиспускание.

Позывы на мочеиспускание появляются через короткие промежутки времени, имеет место частое ночное мочеиспускание.

Причиной этого вида недержания мочи является гиперактивность мочевого пузыря, которая (по данным Международного общества по удержанию мочи) подразделяется на нейрогенную гиперактивность мочевого пузыря, обусловленную неврологической патологией и идиопатическую (не связанную с неврологической патологией). Императивное недержание мочи наблюдается у 10 — 26 % мужчин и 8 — 42 % женщин (по данным Европейской ассоциации урологов за 2010 г.) [4,5].

Стрессовое недержание мочи возникает при повышении внутрибрюшного давления. Стрессовое недержание мочи является следствием недостаточности тазового дна, которая приводит к патологической подвижности и недостаточности сфинктеров мочевого пузыря и уретры [6].

Смешанное недержание мочи характеризуется непроизвольным выделением мочи в сочетании с внезапным резким позывом на мочеиспускание.

Ночной энурез — недержание мочи во сне.

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

Постоянное недержание мочи характеризуется непрерывным подтеканием мочи.

Периодическое недержание мочи: произвольная регуляция акта мочеиспускания отсутствует, устанавливается автоматический, рефлекторный тип опорожнения мочевого пузыря за счет самостоятельной деятельности спинномозговых центров, как это наблюдается у ребенка до определенного возраста.

По мере растяжения пузыря накапливающейся мочой возникают соответствующие раздражения, которые, достигая известной степени, вызывают рефлекторное расслабление сфинктеров и напряжение детрузора: моча выделяется непроизвольно, до следующего накопления и нового рефлекторного опорожнения - происходит периодическое недержание при постоянно имеющейся в пузыре остаточной моче.

Легкая степень периодического недержания мочи выражается императивными позывами на мочеиспускание, при которых больной не может на длительный срок задержать опорожнение пузыря.

**Классификация недержания мочи по степени тяжести** (в зависимости от количества мочи в мл, выделяемой в течение 8 ч) включает:

- легкую степень (до 400 мл);
- среднюю степень (400 — 600 мл);
- тяжелую степень (600 мл и более) недержания мочи.

Причины недержания мочи можно разделить на 5 групп.

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

2. Заболевания, приводящие к повышению тонуса детрузора, сфинктер при этом остается нормальным: повышенное внутрипузырное давление ведет к непроизвольному опорожнению пузыря. Наблюдается при нейрогенном мочевом пузыре, сморщенном мочевом пузыре.

3. Заболевания, вызывающие вялость детрузора при нормальной функции сфинктера или гипертонус сфинктера при нормальной функции детрузора. Подобное несоответствие приводит к недержанию мочи от «переливания», именуемому чаще парадоксальной ишурией.

В сущности, это хроническая задержка мочеиспускания в результате значительного сужения уретры, болезней центральной и периферической нервной системы.

4. Заболевания, приводящие к недостаточности сфинктера мочевого пузыря и ослаблению тонуса детрузора. Эта форма недержания чаще встречается при рассеянном склерозе, менингомиелоцеле и, иногда, у многорожавших женщин.

5. Заболевания, вызывающие ложное недержание мочи, при этом моча 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, отсутствии патологической подвижности шейки мочевого пузыря и уретры, 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).

Основные болезни, приводящие к недержанию мочи: цереброваскулярные болезни; последствия нарушения венозного кровообращения головного мозга; последствия нарушения артериального и венозного кровообращения спинного мозга; энцефалиты, энцефаломиелиты, полиомиелит; сирингомиелия, рассеянный склероз; детский церебральный паралич; последствия внутричерепной травмы; последствия травмы спинного мозга; опухоли головного и спинного мозга; токсическая энцефалопатия, миелопатия; наследственные, дегенеративные неврономышечные 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.

Впервые вопросы диагностики и схема «Клинических рекомендаций по лечению недержания мочи» была разработана на Первом Международном съезде врачей по проблемам недержания мочи в 1998 г.

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 ассоциацией урологов (2010).

Схема предусматривает критерии установления диагноза недержания мочи: анализ анамнеза заболевания и выявленных симптомов, результатов лабораторных и инструментальных исследований и тестов и определяет следующий алгоритм обследования и лечения мужчин и женщин с недержанием мочи [8].

- Оценка жалоб и анамнеза болезни, при которых необходимо обратить внимание на провоцирующие недержание мочи факторы, время появления и продолжительность недержания мочи, количество теряемой мочи. При анализе и оценке симптомов заболевания могут использоваться специальные опросники и дневники пациентов, в которых содержится информация о частоте и объеме мочеотделения.
- Данные первичного обследования пациента с результатами 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); рцейки 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 при проведении функциональных проб (кашлевой пробы, пробы Вальсальвы, одночасового подкладочного теста, пробы с тампоном-апликатором, введенным у женщин во влагалище в область шейки мочевого пузыря).
- Ультразвуковое исследование мочевого пузыря, позволяющее определить объем остаточной мочи (клиническим признаком увеличения объема остаточной мочи является её количество более 50 мл) и исключить наличие опухоли.

При осложненных формах недержания мочи проводится дополнительное специализированное обследование больных, включающее комплексное уродинамическое исследование (цистоманометрия, урофлоуметрия, определение порога абдоминального давления, профилометрия уретры) на специальной аппаратуре, а также визуализацию мочевыделительной системы / диафрагмы таза.

**Цистоманометрия наполнения** - определение изменения внутрипузырного давления при наполненном жидкостью или газом мочевом пузыре.

**Урофлоуметрия** — определение времени и скорости мочеиспускания.

**Порог абдоминального давления** — определение функции сфинктера уретры.

**Профилометрия** - определение внутриуретрального давления.

Инструментальное обследование больных с недержанием мочи может также включать проведение цистоскопии, цистоуретрографии.

В некоторых случаях больным (мужчинам) должна быть выполнена электромиография [2,7].

Объемы мероприятий по медицинской реабилитации больных с недержанием мочи рекомендованы Европейской ассоциацией урологов.

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, реконструктивные операции на уретре и влагалище).

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 нед) применяется специализированное лечение.

Специализированное лечение недержания мочи у мужчин включает хирургическую коррекцию. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации урологов, у мужчин поддается хирургической коррекции недержание мочи, причинами которого являются:

- патология сфинктера послеоперационная (после аденомэктомии, радикальной простатэктомии, лучевой терапии, брахитерапии, криохирургии, цистэктомии, пластики мочевого пузыря); посттравматическая (разрыв мембранозно-простатического отдела и пластика уретры, травматическое поражение диафрагмы таза); врожденная (экстрофия мочевого пузыря и эписпадия);
- патология мочевого пузыря (резистентное ургентное недержание мочи, снижение объема мочевого пузыря);
- формирование фистул (уретрокожные и уретропрямокишечные фистулы) [8].

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 влагиалищных конусов, электростимуляцию, магнитную стимуляцию, медикаментозное лечение.

Специальное лечение 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, имплантацию искусственного мочевого сфинктера.

При ургентном недержании мочи у женщин, обусловленном 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 [8].

Техническими средствами, обеспечивающими реабилитацию больных с различными формами недержания мочи, являются подгузники.

Они позволяют таким больным осуществлять самостоятельную активную жизнедеятельность (от создания возможности исполнять семейно-бытовые обязанности до осуществления профессионально-производственной деятельности) несмотря на наличие патологических изменений в организме.

Подгузники обеспечивают сухость кожи, препятствуют размножению патогенной флоры, т.е. применяются как средство реабилитации и ухода для профилактики повреждений кожных покровов, создания физического и психологического комфорта.

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

Подгузники должны отвечать 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».

Форма подгузника должна соответствовать развертке части торса человека с дополнительным увеличением площади для запаха 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.

Высокая впитывающая способность суперабсорбента позволяет делать изделия тонкими и легкими, что крайне важно при длительном применении у тяжелых больных.

Впитывающая способность подгузника обеспечивается также тщательно выверенным расположением впитывающей прокладки внутри подгузника.

Внутренний слой состоит из нетканного материала на основе натурального хлопчатобумажного сырья.

Подгузник имеет систему крепления на теле больного: застежки-липучки многократного использования, позволяющие идеально подогнать подгузник под анатомические особенности любого пациента.

Подгузник имеет влагонепроницаемые барьеры по бокам, что создает ощущение комфорта и надежности. Также по бокам расположены стягивающие резиночки, состоящие из натуральной резины и спандекса, которые обеспечивают его анатомическую форму и наилучшее прилегание.

Подгузник может иметь индикатор насыщения влагой, который меняет цвет или исчезает полностью при максимальном наполнении.

По 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.

Подгузник открытого типа не закрывает боковые поверхности бедер, крепится на перфорированном поясе из нетканого материала. Поясной дышащий подгузник предназначен как для лежачих, так и активных пациентов со средней и тяжелой степенью недержания мочи.

Современные дышащие подгузники на поясе позволяют пациенту, не снимая подгузник, самостоятельно посещать туалет, что очень важно для больных с ограничением двигательной активности.

Впитывающая часть подгузника легко открепляется и вновь фиксируется на теле пациента. «Дышащий» пояс, изготовленный из специального материала, помогает быстро и без усилий производить замену изделия; закрепляется на теле с помощью специальной многоразовой застежки - липучки на поясе, которая при фиксации не прилипает к рукам и перчаткам.

Это позволяет идеально подогнать подгузник с учетом индивидуальных анатомических особенностей пациента, неоднократно застегнуть и расстегнуть, подтянуть подгузник в случае необходимости.

Поясной дышащий подгузник является эргономичным, так как на закрытых участках кожи содержит минимум материала, что помогает снизить риск возникновения осложнений со стороны кожи, а также идеально подходит для людей, у которых уже возникли проблемы: покраснение кожи, раздражение, пролежни. Использование подгузников на поясе экономит силы и время персонала при уходе за тяжелыми больными.

Подгузник закрытого типа крепится по бокам на четырех многоразовых застежках-липучках и закрывает боковые поверхности бедер.

Для правильного подбора и удобства использования закрытых подгузников необходимо учитывать:

- многоразовую систему крепления застежек-липучек;
- удобную анатомическую форму и нужные размеры, что позволяет адаптировать подгузник к любым особенностям фигуры, избежать протекания на постель и одежду, оставить открытой большую часть тела и снизить риск возникновения осложнений;
- эластичную гофрированную стяжку в области поясицы, ряды стягивающих резиночек по бокам, усиленную рабочую зону для максимального впитывания, которая сконцентрирована в области промежности, снижающие проникновение излишков влаги в область паха и поясицы;
- индикатор наполнения жидкостью для контроля наполнения подгузника, который при максимальном наполнении меняет цвет или исчезает, указывая на точное время замены изделия.

Для самостоятельно передвигающихся и способных за собой ухаживать больных со средней степенью недержания мочи рекомендуется использование впитывающих подгузников-трусов. Они позволяют сохранить максимальную подвижность и свободу активной жизни пациентов благодаря 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 и предотвращают распространение запаха благодаря суперабсорбенту, который препятствует росту бактерий.

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

Необходимо максимально точно подобрать размер подгузника, овладеть навыками его 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 - меньшей, 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.

Правильно подобранный подгузник должен плотно облегать тело, не провисать и не смещаться при движении, что обеспечит его эффективность и надежность.

Подгузники имеют различные размеры для взрослых и 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 40 - 60 см, может иметь различную впитывающую способность - не менее 800, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;
- малый размер (S, small), рассчитанный на объем талии 60 - 80 см, может иметь различную впитывающую способность - не менее 800, 1300, 1500, 1700, 1800 мл;
- средний размер (M, medium), рассчитанный на объем талии 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 100 - 150 см, может иметь различную впитывающую способность - не менее 800, 1100, 1500, 2100, 2200, 2400, 2700, 4100 мл;
- очень большой размер (XL, extralarge), рассчитанный на объем талии 120 - 160 см, может иметь различную впитывающую способность - не менее 1500, 2100, 2140, 3300 мл.

Подгузники для детей имеют различные типоразмеры в зависимости от массы тела ребенка: для детей с массой тела 3 - 6 кг, 4 - 9 кг, 7 - 18 кг, 11 - 25 кг, 15 - 30 кг.

**Обеспечение инвалидов абсорбирующими изделиями осуществляется в соответствии с ИПР, разрабатываемой специалистами федеральных государственных учреждений МСЭ.**

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 МСЭ.

**В медицинских документах должна быть представлена следующая информация:**

- анамнестические данные о длительности заболевания, типе его течения (регрессирующее, ремитирующее, стационарное, прогрессирующее), степени тяжести, клиническом прогнозе; в случае регрессирующего, ремитирующего, прогрессирующего течения - о календарных сроках динамики в течении заболевания (хронологические периоды изменения состояния);
- данные о признаках патологического процесса, выявленных при осмотре больного в ЛПУ (стационаре, поликлинике) или на дому (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 противостественные отверстия для истечения мочи и др.);
- клиничко-функциональный диагноз с указанием топики поражения, синдрома (нейрогенный мочевой пузырь и др.), симптома (императивные позывы, периодическое

недержание мочи, постоянное недержание мочи, парадоксальная задержка мочи) и 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); развернутый клинико-функциональный диагноз, подтвержденный данными клинического, лабораторного и инструментального методов обследования, с обязательным указанием степени тяжести недержания мочи (в мл).**

Решение по обеспечению инвалидов абсорбирующими изделиями может приниматься в случае признания гражданина инвалидом как по результатам очного освидетельствования больного, так и данным анализа представленной документации (заочное освидетельствование).

В обоих случаях специалистам по медико-социальной экспертизе необходимо:

- 1) объективизировать наличие выраженных или значительно выраженных нарушений функции мочеиспускания вследствие инвалидизирующего заболевания;
- 2) установить форму и уровень социальной активности пациента;
- 3) 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 обязательного нарушения функций тазовых органов.

Подтверждением последнего является наличие соответствующего синдрома. «Соответствующий синдром» - патогенетическая 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» наблюдается вследствие только двустороннего поражения головного мозга.

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

**Экспертно-реабилитационная диагностика включает также изучение представленных на освидетельствование медицинских данных о проведенных больному мероприятиях медицинской реабилитации по поводу недержания мочи и их эффективности.**

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».

Эти сведения должны быть отражены не только в направлении на МСЭ, но и выписках из стационара, амбулаторной карте больного.

На основе анализа вышеперечисленной информации с учетом реабилитационного потенциала инвалида принимается решение о наличии медицинских показаний для обеспечения инвалида абсорбирующими изделиями.

При этом подгузники рассматриваются как технические средства реабилитации, основным предназначением которых является компенсация или восстановление имеющихся у больных ограничений жизнедеятельности, послуживших основанием для признания лица инвалидом, т. е. **недержание мочи должно быть синдромом болезни, которая привела к выраженному или значительно выраженному нарушению функций выделения, и соответственно, основанием для установления инвалидности.**

**Медицинскими показаниями для обеспечения инвалидов абсорбирующим бельем, подгузниками являются стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функций выделения.**

В соответствии с существующей практикой медико-социальной экспертизы выраженные нарушения функции выделения характеризуются частым непроизвольным мочеиспусканием (каждые 10-30 мин); отсутствием позывов на мочеиспускание и чувства прохождения мочи по мочеиспускательному каналу.

У пациентов отмечаются следующие показатели цистометрии: объем мочевого пузыря при гипотонии детрузора составляет 500 - 600 мл, количество остаточной мочи - до 400 мл.

При значительно выраженных нарушениях функции выделения имеет место недержание мочи, отсутствие позывов на мочеиспускание; при цистометрии объем мочевого пузыря при гипотонии детрузора составляет 700 - 800 мл, количество остаточной мочи - до 600 мл.

**Показаниями к назначению подгузников для взрослых являются стойкие выраженные или значительно выраженные нарушения функции выделения 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 (IV клиническая группа);

- психических расстройств с тяжелой или глубокой умственной отсталостью, деменцией;
- других заболеваний, сопровождающихся недержанием мочи тяжелой степени.

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

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).

Определение рекомендуемого размера подгузника у взрослого инвалида осуществляется путем измерения окружности талии с последующим соотносением 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 и абсорбирующим бельем 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:

*Суточный диурез, мл / Впитываемость подгузника, мл = Норматив суточного обеспечения*

Для детей раннего возраста при подборе подгузника учитывается масса тела, 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 помнить, 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 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 РФ и находящихся в ведении органов государственной власти субъектов РФ [1].

Финансовое обеспечение учреждений социального обслуживания (в том числе стационарных) является расходным обязательством субъектов РФ 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 средствами 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 ТСР, предоставляемыми в качестве средств ухода и соблюдения личной гигиены.

### **Литература**

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, акушеров- гинекологов, медицинских сестер). Санкт-Петербург 2009. 33 с.
2. Вишневский Е.Л., Пушкарев Д.Ю., Лоран О.Б., Данилов В.В., Вишневский А.Е. Урофлоуметрия. Издательство Печатный город. 2004. 220 с.
3. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г., Аполихин О.И. Урология. Москва. 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. Москва. МедПрессИнформ. 2003. 230 с.
6. Савицкий Г .А., Савицкий А.Г. Недержание мочи в связи с напряжением у женщин. Санкт-Петербург. 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. 25 с.

**Источник:** журнал "Медико-социальные проблемы инвалидности" № 3 за 2014г.