URIINIPIDAMATUSEGA NAISE NÕUSTAMISE SOOVITUSLIKUD JUHISED PEREARSTILE

Inkotuba
www.kuivaks.ee

TENA

MTÜ INKOTUBA

URIINIPIDAMATUSEGA NAISE NÕUSTAMISE SOOVITUSLIKUD JUHISED PEREARSTILE

Tallinn 2017

SISUKORD

Sissejuhatus **5**

1. Uriinipidamatus ja selle levik **6**
1.1. Faktid 6

2. Inkontinentsuse tekkepõhjused **7**
2.1. Uriinipidamatuse riskifaktorid 7
2.2. Rasedus ja sünnitus 8
2.3. Menopaus 8

3. Uriinipidamatuse vormid **9**

4. Uriinipidamatuse ennetamine **11**
4.1. Puhas tualett 11
4.2. Tasakaalustatud söök ja jook 11
4.3. Vaagnapõhjalihaste treening 12

5. Nõustamine **13**
5.1. Uriinipidamatuse abivahendid 13
5.2. Riiklik soodustus 13

6. Uriinipidamatuse diagnostika ja ravi **14**
6.1. Vaagnapõhjalihaste treening 15
6.2. Tablettravi 15
6.3. Kirurgiline ravi 15
6.4. Perearsti vastuvõtt 17
6.5. Uroloogi ja günekoloogi vastuvõtt 17
6.6. Teised spetsialistid 18
6.7. Kolm näidisjuhtu uriinipidamatuse erivormide kohta 19

Kokkuvõte **21**

Kasutatud allikad **22**

Küsimustikud ja urineerimispäevik **23**

SISSEJUHATUS

Selle töö eesmärk on anda perearstile ülevaade uriinipidamatusest naistel ja juhiseid, kuidas naispatsiente selle korral nõustada. Samuti on see kasulik lugemine pereõele, ämmaemandale, füsioterapeudile jt teemaga kokkupuutuvatele spetsialistidele. Juhised on sündinud suurenenud vajadusest ennetada ja julgemini nõustada uriinipidamatusega naisi Eestis. Kokkuvõte on valminud koostöös uriinipidamatusega naispatsientidega tegelevate spetsialistitega: dr Ülle Kadastik, dr Külli Idla, dr Lee Tammemäe, dr Eve Kivistik, füsioterapeut Helle Nurmsalu. Koostööd on toetanud MTÜ Inkotuba ja SCA Hygiene Products. Töös on kasutatud MTÜ Inkotuba materjale, Eestis praktiseerivate eriarstide kasutatavaid arvamusi ja rahvusvaheliste uuringute andmeid.

Dr Ülle Kadastik

Dr Külli Idla

Dr Lee Tammemäe

Dr Eve Kivistik

Füsioterapeut Helle Nurmsalu

Koostaja Iiris Toots

1. URIINIPIDAMATUS JA SELLE LEVIK

Uriinipidamatus *ehk inkontinents tähendab tahtmatut urineerimist ebasobivas kohas ja ebasobival hetkel (International Continence Society 2015).*

On teada, et uriinipidamatus on laialdane ja kasvav probleem kogu maailmas. WHO uuringute andmetel kannatab selle häire all 8–10% elanikkonnast. Väikses Eestis arvatakse uriinipidamatus all kannatavat 100 000 – 120 000 inimest (Kadastik 2010).

Soome perearstide praksistes läbiviidud uuringus selgus, et 57%-l naistest ja 28%-l meestest esineb urineerimisprobleeme. Urineerimishäirete peamised põhjused naistel on stressinkontinents ja üliaktiivne põis (Zirel 2015).

Vähemalt pooled hooldusasutuses elavad inimesed Eestis kannatavad uriinipidamatuse all. See nõuab ka personalilt suuremat aega ja keskendumist patsiendi hooldamisele.

26. juunil tähistatakse ülemaailmset kontinentsuspäeva, mille eesmärk on pöörata tähelepanu uriinipidamatusega seotud probleemidele. Esmakordselt tähistati kontinentsuspäeva 2008. aastal ja alates 2009. aastast sai alguse kontinentsusnädala tähistamine (PM 2013).

1.1. Faktid

- Uriinipidamatus puudutab umbes 200 miljonit inimest maailmas.
- Iga neljas täiskasvanud naine kogeb oma elu jooksul lühiajalist uriinipidamatust.
- Naised saavad uriinipidamatuse diagnoosi keskmiselt 6,5 aasta pärast esimest pidamatuseepisoodi.
- Stressinkontinents on kõige levinum uriinipidamatuse vorm naiste seas.
- Rasedus, sünnitus ja menopaus on peamised uriinipidamatuse tekke põhjused.
- Vanuses 18–44 kogeb ligikaudu 24% naistest uriinipidamatust.
- Ligi 23%-l üle 60-aastastest naistest esineb uriinipidamatust (Phoenix 2015).
- Selle all kannatavate naiste arv suureneb sünnituste arvuga. Kuni kolm last sünnitanud naistest esineb uriinipidamatust 10%-l. Neli ja enam last sünnitanud naistel on esinemissagedus hilisemas eluperioodil juba 15%.
- Raseduse ajal esineb uriinipidamatust 30–60%-l naistest.
- Sünnitusjärgselt esineb uriinipidamatust 9–35%-l naistest (Kadastik jt 2013).
- Naistel esineb uriinipidamatust kaks korda enam kui meestel.

2. INKONTINENTSI TEKKEPÕHJUSED

Pidamatus on jätkuvalt patsientide hulgas tabuteema. Seda on raske tunnistada iseendale, lähedastele ja arstile. Mõni inimene ei räägi oma uriinipidamatusest isegi siis, kui temalt selle kohta otse küsida. Pidamatus võib tekkida põiepõletikust, liigse alkoholi, kohvi või limonaadi tarbimise tulemusena. Uriinipidamatus võib olla ka signaal raskemast haigusest. Seepärast on oluline pöörduda arsti või nõustaja juurde võimalikult kiiresti, et selgitada välja inkontinentsi põhjused ja ravi või seda leevendavad meetodid.

„Üks ühine mure, millega puutub kokku enamik riike, on inkontinentsi halb staatus riikide tervishoiuteemade loetelus. Nimelt on selle olulise teema osas nii tervishoiuteenuste pakkujad, patsiendid, hooldajad kui perekonnad üle maailma oma jõupingutustele vaatamata sunnitud võitlema limiteeritud ressurssidega." (Kadastik 2010).

Arsti juurde jõuavad vähesed. Uriinipidamatus avaldab inimese elukvaliteedile negatiivset mõju ja raskendab nii tööl käimist kui ka vaba aja veetmist, see võib viia sotsiaalsest elust eemaletõmbumiseni. Inimesed peavad intiimsete probleemide käsitlemist sageli piinlikuks ega räägi sellest oma lähedastele ega perearstile.

Valdavalt ootavad naised abi otsimisega kuni kaks aastat (Monz 2007), 28% naistest ootab 3–5 aastat, 13% 6–10 aastat ja 11% lausa rohkem kui 11 aastat (Sarv 2015).

Pidamatus võib olla mööduv või krooniline ehk püsiv. Raskusastmete järgi saab eristada kerget, mõõdukat ja rasket pidamatust.

2.1. Uriinipidamatuse riskifaktorid

- Pärilikkus
- Haigused (diabeet, Parkinsoni tõbi, neuroloogilised haigused, põiepõletik, depressioon)
- Naissugu
- Kõrge iga
- Rasedus, (korduv)sünnitus
- Menopaus (östrogeeni vähesus)
- Vaagnaelundite operatsioonid
- Ülekaal
- Vähene või liigne füüsiline koormus
- Alkoholi ja tubaka liigne tarbimine
- Liikumispuue
- Kõhukinnisus
- Ravimid

2.2. Rasedus ja sünnitus

Uriinipidamatus, mis on tekkinud raseduse ajal või tekkinud/püsinud pärast sünnitust, paraneb või kaob teatud aja jooksul. Oluline on võimlemine sünnitusjärgses perioodis. Raseduse ajal tekkinud lekkeid ei hakata ravima. Juhul, kui 6-kuu möödudes pole uriinipidamatus taandunud, soovitame nõu pidada perearstiga või naistearstiga.

Uriinipidamatuse teket seostatakse lapse pea survega vaagnapõhjale (suure sünnikaaluga lapsed, pikaleveninud sünnitus jms), mille tagajärjel vaagnapõhi lõtvub ja saab kahjustada. On leitud, et sünnitamine kükkasendis kahjustab vaagnapõhja struktuure kõige vähem. Sünnituse järel kaob uriinipidamatus tavaliselt kuue nädala kuni kolme kuu möödudes. Patsient peaks arsti poole pöörduma siis, kui pärast sünnitust püsib uriinileke pikemat aega.

Vaagnapõhjalihaste treening on suure tõenduspõhisusega füsioteraapiameetod, millel ei esine raskeid kõrvalmõjusid ning mis on seetõttu sobilik ka rasedusaegse ja sünnitusjärgse inkontinentsi korral (Neumann jt 2006).

2.3. Menopaus

Vananemise käigus inkontinentsi esinemissagedus suureneb. Menopausiperioodil väheneb vaagnapõhjalihaste verevarustus, lihased ja sidemed lõtvuvad, nende funktsioon nõrgeneb, mis omakorda soodustab uriinipidamatuse teket. Neid muutusi põhjustab eelkõige naissuguhormoonide taseme pidev langus. Klimakteerilises perioodis kaebab iga neljas naine uriinipidamatust ja vähemalt kolmandikul neist on olemas rasedusega või sünnitusega seotud anamnees (Kadastik jt 2013).

3. URIINIPIDAMATUSE VORMID

Pere- või eriarsti ülesanne on määrata kindlaks, milline pidamatuse vorm patsiendil esineb. Inkotoa kontinentsusnõustaja juurde saab patsient broneerida tasuta nõustamise aja, et pidamatuse vormi ja lahenduste osas nõu küsida. Samuti on kodulehel www.kuivaks.ee olemas lisainfot ja küsimustik, millele vastates saab patsient aimu pidamatuse tüübist, samuti urineerimispäevik, mida võib asuda enne kohtumist iseseisvalt täitma. Kogutud andmed võib nõustamisele või arsti juurde kaasa võtta.

PINGUTUS- ehk STRESSINKONTINENTS (*stress urinary incontinence*, SUI). Iseloomulik on tahtmatu eelneva urineerimistungita uriinileke, mis tekib näiteks füüsilisel pingutusel, köhimisel, aevastamisel, naermisel, harva ainult vahekorra ajal. Mida täitunum on pingutuse ajal kusepõis, seda kergemini uriinileke tekib. Õine urineerimine pole tüüpiline, samuti on päevane urineerimissagedus tavapärane. Paljud naised kogevad seda raseduse ajal või sünnituse järel. Üldiselt uriinihulk, mida patsient ei suuda tahtlikult ära hoida, ei ole suur (nn tilgad püksis). Tegemist on kusiti enda kahjustusega või siis vaagnastruktuuride nõrkusega, nii et need ei toeta kusitit pingutusel piisavalt. Naiste hulgas esineb 50% kõikidest vormidest (võrdluseks, meestel esineb seda vormi ainult 2%), vanuse suurenedes esinemissagedus väheneb. Seega on see just nooremate naiste probleem.

TUNG- ehk SUNDINKONTINENTS (*urge urinary incontinence*, UUI) võib kaasneda paljude haigustega (kasvajad, kusepõiepõletik, neuroloogilised probleemid, operatsioonijärgselt). Iseloomulik on äkki tekkiv tahtele allumatu urineerimistung, uriini eritub tavaliselt kohe. Sageli eritub uriin enne tualetti jõudmist, uriini hulk on üldiselt suurem. Tegemist on kusepõie täitumise kontrolli veaga naise aju piirkonnas. Esineb õine vajadus urineerida ja iseloomulik on ka jääkuriini teke, mis omakorda soodustab kroonilise põiepõletiku teket. Tavaliselt jääb pärast urineerimist põide minimaalne kogus uriini (norm 20–30 ml). Jääkuriini saab hinnata UH-aparaadiga või põit kateteriseerides.

Sümptomid ja vaevused, mis võivad esineda tunginkontinentsi korral, on sagenenud urineerimisvajadus, tungiv urineerimisvajadus, õine urineerimisvajadus, raskus urineerimist alustada, valulikkus urineerimisel, iiveldus, kehatemperatuuri tõus. Erivormina kuulub siia nn ÜLIAKTIIVNE PÕIS (*overactive bladder*, OAB), mida iseloomustab ootamatu mittekontrollitav urineerimistung. Põhjus on põie järsk tahtmatu lihaskontraktsioon. Sageli on see seotud naise närvisüsteemiga. Kui patsient närveerib, siis tekib ka kohe vajadus urineerida. Seda alavormi kutsutakse ka nn närviliseks põieks, mida võib esineda pigem noorematel nõrgema närvisüsteemiga naistel. Üks alavorm on nn **ukselukuaugu sündroom**. Sel juhul naine suudab rahulikult väljas käia ja saab hakkama ilma WCs käimata. Koju jõudes tekib aga urineerimissoov, sest ta teab, et kohekohe saab tualetti, ning ust võtmega keerates tekib soovimatu uriinileke enne Wc-sse jõudmist. Mõnikord tekib uriinileke ainult veesulina peale või näiteks duši all käies, muidu probleemi pole. Tunguriinipidamatuse esinemissagedus on 14–17%. Vanusega seoses suureneb selle uriinipidamatuse vormi esinemine.

SEGATÜÜPI ehk KOMBINEERITUD INKONTINENTS (*mixed urinary incontinence*, MUI). Tekib stress- ja tunginkontinentsi koosesinemisel.

ÜLEVOOLUINKONTINENTS (*overflow incontinence*, OI) esineb sagedamini siis, kui kusitis on takistus ja uriini vaba väljavoolu ei toimu. Põis on täis ja sinna lisanduv uriin voolab välja. Peetunud uriin venitab põie sulgurlihast niivõrd, et uriin hakkab välja voolama. Seda tüüpi inkontinents võib tekkida täitunud pärasoole, kusiti ahenemise või kusepõie tsüsti korral. Ka suhkruhaigetel võib esineda seda tüüpi inkontinentsi. Uriini väljavoolamisel ei teki põielihase kontraktsiooni ja inimene ei tunne enamasti ka urineerimise vajadust. Ülevooluinkontinentsi korral tekib tahtele allumatu uriinieritus ületäitunud põie tõttu, põielihas on välja veninud ega saa kokku tõmbuda. Sagedasem on see mure meestel, olles iseloomulik just vanemas eas.

TÄIELIK ehk TOTAALNE INKONTINENTS – tahtele allumatu pidev uriinieritus, mille sagedamad põhjused on kusepõie sulgurlihase kahjustus operatsiooni või vaagnatrauma järel, põie-tupe või kusejuha-tupe vaheline uuris ehk fistul (Zirel 2015).

ROOJAINKONTINENTS
Roojapidamatus on võimetus takistada roojamist. Täiskasvanutel võib see tekkida mitmetel põhjustel. Sagedasim on pärakuava sulgurlihase rebend näiteks sünnituse või kirurgiliste protseduuride tagajärjel (kliinik.ee).

4. URIINIPIDAMATUSE ENNETAMINE

Uriinipidamatuse ennetamine algab varases eas õige potil käimise harjumusega, soovitatavalt umbes kaheaastaselt. Tähtis on, et tualetis käimine oleks loomulik, rahulik ja lõdvestav toiming, mitte kiirustamine. Liiga varane potitreening või närviline keskkond võivad tekitada ebamugavustunnet tualetis käimisel ka hiljem. Pükste või voodi märgamisel ei tohiks pahandada, sest laps ei tee seda meelega. Selle asemel tasub õnnestumistel rohkem kiitust jagada.

4.1. Puhas tualett

Mõni saab potil käimise selgeks paari päevaga, teisel kulub pool aastat. Voodimärgamist peetakse haiguslikuks alates viiendast eluaastast (Traat 2014).

Lasteaiaealine laps võib kasutada nii kodus kui ka lasteaias potil käimisel jalakõrgendust (vt joonis 1). Oluline on täistalla toetus, kui laps istub WC potil, käed põlvedel.

See on korralik põie tühjendamise poos. Pinges asendis ei suuda laps lõõgastada sfinkterit ja tühjendada kusepõit täielikult (Toots 2015).

Joonis 1: õige potil istumise asend, täistald on toetatud

Uurimuses, kus küsitleti 400 Rootsi 6–16 aastast koolilast, selgus, et 16% keeldub urineerimast koolis oleku ajal ja 63% õpilastest välistab koolis roojamise. Koolilapsed eelistavad pissihäda kinni hoida, kui WC on räpane või pole nõuetekohane (määrdunud prillaud, tualettpaberi puudumine, käte kuivatamise võimaluse puudumine, tühi seebidosaator ja halb hais) (Lundblad, Berg, Hellström 2009). Tualetis käimise vältimine võib tekitada põieprobleeme, kõhukinnisust, süvendada rahutu põiega laste probleeme (vajalik põie tühjendamise regulaarsus) ning lastel on raskem keskenduda koolitööle. Puhas ja hästivarustatud tualett lasteaias ja koolis aitab ennetada ka pidamatusega seotud probleeme.

4.2. Tasakaalustatud söök ja jook

Üldine kehaline treening ja tasakaalustatud toitumine on pidamatuse ennetamisel olulised. Vähene vedeliku tarbimine päevasel ajal (lasteaed, kool, kontor) võib tekitada kõhukinnisust ja liigset janu õhtul. See omakorda soodustab pidamatuse tekke võimalust. Oluline on korralikult tarbida vedelikke, vähemalt 1,5 liitrit ööpäevas. Põiesõbralikud joogid on näiteks leesika-, peterselli- ja naistepunatee, samuti erinevad C-vitamiinirohked joogid. Enne magamaminekut tuleks joomisest hoiduda kaks-kolm tundi. Kindlasti ei tohi liialdada kohvi, tee ja gaseeritud jookidega. Põit ärritavad alkohoolsed joogid, tsitruselised ja nende mahlad, vürtsikad toidud, maisisiirup, suhkur, mesi, tomat ja kunstlikud magusained. Jõhvika- ja õunamahl on seevastu

väga kasulikud. Kehakaalu vähendamine võib aidata alandada kõhusisest rõhku põiele pingutavate tegevuste ajal (Lestsepp 2015).

Soome arstide ravijuhis ja soovitused kinnitavad, et 5–10% kaalulangetamist vähendab oluliselt inkontinentsiepisoodide arvu (Duodecim 2003).

Lisaks võib pidamatust kutsuda esile pikaajaline suitsetamine. Loobudes suitsetamisest, võib kaduda krooniline köha, mis soodustab uriinipidamatuse teket.

4.3. Vaagnapõhjalihaste treening

Naistel toetab põit ja kusejuha lihaste kiht, mida kutsutakse vaagnapõhjalihasteks. Need lihased toetavad kusejuha sulgurit ning kui need lihased nõrgenevad ja nende elastsus väheneb, võivad tavalised toimingud (näiteks köhimine) põhjustada naistel uriinilekke. Vaagnapõhjalihased võivad venida ja nõrgeneda näiteks raseduse või sünnituse tulemusena.

Alustama peaks harjutustega raseduse ajal ja jätkama paar nädalat pärast sünnitust. Rasedatele on tänapäeval mõeldud spetsiaalsed treeningud. Treenimine peab olema järjepidev, eriti neil naistel, kel ilmnevad juba esimesed uriinipidamatuse sümptomid. Väga head on Pilatese ja joogatreeningud, hästi mõjuvad kepikõnd, vesiaeroobika, rattasõit (Kadastik 2010). Soovitatav on vältida suurte raskuste (üle 15 kg) tõstmist.

Naiste vaagnapõhjalihaste harjutuste sihtrühmad:

- rasedad
- naised, kes on sünnitanud
- naised, kes on läbimas või on juba läbinud menopausi
- naised, kellel on olnud günekoloogiline operatsioon

Günekoloogid soovitavad abivahenditena kasutada tupekuule, mis aitavad patsiendil tunnetada õigeid lihaseid. Kuule on erineva kaalu ja mõõduga. Vaagnapõhjalihaste kokkutõmbamine võimaldab kuuli tupes hoida kuni 15 minutit korraga.

5. NÕUSTAMINE

Eespool nimetatud riskifaktorite ilmnemisel on soovitatav perearstil patsiendi käest küsida uriinipidamatuse kontrollküsimusi (vt lisa 1), eriti menopausi ajal või korduvsünnituse järel. Tasuta individuaalset nõu saab ka Inkotoa spetsiaalse väljaõppe saanud kontinentsusenõustajatelt, vajalik on vaid eelnev registreerimine. Enamusele uriinipidamatuse probleemidele on võimalik leida lahendus. Kuigi nõustamist pakutakse kõigile tasuta, ei jõua paljud abini.

5.1. Uriinipidamatuse abivahendid

Kahjuks ei allu kõik patsiendid ravile, kuid igaühele leidub sobiv abivahend või lahendus, millega on võimalik sümptomite põhjustatud probleeme sedavõrd vähendada, et inimene saab elada normaalset igapäevaelu. Ka raviperioodil on oluline, et inimene kasutaks abivahendeid, mis vähendaks tema ebameeldivusi.

Kui uriinipidamatust pole võimalik lihaste treenimise või ravimitega kontrollida, võib kasutada spetsiaalseid uriinipidamatuse sidemeid. Hügieenisidemed ja uriinipidamatuse sidemed on erinevad. Uriinipidamatuse jaoks mõeldud side neutraliseerib uriinilõhna, imab kiiremini ning suurematel sidemetel on külgedel kaitsebarjäärid. Sidemete abil on võimalik leevendada pidamatusega kaasnevaid hügieeniprobleeme ning säilitada inimese sotsiaalne suhtlus, liikuvus ja tavapärane aktiivsus. Sidemed annavad kindlustunde ka siis, kui kasutatakse korrigeerivat ravi. Sideme valimisel lähtutakse uriinipidamatuse raskusastmest. Uriini imavate toodete valik on tänapäeval väga kvaliteetne, varustatud lõhnaneutraliseerijaga ning valmistatud erineva kuju, suuruse ja imavusega, et igaühele leiduks sobiv lahendus. Apteegis on müügil erinevad tupepessaarid, mida saab soovitada naistearst.

5.2. Riiklik soodustus

Riiklikku toetussüsteemi spetsiaalsetele abivahenditele reguleerib Eestis 2016. aastast sotsiaalkaitseministri määrus nr 74. Lastel, eakatel ja puuetega inimestel on võimalus osta erinevaid abivahendeid, sh uriini imavaid, suunavaid ja koguvaid abivahendeid riigipoolse soodustusega. Abivahendite ostu sooritamisel soodustuse saamiseks on vaja:

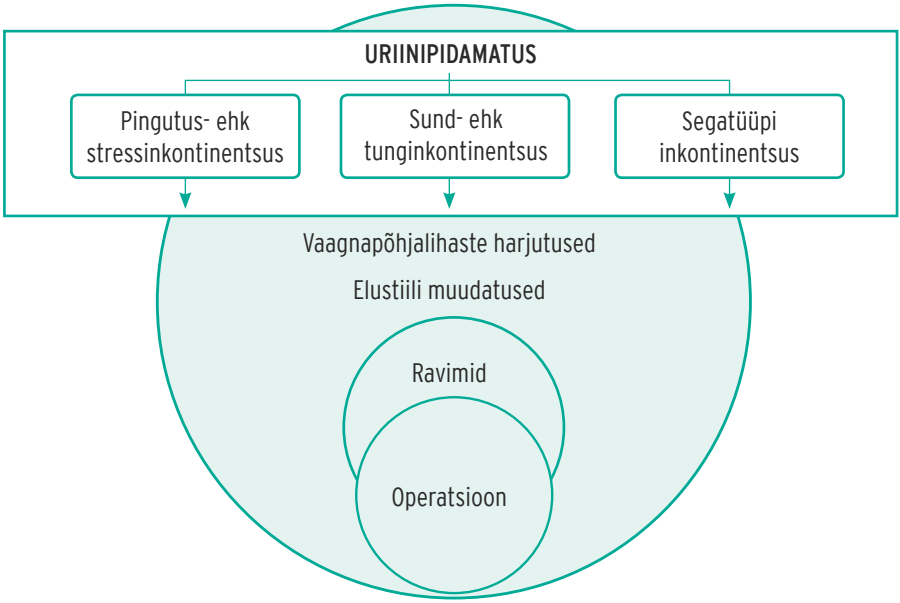
- arstitõendit, mille väljastab pere- või eriarst (kehtib kaks aastat);
- isikliku abivahendi kaarti (väljastab sotsiaalkindlustusamet arstitõendi alusel);
- isikut tõendavat dokumenti;
- puuet kinnitavat dokumenti (kui puue on määratud).

Soodustust saab kasutada abivahendeid müüvates firmades üle Eesti.

6. URIINIPIDAMATUSE DIAGNOSTIKA JA RAVI

Inkontinentsi ei käsitleta Eestis haigusena, vaid pigem seisundina, mis on tekkinud elustiilist, füüsilistest probleemidest või haiguse tagajärjel. Pidamatuse raviga on võimalik sümptomeid leevendada või nendest vabaneda. Uriinipidamatusel on palju erinevaid põhjusi ja mitu raskusastet ning selle diagnoos tugineb olemasolevatele sümptomitele ja haigusloole. Õige diagnoos on väga tähtis, kuna erinevad uriinipidamatuse tüübid vajavad erinevaid ravimeetodeid (vt joonis 2). Mõnel juhul võib diagnoos selguda juba vestluse käigus, kuid sageli vajab täpne diagnoos lisauuringuid juhul, kui uriinipidamatuse vorm on ebaselge (urodünaamika). Alati on vaja teha tavauriinianalüüs ja võtta bakteriaalne külv uriinist.

Perearst, günekoloog või uroloog hindavad olukorda ja annavad ravijuhised. Ravi võib kujutada endast muuhulgas vaagnapõhjalihaste tugevdamist järjepidevalt (4-12 nädalat) harjutusi tehes, medikamentoosset ravi või lõikust.



Joonis 2: uriinipidamatuse ravi üldistav skeem

Allikas: koostaja joonis

6.1. Vaagnapõhjalihaste treening

Vaagnapõhjalihaste harjutused peaksid kuuluma iga stressinkontinentsiga naise esmasesse raviskeemi. Treenimise käigus suureneb lihasjõud (tugevnevad periuretraalsed lihaskiud) ja vastupidavus. Väheneb pidamatuse risk ning suureneb ka seksuaalne nauding. Treenida saab edukalt kodus, kujutades endale ette, et katkestad sisemiste lihastega uriinijoa.

Vaagnapõhjalihaste harjutusi kirjeldas esmakordselt Ameerika günekoloog Arnold Kegel 1948. aastal (Wikipedia 2015). Vahel nimetatakse vaagnapõhjalihaseid Kegeli lihasteks ja -harjutusi Kegeli harjutusteks. Kegeli harjutused naistele on internetist leitavad lehel www.kuivaks.ee.

Vaagnapõhjalihaste treeningul on oluline järjepidevus, hea motivatsioon. Tulemuste saamiseks peab harjutusi tegema vähemalt 4–12 nädalat. Ka üldise füüsilise koormuse suurendamine on abiks. Kui mure ei möödu treenimise tulemusel poole aastaga, peab arst teostama lisauuringud, et põhjust ja ravi patsiendile täpsustada.

Vaagnapõhjalihaste treening (Kahu 2009):

- efektiivsus 40–50%;
- eriti soovitatav stressinkontinentsiga naistele;
- harjutusi peab tegema regulaarselt;
- enne harjutuste tegemist tühjendada põis;
- 10–12 tugevat kontraktsiooni järjest;
- iga kontraktsioon 6–8-sekundiliste pausidega;
- korrata 3–5 korda päevas vähemalt ülepäeviti;
- kontraktsioon enne pingutust, köhatust.

6.2. Tablettravi

Ravimeid kasutatakse tavaliselt tunguriinipidamatuse (sh üliaktiivse põie) ravimiseks, kuid mõningaid tulemusi on saadud ka stressuriinipidamatuse ravis (duloxetin). Menopausiealistel naistel võib uriinipidamatuse ravimisel olla suur kasu tupe östrogeenravist.

Pikaajalist vaginaalset östrogeenravi soovitab Euroopa Uroloogia Assotsatsioon ka oma 2015. aasta ravijuhises (EUA 2015).

6.3. Kirurgiline ravi

Teatud pidamatusevormidest saab vabaneda operatsiooniga. Kuid raskete vormide esinemisel, haigustega kaasneva pidamatuse korral või kõrges vanuses tavaliselt operatsioone ei tehta.

Kirurgiliste protseduuridega on saadud häid tulemusi stressuriinipidamatuse ja segauriinipidamatuse ravis. Operatsiooni vajalikkust hindab arst (naistearst, uroloog) ning tänapäeval kasutusel olevad päevakirurgiameetodid annavad suurepäraseid tulemusi, võimaldades patsiendil juba lõikuse päeval koju pääseda. Linguoperatsioone teostatakse Eestis alates 2000. aastast.

Uriinipidamatust tupe/emaka allavaje korral võib esineda üle pooltel naistest, seega mitte alati. Ameerika Women's Health Initiative (WHI) uuringu põhiselt esineb eri raskusastmega vaagnapõhjaprolapsi 40%-l postmenopausaalses eas naistest. Vaagnaorganite prolapsiks loetakse (Idla 2015) järgmisi seisundeid.

1. Kusiti allavaje (*ureterocele*) – tingitud kusitit hoidva sidekoe ja ligamentide lõtvusest. Põhjustab uriinileket pingutusel või teatud asendites (kummardamisel, püsti tõusmisel, pärast urineerimise lõpetamist).

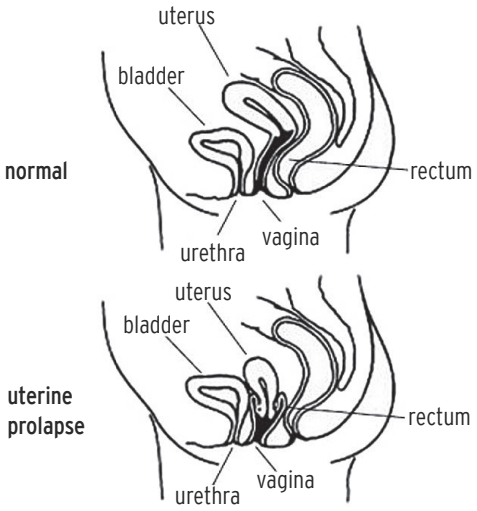
2. Põie allavaje (*cystocele*) – tingitud peamiselt tupe eesseina allavajest, kuid võib kaasneda ka tupe tagaseina allavajega. Tihti kaasnevad düsuurilised vaevused. Sageli võivad esineda põie tühjendamise häired (takistus). Vahel täispõie korral peab patsient hoopis väga kiirelt jõudma tualetti (uriinilekke oht). Sageli kaob varem esinenud pingutusuriinilekke oht, kuna allavajunud tupe eessein toetab mingil määral kusitit. Samas kui tupe eessein on korrigeeritud, võib pingutusuriinileke jälle tagasi tulla. Seega on oluline anamnees ja sel juhul vajaks patsient samaaegselt ka linguoperatsiooni.

3. Pärasoole ja soolte allavaje (*rectocele, enterocele*) – tingitud tupe tagaseina allavajest, mille tagajärjel kaotavad pärasool ja sool oma õige asendi. See toob endaga kaasa häired soole tühjendamisel, gaaside ja rooja pidamatuse. Üsna tüüpiline on ka öine urineerimine, mis on seotud kusitile kinnitunud ligamendi väljavenimisest/nõrkusest.

4. Emaka allavaje (*prolapsus uteri*) – emakat hoidvate struktuuride nõrgenemisel hakkab emakas vajuma allapoole ja sõltuvalt allavaje ulatusest võib väljuda tupepilust (vt joonis 3). Põhjustab ebamugavust, valu ja häirib suguelu. Võib esineda urineerimise takistust või ootamatuid uriinilekkeid.

5. Tupeköndi allavaje (*prolapsus vaginae*) – tekib siis, kui emakas on eelnevalt eemaldatud. Sellega kaasneb põie ja soolestiku allavaje, mille tulemusena võivad tekkida häireid urineerimisel ja roojamisel.

6. Emakakaela elongatsioon (*elongatio colli uteri*) – esineb eraldi patoloogiana või kaasuvana tupeseinte allavaje korral. Emakakael on pikenenud (normpikkus umbes 2,5 cm) ning emakakael on tuntav tupe sissekäigus või väljunud tupepilust. Urineerimishäireid ei pruugi olla, pigem ebamugavus.



Joonis 3: emaka allavaje

Allikas: CFA 2015

7. Tupeseinte fastsiate rebendid – tekivad traumade tagajärjel (näiteks vaginaalse sünnituse korral), kui normaalne sidekude on rebenenud lahti oma kinnituskohtadest. Tekib tupeseinte allavaje, urineerimishäireid ei pruugi olla. Esineb noorematel naistel.

Soovitame perearstidele dr Ülle Kadastiku koolitust, mis tutvustab ka praktilisi patsientide juhtumeid, nende diagnoosimist ja ravitaktikat.

Juhul, kui ravi ei anna loodetud resultaati, kasutatakse ka elektrilist stimulatsiooni. Sel meetodil stimuleeritakse korduvalt põie närve ja tugevdatakse vaagnapõhja lihaseid. Soome arstide ravijuhise ja soovituste põhjal võib lihaste elektrostimulatsioon olla toimiv tunginkontinentsi ravis, kuid see ei näi mõjutavat pingutusinkontinentsi (Duodecim 2003).

6.4. Perearsti vastuvõtt

Kui patsient pöördub uriinipidamatuse probleemidega perearsti poole, peaks arst sooritama järgmised toimingud.

(1) Selgitama välja urineerimisprobleemide olemuse ja kulgemise esialgsed andmed, naistel pööratakse erilist tähelepanu günekoloogilisele anamneesile ja informatsioonile sünnituste kohta (vt lisa 1). Meestel uuritakse vastavalt uroloogilisi taustategureid, nagu võimalikud eesnäärmeprobleemid ja vaagnapiirkonna lõikused. Lisaks sellele kogub arst infot võimalike muude lõikuste, kaasuvate haiguste ja tarvitavate ravimite kohta. Mõnikord võib uriinipidamatust põhjustada ka kõhukinnisus, seda iseäranis vanadel inimestel.

(2) Andma patsiendile täitmiseks ankeedid, mille abil selgitab arst välja uriinipidamatuse tüübi ja raskusastme (vt lisa 3, lisa 4 ja lisa 5).

(3) Võtma patsiendilt uriiniproovi põletikuvõimaluse välistamiseks. Muud laboriuuringud määratakse vastavalt olukorrale.

(4) Juhul, kui uriinipidamatus osutub vormilt kergeks ja seda esineb vaid aeg-ajalt pingutuse korral, on esmane soovitus vaagnapõhjalihaste treening ning nõuanded kaalu langetamiseks. Sel perioodil on soovitatav kasutada spetsiaalseid uriini imamiseks valmistatud sidemeid. Teatud juhtudel suunab arst patsiendi füsioterapeudi juurde. Kui haiguslugu näitab, et uriinipidamatusel on mingeid spetsiifilisi põhjuseid ja/või kui uriinipidamatus on patsiendi jaoks suur probleem, suunab arst patsiendi eriarsti vastuvõtule (günekoloog, uroloog). Enne seda annab arst juhised spetsiaalse urineerimispäeviku (vt lisa 2) täitmiseks.

Urineerimispäevik annab infot põiehäirete võimalike põhjuste kohta. Täidetud päeviku alusel saab vajadusel viia läbi põietreeningu, mille eesmärk on saavutada kontroll põie ja sfinkteri üle ning vähendada urineerimistungi. Urineerimispäeviku järgi määratakse kindel maksimaalne ajavahemik, mis väldib tungi teket (Kahu 2009).

6.5. Uroloogi ja günekoloogi vastuvõtt

Perearst hindab, kas uriinipidamatus vajab täiendavaid uuringuid, ning suunab patsiendi vajadusel kuseteedehaiguste spetsialisti (uroloogi) või naistearsti (günekoloogi) vastuvõtule. Eriarst selgitab välja nii sümptomite olemuse kui ka nende raskusastme. Probleemi raskusastme selgitamiseks täpsustada, kui pakse (millise imavusega) sidemeid patsient kasutab. Lisaks

sellele saab arst vajalikku teavet eeltäidetud urineerimispäevikust ja -küsimustikust (vt lisa 1 jt lisasid).

Naisele tehakse günekoloogiline läbivaatlus, mille käigus selgitatakse välja võimalik tupeseinte/emaka allavaje. Samal ajal viiakse läbi ka köhimistest, s.t patsiendil palutakse 3–4 korda järjest intensiivselt köhatada. Lisaks hinnatakse vaagnapõhjalihaste tugevust.

Mõlemast soost patsiendil kontrollitakse vajadusel ka pärasoolesfinkteri kokkutõmbejõudu. Uroloog kontrollib meestel eelkõige eesnäärme suurust. Sageli teostatakse ultraheliuuring, mis täpsustab diagnoosi.

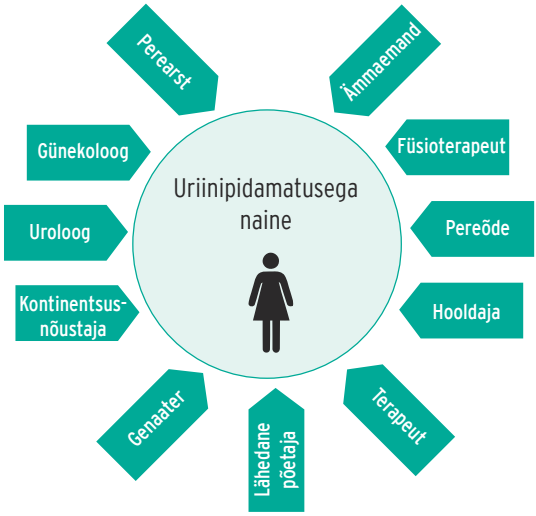
Ülevoolu- ja totaalset inkontinentsi ravivad uroloogid. Raviks on enamasti takistuse likvideerimine eesnäärme operatsioonil, põie-tupe fistuli sulgemine jm. Stress-, tung- ja segatüüpi inkontinentsi ravivad nii perearstid, günekoloogid, neuroloogid kui ka uroloogid:

- stressinkontinentsi kergemate vormide korral on väga efektiivne ravivõimlemine spetsiaalharjutustega vaagnapõhjalihastele, raskemal juhul aitab põiekaela asendit korrigeeriv operatsioon (pingevaba ling kusiti alla);
- tunginkontinentsi põhjustavat üliaktiivse põie sündroomi ravitakse põielihase toonust vähendavate ravimitega; raskematel juhtudel kasutatakse erinevaid uroloogilisi operatsioone; naistel tupe allavaje korral korrigeeriv operatsioon;
- segatüüpi inkontinentsi korral võib kirurgiline ravi pakitsuse sümptomeid süvendada (juhul, kui stressuriinipidamatuse sümptomid on tagasihoidlikud) (Zirel 2015; Kadastik 2016).

6.6. Teised spetsialistid

Uriinipidamatusele leiab abi ka muude spetsialistide, näiteks füsioterapeutide, terapeutide, meditsiiniõdede, ämmaemandate ning teiste tervishoiuspetsialistide juurest (vt joonis 4). Näiteks füsioterapeut võib anda nõu vaagnapõhjalihaseid tugevdavate võimlemisharjutuste osas ja terapeudiga on patsiendil võimalik usalduslikult rääkida mahavaikitud probleemist.

Ämmaemand annab infot vaagnapõhjalihaste järjepidevast treenimisest ja selle tähtsusest uriinipidamatuse ennetamisel.



Joonis 4: spetsialistide loetelu, kes saavad aidata uriinipidamatusega naist

Allikas: koostaja joonis

6.7. Kolm näidisjuhtu uriinipidamatuse erivormide kohta (dr Ülle Kadastik 2016)

JUHTUM 1 – 39-aastane naispatsient (normaalne kehakaal)
Kolm vaginaalset sünnitust laste sünnikaaluga üle 4 kg. Raseduse ajal esinenud minimaalne uriinileke köhimisel, mis möödus kiirelt pärast sünnitust. Viis aastat pärast viimast sünnitust tekkinud uuesti uriinilekke episoodid just suuremal pingutusel, eriti köhimisel ja raskuste tõstmisel. Viimasel ajal kaebused süvenenud, enam ei saa teha aeroobikatrenni ja hüpata batuudil. Trennis käies kasutab õhukesi pesukaitsmeid. Öösiti ei käi urineerimas ja päeval urineerimissagedus 2–3 tunni järel, kuna patsient joob palju vett. Urineerimisel valulikkust ei kaeba. Defekatsiooniprobleeme ei ole. Põiepõletikke olnud paar korda elus, operatsioone pole olnud. Ravimeid ei kasuta.

Siin on tegemist klassikalise stressuriinipidamatusega, lisauuringuid ei ole vaja teha. Uriinianalüüsi võiks igaks juhuks teha, kuna anamneesis olnud tsüstiit. Kodus täita küsimustik diagnoosi täpsustamiseks. Esimene valik: soovitada regulaarset vaagnapõhjalihaste treeningut ja ka tupekuulikesi tupelihaste tugevdamiseks. Kui 4–6 nädala möödudes on paranemistendents, siis kindlasti jätkata harjutustega. Kui kuue kuu möödudes ikkagi probleem, siis suunata günekoloogile. Tuleks kaaluda linguoperatsiooni vajalikkust.

JUHTUM 2 – 65-aastane naispatsient (normaalne kehakaal)
Menopaus 55-aastaselt, anamneesis kaks vaginaalset sünnitust alla 4 kg. Anamneesis korduvad põiepõletikud, viimati aasta tagasi. Viimased viis aastat probleemiks sagedane urineerimine, viimase aasta jooksul kaebused süvenenud. Urineerib iga tunni järel, ka öösiti käib WCs 2–4 korda, sageli düsuurilised kaebused. Sageli tunneb, et põis ei tühjene hästi. Pingutusel uriinileket ei kaeba. Kaasuvana kõrgvererõhktõbi ja II tüüpi diabeet (metformiinravi). Anamneesis rinnavähk opereeritud viis aastat tagasi. Günekoloogi juures käinud viimati kaks aastat tagasi, kus tupe allavajet pole diagnoositud, tupelimaskesta atroofia tõttu kirjutatud östrogeenravi, mida patsient ei kasutanud, kuigi kaebas ka tupekuivust.

Siin on tegemist tunguriinipidamatuse vormiga. Kindlasti teha uriinianalüüs (tavauriin + külv). Põiepõletiku korral määrata ravi vastavalt antibiogrammile ja soovitada tupe östrogeenravi. UH-s määrata urineerimisjärgselt jääkuriini hulk, koju anda täita küsimustik ja urineerimispäevik, mis kinnitab diagnoosi. Võimalik, et uriinianalüüs on korras, siis alustada kindlasti tupe östrogeenraviga ja ordineerida antikoliinergiline preparaat (Uroflow, Spasmed, Driptane). Viimase preparaadi kõrvaltoime on tugev suukuivus! Soovitada vaagnapõhjalihaste treeningut, kui patsient on selleks motiveeritud. Patsiendi kaasuvad haigused võivad probleemi osaliselt süvendada. Kaebuste jätkumisel suunata patsient uroloogile ja ka günekoloogile.

JUHTUM 3 – 70-aastane naispatsient (ülekaaluline, KMI 31)

Menopaus 50-aastaselt, sünnitamata. Kaebuseks uriinileke täis põiega, eriti hommikuti üles tõustes (mitte alati). Urineerib päeval 1–3 tunni järel, olenevalt joogikogusest ja päevaplaanist. Väljas olles urineerib sagedamini, kodus olles erinevalt. Öösiti urineerib 2–3 korda. Probleem süvenenud viimastel aastatel. Defekatsiooniga probleeme pole. Kõndimisel ja pingutusel vahel märganud uriinileket. Düsuurilisi kaebusi pole. Kannab pidevalt keskmise imavusega sidet. Kaasuvana kõrgvererõhktõbi, seljaprobleemid (pole uuritud). Mõlemad puusad proteesitud, käimine mingil määral probleemne, kuid igapäevaselt saab hakkama. Põiepõletikke ei tea olevat. Günekoloogi juures viimati käinud 20 aastat tagasi.

Ilmselt on tegemist segatüüpi uriinipidamatusega, kuid siiski antud kaebuste järgi diagnoos osaliselt ebaselge. Kuna seljaprobleemid, peaks selles osas uurima. Suuremad muutused selja piirkonnas võivad mõjutada urineerimist. Kindlasti teha uriinianalüüs (tavauriin + külv) ning anda kaasa urineerimispäevik ja küsimustik, mille täidab rahulikult kodus. Urodünaamiline uuring täpsustaks diagnoosi. Günekoloogile suunata tupe allavaje väljalülitamiseks. Patsient ise küll ei kaeba midagi selles osas, seega allavaje vähetõenäoline, aga välistada ei saa. Kui on tegemist atroofilise tupe limaskestaga (selles vanuses suure tõenäosusega), siis näidustatud tupe östrogeenravi. Soovitada kaalu langetada! Vaagnapõhjalihaste treening alati näidustatud (täpsustada, kui palju saab võimelda). Juhul, kui domineerivaks sümptomiks põielihase ärritus (tunguriinipidamatus), soovitaks alustada antikoliinergilise preparaadiga, tupe allavaje korral korrigeeriv operatsioon (otsustab naistearst). Linguoperatsioon esialgu pole näidustatud, kuna stressuriinipidamatuse sümptomid tagasihoidlikumad.

KOKKUVÕTTEKS

Loodetavasti on eelnev ülevaade kasulik ja informatiivne ning aitab edaspidi kaasa uriinipidamatusega naiste probleemide lahendamisele. Suur osa uriinipidamatuse probleemidest on ravitavad. Juhul, kui ravi ei õnnestu või pole võimalik, on erinevate võtetega võimalik inimese olukorda lihtsamaks muuta ning vähendada ebameeldivust.

Asjaosalistel ja spetsialistidel tuleb delikaatselt esitada naistele rohkem pidamatusealaseid küsimusi ning julgustada naisi oma murest rääkima ja abi otsima.

Kasutatud allikad:

- CFA – Continence Foundation of Australia [WWW] http://www.continence.org.au/data/images/Prolapse_diagram.JPG (04.12.2015)
- Duodecim (2003). Naiste uriinipidamatuse ravi. Soome Arstide Seltsi Duodecim „Käypä hoito – suositus" ehk tänapäevased ravisoovitused. Eesti Arst 2007 86 (5): 364–375 [WWW] http://ojs.utlib.ee/index.php/EA/article/viewFile/10173/5360 (06.12.2015)
- EAU – Guidelines on Urinary Incontinence (2015). M.G. Lucas, D. Bedretdinova L.C. Berghmans, J.L.H.R. Bosch, F.C. Burkhard, F. Cruz, A.K. Nambiar, C.G. Nilsson, A. Tubaro, R.S. Pickard [WWW] http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf (05.12.2015)
- Idla, Külli „Vaagnapõhja prolaps günekoloogi pilgu läbi" (30.01.2015)
- International Continence Society, ICS http://www.ics.org/ [WWW] (12.12.2015)
- Kadastik, Ülle. Uriinipidamatuse tekke profülaktika on eelkõige võimlemine, treenides vaagnapõhjalihaseid. Günekoloogia (02.07.2010)
- Kadastik, Ülle. Pidamatus on suur vaev. Kodutohter (13.09.2010)
- Kadastik, Ülle; Ausmees, Kristo. Uriinipidamatus on nii naiste kui meeste probleem. Ajakiri Perearst (03/2013)
- Kahu, Jaanus. Uriinipidamatuse uroloogilised aspektid. TÜK [WWW] (2009) http://www.kliinikum.ee/koolitus/Kliinik2009/t/Uriinipidamatuse%20uroloogilised%20aspektid.pdf (05.12.2015)
- Lundblad B, Berg M, Hellström A-L. University of Gothenburg, The Sahlgrenska Academy. School children don't want to go to the toilet (May 2009)
- Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuna-Pons M, Wagg A, Quail D, Castro R, Chinn C. Patient characteristics associated with quality of life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. Eur Urol. 2007 Apr; 51 (4): 1073-81
- Phoenix. Urinary Incontinence in Women Statistics [WWW] http://phoenixpt.com/statistics/ (22.12.2015)
- P. Lakson. Eestis kannatab kuni 120 000 inimest uriinipidamatuse all. Postimees (26.06. 2013)
- Omastehooldaja käsiraamat, Inkotuba MTÜ (2012)
- Sarv, Karin. Vaagnapõhjalihaste treening rasedusaegse ja sünnitusjärgse inkontinentsuse korral. Juhendaja Reet Linkberg. Tartu Tervishoiu Kõrgkool (2015)
- Toots, Ülle [WWW] http://www.kuivaks.ee/2015/04/vaikelapse-ja-teismelise-enurees-23-04-2015/ (23.04.2015)
- Zirel,Ülo. [WWW]http://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/Kusepoiehaired_ja_uriinipidamatus_ehk_inkontinents.pdf (04.12.2015)
- Wikipedia. [WWW] https://en.wikipedia.org/wiki/Kegel_exercise (05.12.2015)

Küsimustikud ja urineerimispäevik

LISA 1. Pidamatuse küsimustik

PÕIE JA SOOLTETEGEVUSE KONTROLLIMISE KÜSIMUSTIK

		JAH
1	Kas te tunnete vahel, et ei ole oma põit täielikult tühjendanud?	
2	Kas peate tualeti kasutamiseks kiirustama?	
3	Kas olete sageli närvis, sest arvate, et võite kaotada kontrolli oma põie- või sooletegevuse üle ?	
4	Kas ärkate öö jooksul kaks või enam korda, et minna tualetti?	
5	Kas mõnikord tekib leke enne tualetti jõudmist?	
6	Kas mõnikord tekib leke, kui tõstate midagi rasket?	
7	Kas teil on esinenud uriinilekkeid sportimisel?	
8	Kas mõnikord tekib leke asendi muutmisel, pikaliasendist istukile või püsti tõustes?	
9	Kas punnitate soolte tühjendamisel?	
10	Kas vahel määrite oma aluspesu?	
11	Kas te kavandate oma igapäevaelu sõltuvalt sellest, kus asub lähim tualett?	

Kui vastasite „jah" mõnele neist küsimustest, siis võib teil esineda probleeme põie või soolestiku kontrollimisel.

CFA - Continence Foundation of Australia
[WWW] http://www.continence.org.au/pages/what-is-incontinence.html (04.12.2015)

LISA 2. Urineerimispäevik

Nimi .....

Kuupäev .....

Aeg	Joogid	Lekked (x)	Urineerimis-tung (x)	Uriini kogus (ml)	Kommentaar (nt tegevus, sideme või mähkme kasutamine, lekke suurus)
6-7	*1 klaas vett*		*x*	*160*	*side*
6-7					
7-8					
8-9					
9-10					
10-11					
11-12					
12-13					
13-14					
14-15					
15-16					
16-17					
17-18					
18-19					
19-20					
20-21					
21-22					
22-23					
23-24					
00-1					
1-2					
2-3					
3-4					
4-5					
5-6					

LISA 3. Pidamatuse diagnoosimise küsimustik (eesti keeles)

ISIKUKOOD _____
NIMI _____
KUUPÄEV _____

KAS TEIL ESINEB URINNIPIDAMATUST (UP)? ☐ **JAH** ☐ **EI**

(Kui esineb, siis vastake palun järgnevatele küsimustele, tõmmates sobivatele vastustele ring ümber)

	0	1	2
Mitu korda päevas käite urineerimas?	5–7	8–10	11-
Mitu korda öösel (magama heitmisest kuni hommikuse äratuseni) käite urineerimas?	0–1	2–3	4-
Kas pärast urineerimist tundub, et kusepõis ei ole täielikult tühjenenud?	Ei	Harva	Jah, sageli
Kas stress ja närvipinge tekitavad urineerimispakitsust (tungi)?	Ei	Jah, mõõdukalt	Jah, tugevalt
Kas uriinipidamatust esineb seoses pingutusega, ponnistusega (nt köhides, aevastades)?	Jah	Harva	Vahel ka muudel juhtudel
Kas uriinipidamatust esineb kohe koos pingutuse, ponnistusega?	Jah	Ei oska öelda	Pärast pingutust
Kas enne uriinipidamatust tunnete tugevat urineerimistungi (pakitsust)?	Ei	Vahel	Tihti
Kui suur on „lekkinud" uriini hulk? (Millises mahus tavaliselt esineb uriinipidamatust?)	Mõned tilgad	Kerge joana	Voolamine
Kas olete võimeline urineerimist (uriinijuga) katkestama?	Jah	Mitte alati	Ei
Kas Teil on viimase 2 aasta jooksul esinenud kuseteede põletikke?	Ei	1–2 korda	3 ja enam korda

Dif. diagnoos (*arst märgib*): > 8 – üliaktiivne kusepõis; < 6 – stressinkontinents ☐

	0	1	2
Kas uriinipidamatust (UP) esineb ilma ponnistuseta, kehaasendist sõltumata? (nt lamades)	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas UP tekib juba väikese pingutuse korral (nt püstitõusmisel)?	Ei	Mõnikord	Väga tihti

Kas UP esineb äkilise tugeva pingutuse (nt aevastamise/jooksmise) korral?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas UP häirib Teie igapäevast elu?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas UP häirib Teie tööd?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas kardate, et inimesed teie ümber märkavad Teie UP-ilminguid (uriinilõhn, märg plekk riietel)?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas UP häirib Teie harrastusi ja osavõttu sotsiaalsetest üritustest?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas UP häirib Teie seksuaalelu?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas Teie välissuguelundid on tihti põletikulised/ärritunud?	Ei	Mõnikord	Väga tihti
Kas olete sunnitud kasutama pesukaitseid/mähkmeid?	Ei	Mõnikord	Väga tihti

Raskusaste (*arst märgib*): > 10 – märgatav; < 5 – ei vaja aktiivset ravi ☐

Mil määral UP Teid häirib? (*Märkige rist skaalajoonele*)

üldse mitte ⟷ eriti palju

KAS TEIL ESINEB ROOJAPIDAMATUST? ☐ **JAH** ☐ **EI**

(Kui esineb, siis vastake palun järgnevatele küsimustele, märkides sobiv vastust ristiga)

KAS TEIL ESINEB.....	0 Mitte kunagi	1 Harvem kui kord kuus	2 Iga kuu	3 Iga nädal	4 Iga päev
... tahke väljaheite pidamatust?					
... vedela väljaheite pidamatust?					
... gaaside pidamatust?					
Kas kasutate pidamatuse tõttu pesukaitseid?					
Kas Teie elukvaliteet on halvenenud, sotsiaalne elu on häiritud?					

Wexneri kriteerium (*arst märgib*): ≥ 9 – elukvaliteedi halvenemine ☐

Mil määral roojapidamatus Teid häirib? (*Märkige rist skaalajoonele*)

üldse mitte ⟷ eriti palju

KAS TEIL ESINEB KÕHUKINNISTUST VÕI VÄLJUTAMISRASKUST? ☐ **JAH** ☐ **EI**

(Kui esineb, siis vastake palun järgnevatele küsimustele, märkides sobiv vastus ristiga)

	Õige	Vale
Kõht käib läbi alla 3 korra nädalas		
Kasutan lahtisteid		
Väljaheide on konsistentsilt kõva		
Mul ei teki roojamistungi		

	Õige	Vale
Väljutamine on seotud tugeva punnestamisega		
Väljutamisel nagu miski takistaks		
Pärasool ei tühjene täielikult ja käin seetõttu mitu korda järjest potil (WC-s)		
Pärasool tühjeneb vaid väljastpoolt surumisel / väljaheidet tuleb soolest sõrmega eemaldada		

Drossmanni kriteerium pos. (*arst märgib*): defekatsioon < 3 x nädalas +/- punnestamine üle 1/4 defekatsiooniajast ☐

Mil määral kõhukinnisus/väljutusraskus Teid häirib? (*Märkige rist skaalajoonele*)

üldse mitte ⟷ eriti palju

KAS VAAGNAPÕHJA HÄIRED MÕJUTAVAD TEIE SEKSUAALELU? ☐ **JAH** ☐ **EI**

KAS TEIL ESINEB VAAGNAELUNDITE PROLAPSI/ALLAVAJET? ☐ **JAH** ☐ **EI**

KÕIGE HÄIRIVAMAKS PEAN (vastusele ring ümber):

uriinipidamatust	roojapidamatust	kõhukinnisust või väljutusraskust	elundite allavajet

Muud probleemid:

.....

.....

LISA 4. Pidamatuse diagnoosimise küsimustik (vene keeles)

ЛИЧНЫЙ КОД _____
ИМЯ _____
ДАТА _____

БЫВАЕТ ЛИ У ВАС НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ (НМ)? ☐ ДА ☐ НЕТ

(Если бывает, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы, обведите подходящий ответ)

	0	1	2
Сколько раз в день Вы мочитесь?	5-7	8-10	11-
Сколько раз ночью (во время сна)?	0-1	2-3	4-
Чувствуете ли Вы что после мочеиспускания мочевой пузырь опорожнился не полностью?	Нет	Редко	Да, часто
При нервном напряжение или стрессе, бывает ли недержание мочи?	Нет	Да, умеренно	Да, сильно
Возникает ли недержание мочи из-за физического напряжения (такого как кашель или чихание)?	Да	Редко	Иногда и в других случаях
Встречается ли недержание мочи прямо во время физического напряжения?	Да	Не могу сказать	После напряжения
Перед недержанием, чувствуете ли Вы сильное давление в мочевом пузыре (покалывание)?	Да	Иногда	Часто
На сколько велико выделяемое количество мочи (в каком количестве)?	Несколько капель	Небольшая струя	Течет
Можете ли остановить поток мочи во время мочеиспускания?	Да	Не всегда	Нет
За последние 2 года, бывали ли у Вас инфекции мочевыводящих путей?	Нет	1-2 раза	3 и больше

Диф.диагноз (*отмечает врач*): > 8 сверх активный мочевой пузырь; < 6 срессовое недержание ☐

	0	1	2
Происходит ли недержание мочи не зависимо от напряжения и положения тела (например лёжа)?	Нет	Иногда	Очень часто
Происходит ли недержание мочи при маленьком напряжении (например когда встаёте)?	Нет	Иногда	Очень часто
Происходит ли недержание мочи, при резком, сильном напряжении (например при чихании или беге)?	Нет	Иногда	Очень часто

Мешает ли недержание мочи Вам в повседневной жизни?	Нет	Иногда	Очень часто
Мешает ли не держание Вашей работе?	Нет	Иногда	Очень часто
Пугает ли Вас что окружающие могут заметить, что у Вас недержание мочи (запах мочи, мокрое пятно на одежде)?	Нет	Иногда	Очень часто
Мешает ли недержание вашим увлечениям и участию в социальной жизни?	Нет	Иногда	Очень часто
Мешает ли недержание Вашей сексуальной жизни?	Нет	Иногда	Очень часто
Часто ли воспаляются или раздражены наружные половые органы?	Нет	Иногда	Очень часто
Приходилось ли Вам когда либо использовать прокладки подгузники?	Нет	Иногда	Очень часто

Степень тяжести (отмечает врач): > 10 заметно; < 5 не нуждается в активном лечении ☐

В каком случае НМ вас беспокоит? (Отметьте крестиком на шкале)

Нет вообще — Очень много

БЫВАЕТ ЛИ У ВАС НЕДЕРЖАНИЕ СТУЛА? ☐ **ДА** ☐ **НЕТ**

(Если бывает, ответьте на следующие вопросы, подходящий ответ отметьте крестиком)

БЫВАЕТ ЛИ У ВАС...	0 Никогда	1 Реже чем 1 раз в месяц	2 Каждый месяц	3 Каждую неделю	4 Каждый день
Недержание твёрдого кала					
Недержание жидкого стула					
Недержание газов					
Используете ли вы подгузники из за недержания					
Изменилось ли качество Вашей жизни в худшую сторону, нарушена общественная жизнь?					

Критерий Векснера (*отмечает врач*): ≥ 9 сниженне квалитета жизни ☐

В каком случае недержание Вас больше беспокоит? (отметьте крестиком на шкале)

Нет вообще — Очень много

БЫВАЮТ ЛИ У ВАС ПРОБЛЕМЫ С ЗАПОРАМИ И ИСПРАЖНЕНИЕМ? ☐ ДА ☐ НЕТ

(Если бывает, ответьте на следующие вопросы, подходящий ответ отметьте крестиком)

	Правда	Лож
Хожу 3 раза в неделю		
Использую слабительное		
Испражнение по консистенции твёрдое		
У меня не возникает побуждения облегчить кишечник		

	Правда	Лож
Выведение связано с сильной потугой		
Выведение связано с сильной потугой, как бы что-то препятствует выводу		
Прямая кишка не опаражняется полностью, по-этому хожу в WC несколько раз в день.		
Опорожнения прямой кишки происходит при надавливание пальцем снаружи		

Критерий Дроссмана поз. (отмечает врач): дефекация < 3/в неделю +/- Сильный потуг более чем на 1/4 дефекации ☐

В какой степени, запор вас беспокоит? (Пожалуйста, обратитесь к масштабу поперечной линии)

Нет вообще — Очень много

МЕШАЮТ ЛИ ВАШЕЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ НАРУШЕНИЯ В ТАЗОВОМ ДНЕ? ☐ ДА ☐ НЕТ

ЕСТЬ ЛИ У ВАС ВЫПАДЕНИЕ ИЛИ ОПУЩЕНИЕ ОРГАНОВ ТАЗОВОГО ДНА? ☐ ДА ☐ НЕТ

БОЛЬШЕ ВСЕГО БЕСПОКОИТ (обведите):

Недержание мочи	недержание кала	запор или опущение органов	Опражнение (затруднения)

Другие проблемы:

.....

.....

LISA 5. Uriinipidamatuse raskusastme määramine ja pingutusinkontinentsi diagnostika

A. URIINIPIDAMATUSE RASKUSASTME MÄÄRAMINE

Küsimus:	Punktid: 0	1	2
1. Kas uriinipidamatus on ilma füüsilise pingutuseta	ei	mõnikord	tihti
2. Kas uriinipidamatust on kerge füüsilise pingutuse korral (nt püsti tõustes)?	ei	mõnikord	tihti
3. Kas uriinipidamatust on äkilise tugeva pintgutuse korral (nt aevastades ja joostes)?	ei	mõnikord	tihti
4. Kas vaevused takistavad igapäevaseid toiminguid?	ei	mõnikord	tihti
5. Kas need takistavad tööd?	ei	mõnikord	tihti
6. Kas kardate, et teised märkavad uriinipidamatusest tingitud lehka ja märga pesu?	ei	mõnikord	tihti
7. Kas vaevused takistavad teie harrastsui?	ei	mõnikord	tihti
8. Kas vaevused takistavad teie suguelu?	ei	mõnikord	tihti
9. Kas välissuguelundite ärritust esineb?	ei	mõnikord	tihti

B. PINGUTUSEINKONTINENTSI DIF. DIAGNOSTIKA

Küsimus:	Punktid: 0	1	2
1. Kas tunnete urineerimistungi enne uriinipidamatust?	ei	kerge	tugev
2. Kas uriinipidamatust on peale liikumise ka teistes situatsioonides?	ei		jah
3. Kas uriinipidamatust on füüsilise pingutuse korral?	kohe		hetke pärast
4. Kas palju eritub korraga uriini?	tilgad	sorts	palju
5. Kas olete võimeline tahtlikult katkestama urineerimist?	jah		ei
6. Kas pinge ja kiirustamine põhjustavad urineerimistungi?	ei	kerget	tugevat
7. Kas põide uriini jääb?	ei	mõnikord	tihti
8. Mitu korda urineerite päevas?	5-7	8-10	11-

9. Mitu korda urineerite öösel?	0-1	2-3	4-
10. Kas kahe viimase aasta jooksul on esinenud kuseteede põletikku?	ei	1-2	2-

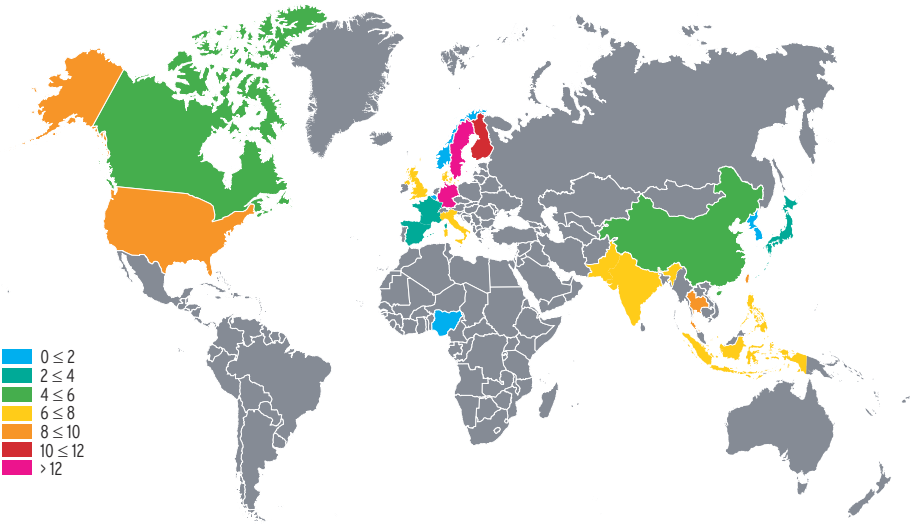
A. PINGUTUSINKONTINENTSI I JA II ASTME KORRAL ALUSTADA MEDIKAMENTOOSSE RAVIGA, III ASTME PUHUL OP.
SUNDINKONTINETSI RAVI ON KONSERVATIIVNE. SELGITADA PÕHJUS!!
SEGAVORMI PUHUL PEALE KONSERVATIIVSET RAVI OPI SOOVITUS.

B. KUI PUNKTIDE ARV ON 8 VÕI ROHKEM, SIIS PINGUTUSINKONTINENTS ON EBATÕENÄOLINE!!

LISA 6. Maailmakaart uriinipidamatuse esinemisest naistel

(World map illustrating urgency urinary incontinence (UUI) prevalence rates for adult women)

World UUI Prevalance Map
2013 | aFemale



Lisa 6: joonisel on näha naiste suur erinevus naiste tunginkontinentsuse esinemises riikides, kus on tehtud võrreldavad uuringud.

Allikas: Ian Milsom, Karin S. Coyne, Sean Nicholson, Marion Kvasz, Chieh-I Chen, Alan J. Wein. Global Prevalence and Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence: A Systematic Review. European Urology 65 (2014) p 79-95

Koostaja: Iiris Toots
Inkotuba MTÜ
Hariduse 6, Tallinn
tel 505 9991