

Naiste uriinipidamatuse ravi. Soome Arstide Seltsi Duodecim „Käypä hoito – suositus” ehk tänapäevased ravisoovitused

Soome Arstide Seltsi eesvõtmisel töötatakse Soomes juba 1994. a alates välja oma aja teadmistele vastavaid ravisoovitusi, mis põhinevad tõenduspõhistel teadmistel ja mida avaldatakse ühise nimetaja „Käypä hoito – suositus” all. Koostöös sotsiaal- ja tervishoiuministeriumiga on moodustatud vastav spetsialistidest koosnev organ, mis erialaseltside soovitusel valib välja teemad ja moodustab töörühma konkreetsete ravisoovituste väljatöötamiseks. Töörühma kuuluvad oma ala eksperdid ja kindlasti ka üldpraktiseerivad arstid. Töörühm alustab tööd, tutvudes vastava eriala kirjandusega, lähtudes kriteeriumidest, mis on välja töötanud Duodecimi seltsi juurde loodud tõenduspõhise meditsiini töörühm (Evidence

Based Medicine Working Group). Soome vastav organ – Current Care / Finnish Medical Society Duodecim – on 2003. a loodud rahvusvahelise ravijuhendite töörühma (Guidelines International Network, G-I-N) asutajaliige.

Duodecimi seltsi ja töörühma „Käypä hoito” juhatus on andnud nõusoleku tõlkida eesti keelde ja avaldada Eesti Arstis Soome ekspertide koostatud ravisoovitused lühendatud kujul, nagu nad on avaldatud ajakirjas Duodecim. Endastmõistetavalt jäävad kõik autoriõigused Soome poolele. Soovituste eestikeelne tõlge avaldatakse muutmata kujul. Eesti Arsti toimetus omalt poolt kooskõlastab alati Eesti vastavate erialaseltsidega avaldamisele minevate soovituste vastavuse meie oludele ja võimalustele.

Soome ravisoovitustes näidatakse esitatud seisukohtade tõenduspõhisuse astet tähtedega A, B, C, D järgmiselt:

Kood	Tõenduspõhisuse tase	Selgitus
A	veenev tõenduspõhisus	mitmed nõutaval heal teaduslikul tasemel korraldatud uuringud samasuunaliste või sarnaste tulemustega
B	mõõdukas tõenduspõhisus	vähemalt üks nõutaval heal teaduslikul tasemel korraldatud uuring või mitmed vähemalt minimaalsetele nõudmistele vastaval teaduslikul tasemel tehtud uuringud
C	vähene tõenduspõhisus	üksikud vähemalt minimaalsetele nõudmistele vastaval teaduslikul tasemel tehtud uuringud
D	ei ole tõestatud teaduslike uuringutega	põhineb eksperdi hinnangutel

Seekord avaldame **naiste uriinipidamatuse ravisoovitused** (sm *naisten virtsankarkailun hoito*) (Duodecim 2006;122(24):3042–54.). Selle on ette valmistanud Soome Arstide Seltsi Duodecim ja Soome Günekoloogide Seltsi töörühm järgmises koosseisus:

töörühma juht Pentti Kiilholma – dotsent, osakonna ülemarst, Turu Ülikooli Keskskaigla naistekliinik;
toimetaja Seija Ala-Nissilä – sünnitusabi ja günekoloogia eriarst, Turu Ülikooli naistekliinik;

teised liikmed:

Olavi Airaksinen	-	dotsent, ülemarst, Kuopio Ülikooli füsiaatria kliinik;
Pauliina Aukee	-	sünnitusabi ja günekoloogia eriarst, Kesk-Soome Keskhaigla;
Aarre Kivelä	-	osakonna ülemarst, Oulu Ülikooli Keskhaigla naistekliinik;
Erkki Kujansuu	-	dotsent, sünnitusabi ja günekoloogia eriarst, Tampere Ülikooli Keskhaigla;
Mikael Leppilahti	-	uroloogia eriarst, Seinäjoe Keskhaigla;
Sari Mäkinen	-	ülemarst, Orivedi tervisekeskus;
Carl Gustaf Nilsson	-	professor, osakonna ülemarst, Helsingi-Uusimaa Keskhaigla naistekliinik;
Maria Nuotio	-	ülemarst, geriaatria eriarst, Seinäjoe Keskhaigla;
Anu Parantainen	-	füsioterapeut, Mehiläinen Terveyspalvelut OY;
Kristiina Patja	-	rahvatervise eriarst, Kansanterveyslaitos („Käypä hoito” toimetaja);
Juhani Ruutiainen	-	dotsent, Masku neuroloogiline taastusravikeskus;
Beata Stach-Lempinen	-	osakonna ülemarst, sünnitusabi ja günekoloogia eriarst, Löuna-Karjala Keskhaigla;
Antti Valpas	-	ülemarst, sünnitusabi ja günekoloogia eriarst, Löuna-Karjala Keskhaigla.

Eesmärk

Eesmärgiks on ühtlustada uriinipidamatusega naiste uurimise ja ravi käsitlust ambulatoorsetes ja spetsialiseerunud raviasutustes.

Käsitletava teema piirid

Soovitustes käsitletakse sellist naiste uriinipidamatust, mille tõttu nad pöörduvad arsti poole, et saada ravi, ning mis põhjustab sotsiaalseid, hügieenilisi või muid probleeme. Soovitustes ei käsitleta eraldi kuseteede anomaaliatest või fistulitest põhjustatud

uriinipidamatust, üliaktiivse põie probleemi, kui ei esine uriinipidamatust, ega neurogeenset põiehäiret. Nende probleemide üle arutletakse sedavõrd, kui võrd need on diferentsiaaldiagnostiliselt olulised. Soovitustes ei käsitleta laste uriinipidamatust.

Sihtrühm

Soovituste sihtrühmaks on spetsialiseeritud haiglate ning ambulatoorsete asutuste raviarstid ja muu ravipersonal, vanurite hooldeasutuste personal ja otsusetegijad tervishoius.

Tabel 1. Naiste uriinipidamatuse tüübid ja patogenees

Inkontinentsi tüüp	Tekkemehhanism	Võimalikud põhjustajad
Pingutusinkontinents Uriinipidamatus füüsilise pingutuse, kõhatamise või aevastamise järel	Ureetrat ümbritsevate tugimehhanismide või ureetra sulgurmechhanismide nõrkus	Vaagnapõhjallhaste innervatsioonihäire või vigastus, mis on kaasasündinud või tekkinud vananemise, sünnituse, operatsiooni või trauma järel. Sidekoe nõrkus: vananemise, raseduse järel või hormonaalsetel põhjustel
Tunginkontinents Äkki tekkinud tahtetu urineerimisakt, uriinipidamatus enne või pärast urineerimisakti	Põiemahu vähenemine neurogeensetel, mitteneurogeensetel põhjustel või idiopaatilisel	Keskärrvüsteemi haigused või vigastused, neuropaatia, diabeet, psühhosomaatilised tegurid, infektsioon (akuutne või korduv kuseteede infektsioon), kasvaja, põie seina haigused, põiekivi, limaskestas atroofia, põie kiire täitumine, eluviis
Segatüüpi inkontinents Pingutus- ja tunginkontinentsi samaaegne esinemine	Pingutus- ja tunginkontinentsi mehhanismid koos	Mainitud põhjustajate kombinatsioon
Ülevooluinkontinents Uriinipidamatus, mis on põie akuutse või kroonilise tühjendamishäirega	Nõrgenenud urineerimisrefleks, uriini voolu mehaaniline takistus	Närvisüsteemi haigused või vigastused, operatsioonijärgne seisund, ravimite kõrvaltoime, tuumor, operatsioonitüsistus
Fistul	Vahetu või anoksiline vigastus	Kaasasündinud või tekkinud operatsiooni, kiiritusravi, sünnituse järel

Tabel 2. Uriinipidamatuse esinemine neuroloogiliste haiguste korral

Haigus (sündroom)	Inkontinentsi esinemissagedus (%)
Äge demüeliniseeruv neuropaatia, Guillaini-Barré tüüpi polüneuropaatia	25
Ajuinsult	
äge periood	57–83
6 kuud pärast haigestumist	20
Dementsus	
kodus elavad haiged	36
hooldekodu elanikud	78
Diski prolaps	harva
<i>Sclerosis multiplex</i>	19–72
Multisüsteemne atroofia	73
Parkinsoni tõbi	15

Definitsioon

Rahvusvaheliselt tunnustatud definitsioon koon­dab kõiki täiskasvanute uriinipidamatuse vorme ja nende jaotus ühtib RHK-10 klassifikatsiooniga (vt tabel 1).

1. Pingutusinkontinents on uriinipidamatus füüsilise pingutuse, köhatamise või aevastamise järel.
2. Tunginkontinentsi iseloomustab äkki tekkiv tahetele allumatu urineerimistung, uriinipidamatus võib esineda enne või pärast urineerimisakti.
3. Segatüüpi inkontinents on kahe eelmise uriinipidamatuse kombinatsioon ehk pingutus- ja tunginkontinentsi samaaegne esinemine.
4. Ülevooluinkontinents on uriinipidamatus, mis on seotud põie ägeda või kroonilise tühjendamishäirega.

Esinemissagedus

Epidemioloogiliste uuringute järgi esineb uriininkontinentsi 5–58% naistel (mediaan 28%). Raskeks klassifitseeritud inkontinents esineb 3–17% juhtudest. Kerge, subjektiivset tüli mittepõhjustava uriinipidamatuse esinemissagedus on ilmselt isegi kaks korda suurem kui sotsiaalseid ja/või hügieenilisi probleeme põhjustav inkontinents. Viimaseks peetakse vähemalt kaks korda nädalas esinevat uriinipidamatust (B). Inkontinentsi aastane esinemis­agedus kesk- või vanemaealiste naiste hulgas on 1–29%. Spontaanselt paraneb täpsustamata tüüpi inkontinents 6–38% keskealistel või noorematel naistel aastas.

Inkontinentsi esinemine sageneb vanemas eas (A): 25-60aastastest Soome naistest esineb see 20%-l ja üle 70-aastastest 59%-l. Pingutusinkontinents on levinuim inkontinentsi tüüp 25–60aastastel ja segatüüpi inkontinents üle 70aastastel naistel.

Rasedus ja sünnitus suurendavad uriinipidama­ tuse riski: võrreldes mittesünnitanud naistega on eakoefitsiendi riskiks keisrilõike järel 1,5 (95% usaldusvahemik 1,2–1,9) ja vaagnasünnituse järel 2,3 (95% usaldusvahemik 2,0–2,6).

Uriiniinkontinents esineb sagedamini neil vane­ matel naistel, kes elavad hooldekodudes, võrreldes nendega, kes elavad kodus.

Esinemine neuroloogiliste haiguste korral

Uriini kogunemine ja põie tühjendamine toimub komplitseeritud neurogeense regulatsiooni kaudu ning uriinipidamatust esineb sageli mitmesuguste neuroloogiliste haiguste korral.

Tõeliste ajuhaiguste – ajuinfarkti ja ajuverejooksu, dementsuse, polüskleroosi (*sclerosis multiplex*) ja Parkinsoni tõve – korral on sagenenud urineerimis­ tarve ja võib esineda tunginkontinents. Haigusega seotud üla- ja alajäsemete liigutamise häire võib raskendada tualettruumi minemist ja oma urineerimis­ tarbe kontrolli. Dementne inimene ei pruugi mõista, millal või kuhu ta urineerib.

Seljaaju haigustega (süringomüelia, polüskleroos) ja vigastustega kaasnevad urineerimisprobleemid on tihti väga rasked. Põis võib neil tühjeneda kontrol­ limatult või mittetäielikult ja haigeil on sagedasti kuseteede põletikud.

Uriinipidamatus noorel naisel võib olla polü­ skleroosi esimene sümptom.

Seljaaju alaosa ja *cauda equinae* kahjustu­ sele on iseloomulik äkki või aegamööda arenev uriiniretentsioon ja ülevooluinkontinents.

Riskitegurid

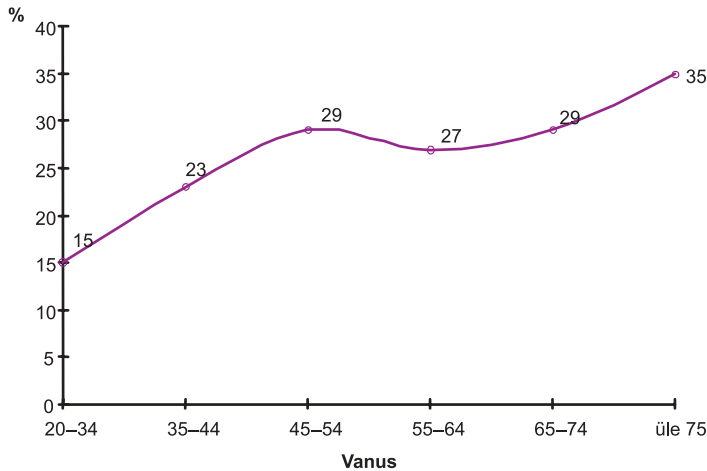
Epidemioloogilistes uuringutes on selgitatud mitmed inkontinentsi riskitegurid (vt tabel 3). Märkimis­ väärseim neist on eluiga: inkontinents lisandub vanusega (A) (OR = 1,3 viie eluaasta kohta, 95% usaldusvahemik 1,2–1,5). Inkontinentsi ei tuleks

Tabel 3. Uriiniinkontinentsi riskitegureid naistel

Tegur	Riskisuhe (95% usaldusvahemik)	
Vanus	1,3 viie eluaasta kohta (1,2–1,5)	
Ülekaal		
KMI vähemalt 30 kg/m ²	3,7 (2,0–6,7)	
KMI vähemalt 40 kg/m ²	5,0 (3,4–7,4)	
Rasedus ja sünnitused	eakoeffitsendita	20–34aastased
1 sünnitus	1,6 (1,5–1,8)	2,2 (1,8–2,6)
2 sünnitus	1,8 (1,6–1,9)	2,4 (2,0–2,8)
3 sünnitus	2,0 (1,8–2,2)	2,4 (2,0–3,0)
4 või rohkem sünnitus	2,3 (2,1–2,5)	3,3 (2,4–4,4)
Keisrilõikused	1,5 (1,2–1,9)	
Muud sünnitusega kaasnevad tegurid		
lapse sünnikaal üle 4000 g	1,3 (1,2–1,5)	
tang- vs normaalne sünnitus	3,5 (1,1–11,4)	
tang sünnitus vs vaakumekstratsioon	3,5 (0,7–16,1)	
Emaka eemaldamise järel		
eakoeffitsendita	1,4 (1,2–1,7)	
üle 60aastased	1,6 (1,4–1,8)	
tunginkontinentsi risk	1,9 (1,4–2,6)	
Põhihaigused, vähemalt kaks	4,4 (2,5–7,7)	
<i>Diabetes mellitus</i> (tüüp II)		
läbilõikeline uuring	1,3 (1,2–1,4)	
longitudinaalne uuring	1,2 (1,0–1,4)	
keskmiselt raske inkontinents	1,4 (1,2–1,7)	
raske inkontinents	2,0 (1,2–3,1)	
Rass ja genotüüp		
valge vs must rass	pingutusinkontinents 2,8 (1,6–5,1) segatüüpi inkontinentsi 2,1 (1,5–3,1)	
inkontinents emal	pingutusinkontinents 1,5 (1,3–1,8) segatüüpi inkontinents 1,6 (1,2–2,0) tunginkontinents 1,8 (0,8–3,9)	
inkontinents noorematel õdedel	pingutusinkontinents 1,8 (1,3–2,3) segatüüpi inkontinents 1,7 (1,1–2,8)	
Põie allavaje	2,5 (1,5–4,2)	
Emaka allavaje	4,1 (2,2–7,9)	
Vaagnapõhjalihaste nõrkus	3,4 (0,5–23)	
Korduvad kuseteede infektsioonid		
segatüüpi inkontinents	2,4 (1,5–3,9)	
tunginkontinents	2,0 (1,1–3,6)	
pingutusinkontinents	1,5 (0,8–3,0)	
Soole funktsiooni häired		
kõhulahtisus	2,0 (1,3–3,0)	
kõhukinnisus	10 (1,4–20)	
Tee joomine üle 3 tassi päevas		
pingutusinkontinents	1,3 (1,1–1,5)	
segatüüpi inkontinents	1,5 (1,3–1,8)	
Kohvi joomine üle 3 tassi päevas		
pingutusinkontinents	1,2 (1,1–1,5)	
segatüüpi inkontinents	0,7 (0,5–0,9)	
Suissetamine üle 20 suitsu päevas	1,3 (1,1–1,6)	
Vähenenud tegutsemisvõime		
toimetulekuraskused igapäevaelus	2,3 (1,2–4,3)	
tung- ja segatüüpi inkontinents	3,6 (1,7–7,3)	
pingutusinkontinents	0,8 (0,3–2,0)	
Vähenenud liikumisvõime		
läbilõikeline uuring	2,1 (1,2–3,9)	
nõrk inkontinents	1,6 (1,1–2,2)	
raske inkontinents	2,0 (1,1–3,5)	

siiski pidada normaalseks vanusega kaasnevaks nähtuseks, kuigi kuseteedes ja vaagnaelundite ehituses kujuneb eaga kaasnevaid muutusi, mis aitavad kaasa inkontinentsi tekkimisele (vt jn 1).

On tõestatud, et vanemaealiste inkontinents on seotud südame- ja veresoonte haigustega, tugi- ja liikumisaparaadi haigustega ning mitmete närvihäigustega (eriti ajuvereringehäirete ja



Joonis 1. Naiste uriinipidamatuse esinemissagedus sõltuvalt east.

dementsusega), soolestiku- ja kopsuhaigustega, depressiooniga, nõrgenenud liikumisvõimega ning nägemis- ja kuulmisprobleemidega.

Rasedus ja sünnitus lisavad pingutus- ja segatüüpi inkontinentsi riski, eriti noormates vanuserühmades (B). Pingutus- ja segatüüpi inkontinentsi esineb vähem keisrilõikuse kui tavalise sünnituse järel (B).

Ülekaal on naise uriinipidamatuse märkimisväärtne riskitegur (A) ja risk kasvab koos kehamassi indeksiga (vt jn 2). II tüüpi diabeeti haigestunud naistel on inkontinentsirisk suurem.

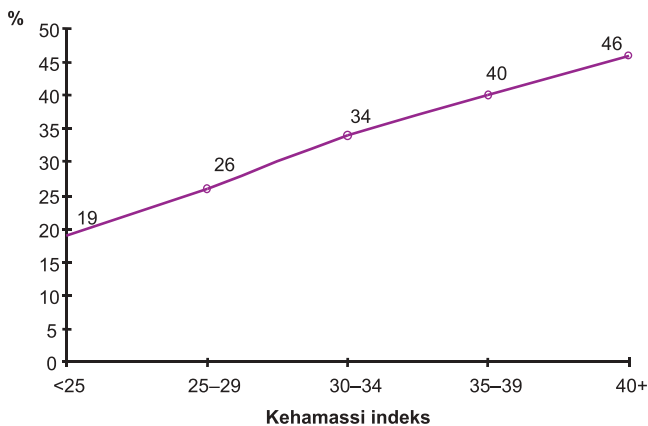
Eluviisil võib olla mõju uriinipidamatuse tekkele (näiteks rohke vedeliku ja kohvi joomine). Rohke suitsetamine

lisab segatüüpi inkontinentsi riski (C). Ka ülemäärane füüsiline koormus võib põhjustada inkontinentsi.

Üle 60aastastel naistel võib emaka eemaldamise järel kujuneda tunginkontinents, sõltumata operatsioonimeetodist (C). Kliimaksi korral kasutatavad kombineeritud hormoonpreparaadid võivad soodustada uriinipidamatuse kujunemist, kuigi östrogeeni manustamine lokaalselt võib kergendada tunginkontinentsi sümptomeid.

Ennetus

Kuna uriinipidamatus halvendab elukvaliteeti (A), on selle ennetamine väga oluline. Uriinipidamatuse



Joonis 2. Naiste uriinipidamatuse esinemissagedus sõltuvalt kehamassi indeksist (kg/m^2).

Tabel 4. Inkontinentsi medikamentoosne ravi

Tunginkontinents	Müüginimi	Preparaaditüüp	Annustamine	Kommentaare
Oksübutüniin	Cystrin Ditropan Oxybutynin Generix	Lühitoimeline tablett	5 mg x 2–3	Rohkem kõrvalnähtusid (peamiselt suu kuivus) kui teistel preparaatidel
	Cystrin CR	Pika toimega tablett	10 mg x 1	Paremini talutav kui lühikese toimeajaga preparaat
	Kenter	Plaaster, vahetada kaks korda nädalas	3,9 mg/päev	Uusim preparaaditüüp, harva kaasneb suu kuivus, nahaärritus 10–16%-l
Tolterodiin	Destrusitol SR	Pika toimega tablett	4 mg x 1	Lühitoimeline tablett Soomes võetud müügilts ära, pika toimeajaga preparaadil vähem kõrvaltoimeid kui lühikese või pika toimeajaga oksübutüniinil. Kõrvaltoimete profiil sarnane transdermaalse vormiga
Trospiumkloriid	Spasmo-Lyt plus	Tablett	20 mg x 2	Vähem kõrvaltoimeid kesknärvisüsteemi poolt oksübutüniinil ja tolterodiinil
Solifenatsiin	Vesicare	Tablett	Algdoos 5mg x 1, vajaduse korral 10 mg x 1	
Östrogeeni lokaalsed ravipreparaadid				Lokaalne ärritus, sügelus, kipitus tavaliselt ainult ravi algusfaasis, ei ole süsteemseid kõrvaltoimeid (B)
Östradiol	Vagifem	Tupetablett	Kaks korda nädalas	
Östroon	Ovestin	Kreem 0,1 mg/g Tupeglöobul 0,5 mg	Kahel öhtul nädalas	
	Pausanol	Kreem 1 mg/g Tupeglöobul 0,5 mg	Kahel öhtul nädalas	
	Estring	3 kuu tagant vahetatav rõngas	7,5 mikrog/päeva	
Pingutusinkontinents				
Duloksetiin	Yentrevia	Tablett	Algdoos 20 mg x 2 (2 nädala jooksul), ravi-doos 40 mg x 2	Kõrvalnähtudena ravi alustamisel iiveldus, vererõhu tõus, serotoniini sündroomi risk. Ei manustata koos fluvoksamiini ja enoksasiiniga
Fenüülpropanoolamiin	Rinexin	Tablett	50 mg x 2	Suhteliselt vähe kasutusel, sümptomteid leevendav mõju üldiselt lühiaegne, kõrvalnähud kerged (unetus, rahutus ja vasomotoorsed häired, (C)

tekke riski saab vähendada kehakaalu lange-tamisega, füüsilise treeninguga, suitsetamise lõpetamise ja kõhukinnisuse raviga. Raseduse ajal vaagnapõhja lihaseid tugevdavate harjutustega alustamine võib vähendada uriinipidamatuse tekkimise ohtu pärast sünnitust, kuid ei mõjuta sün-nituse kulgu (B). Vaagnapõhjalihaste harjutused sünnituse järel väldivad inkontinentsi tekkimist (A). Vaagnapõhjalihaste harjutused peaksid olema rutiinsed soovitusel naistele nii raseduse ajal kui ka pärast sünnitust.

Liikumiskustega inimeste uriinipidamatusega seotud probleeme saab kergendada kodu ja avalike kohtade tualettruumide varustamisega vas-tavate abivahenditega, et puudega inimestel oleks mugavam ja kergem tualetti kasutada.

Sõeluuringud

Uriinipidamatuse süstemaatilisi sõeluuringuid ei ole tehtud ja vastavaid meetodeid ei ole olemas. Vanu-rite inkontinentsi sõeluuringu meetodeid on esitatud, aga nende tulemuslikkuse kohta ei ole tõendus-

Diagnoosimine

Eesmärk on kindlaks teha inkontinentsi tüüp, selle põhjus, raskusaste ja mõju elukvaliteedile. Olu-
lisim on eristada pingutusinkontinentsi muudest
inkontinentsi tüüpidest, mida võivad põhjustada
mitmed eriravi vajavad haigused (vt tabel 1).

Põhiuuringud

Anamnees on tähtis uriinipidamatuse diagnoosimi-
sel ja võimaldab selgitada järgmist:

- uriinipidamatuse tundemärgid, inkontinentsi-
episoodide arv nädalas, päevas ja kaitsemähkmete
vajadus;
- uriinipidamatuse kestus (põie funktsiooni häired
lapsepõlves, öine allakusumine lapseas);
- põetud haigused ja sümptomid (vaimu- või
närvihaigused, selgroohaigused, diabeet, kuse-
teedepõletikud, dementsus, südame puudulikkus,
kõhukinnisus);
- kasutatud ravimid (diureetikumid, tsentraalsed
valuvaigistid, antikolinergilised ravimid, alfasüm-
patolüütikumid, kaltsiumiantagonistid);
- sünnituste arv ja sünnitusega seotud protseduurid
(operatsioonid);
- urogenitaalelundite operatsioonid (ka kiiritus-
ravi);
- menstruaatsioonitsükli iseärasused;
- eluviis;
- elamis- ja koduhoidmistingimused vanuritel.

Abivahenditena võib kasutada ankeete ja
urineerimispäevikuid. Kasutada võib ka elulaadi-
mõõdikuid.

Eakate patsientide puhul on vajalik selgitada
liikumis- ja teovõimet, liikumise abivahendite kasuta-
mist, kognitiivset sooritusvõimet, kaasuvaid haigusi,
kõiki kasutatavaid ravimeid ja põie tühjendamis-
raskuse olemasolu.

Üldisel kliinilisel uuringul selgitatakse üldseisund,
kaal, pikkus (KMI); võimalikud neuroloogilised ära-
jäämanähud; vajaduse korral jääkuriini mõõtmine.

Günekoloogilisel uuringul selgitatakse limaskestade
seisund (atroofia), võimalikud vaagna-
elundite allavajad, alakõhu palpatsioonil võimalike tuumori-
olemasolu, vaagnapõhjelihaste seisund.

Uriinipidamatust saab objektiivselt selgitada
kaitsvate mähkmete kasutamise, kõhatuste korral,
uriinivoolu esinemise ning haige poolt peetud
urineerimispäevaarvatu järgi.

Tähelepanuväärne on see, et patsiendi vae-
vused ei korreleeru alati objektiivselt täheldatud
uriinipidamatuse ilmingutega.

Laboratoorsed uuringud

Uriinipidamatuse diagnostikas vajatakse vähe
laboratoorseid uuringuid. Uriini analüüsil jälgitakse
selle keemilist koostist ja vajaduse korral tehakse
mikroskoopiline uuring, sademe värvimine ja uriini
külv, et välistada infektsioonid ja põiekasvaja.

Hemoglobiini ribatest võib olla punavere-
liblede hemolüüsi tõttu positiivne ja alles sademe
mikroskopeerimine annab õige vastuse hematuu-
ria olemasolu kohta. Juhuslikku mikrohematuuriat
võib esineda tugeva füüsilise pingutuse, seksuaal-
vahekorra, limaskesta kerge vigastuse järel või
seotult menstruaatsiooniga.

Kui eelnevalt tervel mitesuitsetajal naisel lei-
takse sõeluuringul mikrohematuuria, korratakse
uriini uuring mõne päeva pärast. Kui kordusuuring
on normaalne, ei vajata lisauuringuid. Korduvalt
leitud mikrohematuuria (üle 5–15 puneverelible
vaateväljas) korral on vajalik uriini tsütoloogiline
uuring, tsüstoskoopia ning ülemiste kuseteede
pildidiagnostika.

Täiendavad uuringud ja diferentsiaal- diagnostika

Täiendavad uuringud on vajalikud, kui

- esinevad atüüpilised sümptomid (põie tühjenemis-
raskused, ülevooluinkontinents, põie ärritussümptomid
või äkki alanud vaevused);
- uriinipidamatuse tüübi määramine ei ole kliiniliste
uuringutega võimalik;
- leitakse vaevusi tekitav vaagnaorganite allavajaj;
- halb alluvus ravile (ravimid ei mõju, inkontinents taastub);
- kahtlustatakse närvisüsteemi kahjustust;
- kahtlustatakse põiehaigusi (interstitsiaalne tsüstiit,
põiekivi või kasvaja), alakõhukasvajat (munasarja-
kasvaja, müoom) või fistulit.

Tsüstoskoopia

Inkontinentsiga patsiendil on tsüstoskoopia oluline esmaseks diferentsiaaldiagnostikaks (C). Tsüstoskoopia on vajalik, kui ilmneb

- püsiv või korduv mikrohematuuria (üle 5–15 puneverelible vaateväljas);
- püsiv sage urineerimisvajadus või esineb tahtele allumatu urineerimine;
- põie funktsioneeriv maht on alla 100–150 ml;
- valu urineerimisel;
- põievalu;
- sagedased kuseteede põletikud (vt www.käypahoito.fi “Kuseteede infektsioonid”);
- fistuli või põiekahjustuse kahtlus.

Urodünaamilised mõõtmised

Urodünaamilisi mõõtmisi kasutatakse, kui tahetakse täpsemalt määrata uriinipidamatuse tüüpi ja selle raskusastet või kui planeeritakse uriinipidamatuse operatiivset ravi.

Kasutusel on põie rõhu mõõtmine (tsüstomeetria), ureetra rõhu mõõtmine ja uriinivoolu mõõtmine (*flowmetria*). Standarditud mõõtmismeetodeid ei ole, meetodid erinevad sõltuvalt haiglast, uurijast ja aparatuurist. Urodünaamilised mõõtmised on invasiivsed ja nendega võivad kaasned a kuseteede põletikud, düsuuria ning uuring on ebameeldiv patsiendile. Preoperatiivsed urodünaamilised uuringud ei taga operatiivse ravi õnnestumist.

Pingutusinkontinentsi korral võidakse kohe ilma urodünaamiliste mõõtmisteta otsustada operatiivse ravi kasuks, kui

- patsiendi vanus on alla 70 a;
- patsiendile ei ole varem tehtud operatsiooni sellel näidustusel;
- ei ole põie funktsiooni mõjutavaid haigusi ega ole kasutatud põie funktsioonile mõjuvaid ravimeid;
- uriinipidamatuse küsitluslehe järgi on riskipunkte vähem kui 7;
- üldine operatiivse ravi risk on alla 50%;
- köhatustesti tulemus on positiivne;
- põie funktsionaalne ruumala on üle 300 ml ja pole viiteid põie tühjenemishäirele.

Visualiseerimismeetodid

Alumiste kuseteede ehitust ja funktsiooni võib uurida sonograafia või magnetresonantstomograafia abil.

Sonograafia on täiendav uuring alumiste kuseteede uurimiseks ja sellega saab usaldusväärset määrata jääkuriini kogust ja põie mahtu (B). Ureetra uuringut võidakse teha perineumi, tupe või pärasoole kaudu. Sonograafia toob esile ka harvemini esinevaid ureetra divertiklid ja tupe-seina tsüstid. Sonograafiat võidakse kasutada ka päraku tõstjalihase funktsiooni kontrolliks ning haigete vaagnapõhjalihaste pingutusliigutuste õpetamisel.

Perineaalne uuring toob esile ureetra ja põie vahelise nurga muutused ja sellega saab hinnata operatsiooni tulemust. Põie mahtu hinnates tuleb arvesse võtta seda, et tulemus sõltub ka mõõtjast, mõõtmisaparatuurist ja kasutatavast arvutusprogrammist

Magnetresonantstomograafia abil saab tänu heale lahutusvõimele paremini hinnata alumiste kuseteede seisundit ja vaagnaelundite allavajet mitmes eri tasapinnas, aga selle kliiniline kasutamine on vähene.

Põie ja ureetra topograafilise anatoomia täpsustamine (uretrotsüstograafia) ei ole inkontinentsi diagnoosimisel üldiselt vajalik, seda kasutatakse võimalike fistulite selgitamiseks.

Ei ole tõendeid sellest, et uriinipidamatust saab diagnoosida ainult visualiseerimismeetoditega, ega sellest, et inkontinentsioperatsiooni tulemust saaks hinnata pildilt nähtavate anatoomiliste muutuste alusel.

Ravi

Eluviisi muutmine

Eluviisi muutmisega saab kergendada tung- ja pingutusinkontinentsist tingitud vaevusi, aga seda on uuritud vähe.

Kehakaalu langetamisel on tõdetud märkimisväärne uriiniinkontinentsi vaevusi vähendav mõju, eriti ülekaalulistel naistel, kelle KMI on üle 40 kg/m² (B). Kaalu langetamine võib leevendada uriiniinkontinentsi sümptomeid ka mõõdukalt üle-

kaalulistel naistel (B). 5–10% kaalu langetamine vähendab märkimisväärselt inkontinentsiepisoode arvu ja parandab patsientide elukvaliteeti.

Põieharjutusi võib kasutada tunginkontinentsi ravina. Urineerimisgraafiku koostamine võib abistada hooldekodudes vanureid põie kontrollimisel (C). Eakate liikumis- ja toimetulekuvõime säilitamine ja edendamine aitab neil põietegevust kontrollida.

Füsioteraapia

Füsioteraapiat võib kasutada pingutus- ja tunginkontinentsi ravis. Vaagnapõhjalihaste tugevdamisele suunatud harjutused on toimivad kõigi inkontinentsi tüüpide puhul, vähemalt lühiaegse jälgimisperioodi vältel (A). Pikaajalisema mõju saavutamiseks on raviharjutusi vajalik korrata igal aastal kolme kuu vältel (lihaste füsioloogiline vastus harjutustele).

Alla 50aastastel pingutusinkontinentsi all kannatavatel naistel on soovitatav teha harjutusi vähemalt kolme kuu vältel. Vaagnapõhjalihaste harjutused võivad pärast sünnitust leevendada/ennetada uriinipidamatust (A). Vaagnapõhjalihaste harjutusi võib teha ka iseseisvalt, kui on selgeks õpitud vastav meetodika. Vaagnapõhjalihaste harjutuste tegemisel võib abivahendina kasutada tupekuule.

Lihaste elektrostimulatsioon võib olla toimiv tunginkontinentsi ravis, aga see ei näi mõjutavat pingutusinkontinentsi (B).

Harjutusi tehes võib kasutada biotagasiside (*biofeed-back*) aparati, kuigi selle tõhusus on vaieldav. Koduseks kasutamiseks mõeldud transkutaanne närvistimulatsiooni aparaat võib olla toimiv naiste uriiniinkontinentsi ravis.

Akupunktuur ei ole olnud mõjuv naiste tunginkontinentsi ravis 1–3 kuud kestnud jälgimisperioodi vältel (C).

Medikamentoosne ravi

Uriinipidamatuse medikamentoosne ravi sõltub inkontinentsi tüübist (vt tabel 3)

Tunginkontinentsi medikamentoosne ravi

Tunginkontinentsi sündroomi võib kergendada antikolinergiliste ravimitega (B), millest Soomes on

saadaval oksübutüüin, tolterodiin, trospiumkloriid ja solifenatsiin. Nende ravimite vastunäidustuseks on uriiniretentsioon, ravile allumatu glaukoom, müasteenia, raske jämesoolepõletik. Kõrvalmõjudena võivad ilmnedu suukuivus, kõhukinnisus, silmade kuivus ja akommodatsiooni häired. Kõrvaltoimed võivad olla eakatel enam väljendunud.

Patsiendid, kellel on mitmed haigused ja kes kasutavad mitmeid ravimeid, samuti eakad ja dementsusega haiged on enam tundlikud kõrvaltoimete suhtes, antikolinergilisi ravimeid tuleks nendel patsientidel kasutada ettevaatlikult.

Ravimite mõju tuleb teatud ajavahemiku järel hinnata. Ravimite pikaajalist mõju ei ole uuritud. Antikolinergiliste ravimite omavahelisel võrdlusel ei ole ilmnenud muid tõendus põhiseid andmeid kui see, et oksübutüüin ja tolterodiin on pikaajase mõjuga ning paremini talutavad kui lühema toimega preparaadid.

Tritsükliliste antidepressantide mõjust tung- ja pingutusinkontinentsi ravis ei ole piisavalt tõendeid. Uusi uuringuid on vähe, aga kliiniliste kogemuste põhjal saavad mõned patsiendid neist ravimitest leevendust. Enam uuritud on imipramiini, millel on lõõgastav ja paikne anesteetiline mõju põiele ning seda on kasutatud üliaktiivse põie ja eriti sagenenud öise urineerimisvajaduse (noktuuria) ravis, aga selle mõjumehhanismi ei tunda veel täpselt. Kuna imipramiini on ka antikolinergiline toime, võivad selle kasutamisel ilmnedu antikolinergiliste ravimite kasutamisega kaasnevad kõrvaltoimed.

Östrogeeniravi võib leevendada tunginkontinentsi naistel postklimakteerilises perioodis (B). Urogenitaalatroofia kujunemise pidurdamine aitab kaudselt kaasa põie ärritussümptomite taandumisele. Östrogeeni preparaatide paiksel kasutamisel leevenduvad kuseteedepõletiku ja selle kaudu ka põie üliaktiivsuse sümptomid. Paikseid östrogeenipreparaate kasutatakse eakatel naistel ja vajaduse korral ka süsteemse hormoonravi lisana. Kahenädalase igapäevase kasutuse järel saavutatakse soodus toime tupe limaskestale ja säilitusravi jätkatakse kahe annusega nädalas.

Muud ravivõimalused

A-tüübi botulismitoksiini süstimine põieseeinalihasesse vähendab põie üliaktiivsusest põhjustatud uriinipidamatust (B) ja seda kasutatakse rangetel näidustustel valitud patsientidele.

Pingutusinkontinentsi medikamentoosne ravi

Ravimite osatähtsus pingutusinkontinentsi ravis on väheoluline.

Duloksetiin parandab keskmiselt rasket või rasket pingutusinkontinentsi põdevate naiste elukvaliteeti vähemalt lühikeseks ajaperioodiks (B). Vaagna-põhjelihaste harjutuste ja duloksetiini üheaegsel kasutamisel ei ole saavutatud kliiniliselt märkimisväärt raviefekti (C).

Fenüülpropanoolamiinil võib olla vähene leevendav mõju pingutusinkontinentsi sümptomitele (C). Pingutusinkontinentsi raviks kasutatakse ka paikset östrogeenpreparaate, aga nende mõju ei ole objektiivselt tõendatud.

Kirurgiline ravi pingutusinkontinentsi korral

Pingutusinkontinentsi võidakse ravida operatsiooniga, kui konservatiivne ravi ei anna piisavat tulemust.

Segatüüpi inkontinentsi, mille korral pingutusinkontinents on domineeriv, võidakse ravida operatiivselt, aga lõikusravi tulemused on siis halvemad. Segatüüpi inkontinentsi korral võib tunginkontinentsi sümptomeid ravida medikamentooselt ja pingutusinkontinentsi nähte operatiivselt. Soomes teevad pingutusinkontinentsi lõikusravi tavaliselt günekoloogid, aga piirkonniti on ka erinevusi. 2004. aastal tehti Soomes umbes 2800 inkontinentsioperatsiooni.

Väheinvasiivsed operatsioonimeetodid, milles enam kasutatakse suprapubikaalset ligipääsu, või toppermulgu kaudu tehtavad lingulõikused on kõrvale jätnud varem kasutusel olnud lõikusmeetodid.

Suprapubikaalse juurdepääsuga lingulõikusel – TVT (*tension free vaginal tape*) lõikusel – asetatakse

lokaalanesteesias võrkjas polüproüleenaal ureetra keskosa alla. TVT-lõikus on tõhus ja turvaline (A). Seitse aastat pärast lõikust on 81% naistest võimelised kontrollima põietegevust. Soome andmetel olid operatsiooni sagedasemad komplikatsioonid uriiniteede infektsioonid (4,1%), põiekahjustused (3,8%), hematoomid (2,4%). Raskeid veresoonte-, närvi- ja uretrakahjustusi esines 1000 operatsiooni kohta 0,7 juhul. TVT-lõikusel võib esineda ka raskeid komplikatsioone, mistõttu on tähtis haigete küllaldane ja süstemaatiline informeerimine mitte ainult komplikatsioonide ärahoidmiseks, vaid ka hea lõikustulemuse saavutamiseks. TVT-lõikust võib teha ka üle 70aastastele, aga neil võib pärast seda operatsiooni esineda sagedamini põie tühjendamishäireid. Pärast lõikust võib esineda möödaminevaid põie tühjenemishäireid või uriiniretentsiooni. Seda ravitakse vajaduse korral korduva kateteriseerimisega või hiljem ka paela katkilõikamisega. Raseduste ja sünnituste kulust pärast TVT-lõikusi on vähe teada.

Ka toppermulgu kaudu tehtavatel lõikustel (TOT, TVOT) asetatakse võrkpaal ureetra alla. Sellise juurdepääsuga operatsiooni vahetud tulemused on samad kui TVT-lõikusel, aga kaugtulemuste kohta puuduvad esialgu andmed. Selle ligipääsu korral häbemeluu taga olevasse ruumi ei minda ning TVT-lõikuse puhul esinevaid komplikatsioone arvatakse kujunevat harvemini. Urineerimisprobleeme näib mõlemat tüüpi lingulõikuse järel esinevat samasuguse sagedusega, kuid uurimustulemused on vastuolulised.

Absoluutseid vastunäidustusi lingulõikustele ei ole, aga kui patsiendil on raske liikumispiiranguid põhjustav puusaartroos või kui ta on selgelt ülekaaluline, võib operatsiooni sooritamine olla tehniliselt raske või võimatu. Eriti ettevaatlik tuleb olla, kui patsient kasutab verehübimist mõjutavaid ravimeid, sest sel juhul võib pärast lõikust esineda oluline veritsemine.

Järelkontroll pärast operatsiooni ei ole vältimatu ja seda tehakse vajaduse korral. Operatsiooni järel võivad olla probleemiks retentsioon, häbemeluu taga olev hematoom (tavaliselt imendub

ise), haava halb paranemine või võrgu nähtavaks jäämine. Lingulõikuse järel hiljem kujunevad uriineerimisprobleemid eeldavad lisauuringuid, sest sümptomite põhjustena võib olla paela asetsemine põies või ureetras.

Periuretraalset süsteravi, mis põhjustaks ureetra kitsendamise, vajatakse tihti 2–3 korda. Tulemused on küll tagasihoidlikud, aga mõned haiged saavad sellest leevendust. Burchi lõikuse järel, kus tugevdatakse ja tõstetakse põie kaela õmblustega, on paranenud 70% haigetest 10–20aastase jälgimisperiodi järel.

Laparoskoopiline kolposuspensiooni (*laparoscopic colposuspension*) tulemused on 1–2 a jälgimisperiodi järel olnud 58–89% juhtudest edukad, kuid pikemaajase jälgimise kohta andmed puuduvad.

Sfinkteri proteesi lõikust (AMS) kasutatakse Soomes harva ja seda tehakse eriti komplitseeritud pingutusinkontinentsi juhtumite korral.

Tunginkontinentsi kirurgiline ravi

Juhul kui põie üliaktiivsuse ravi konservatiivsete ravi võtetega (ravimid, füsioteraapia, botulismi toksiini süstimine põie seina) ei anna rahuldavat tulemust, on põie suurendusoperatsioon suuremal osal patsientidest tõhus ravimeetod.

Tunginkontinentsi korral tehakse operatsioone harvemini kui pingutusinkontinentsi puhul. Operatsioone neurogeense tunginkontinentsi korral teevad tavaliselt uroloogid ning selliseid operatsioone tehakse tavaliselt ainult raskete neurogeensete põiehairete korral.

Põie suurenduslõikuste korral kasutatakse detubulariseeritud soolesegmente. Pärast lõikust peab enamik patsiente tühjemana põit korduva kateteriseerimisega. Nende operatsioonide planeerimine ja läbiviimine eeldab uroloogide spetsiaalseid oskusi ja patsiendilt head koostööd. Raskemates olukordades peab tegema isegi uriini-fistulioperatsiooni, eriti siis, kui on neerukahjustuse oht, juhul kui põie suurenduslõikus ole millegi pärast võimalik.

Sakraalse närvijuure neuromodulatsiooni võib kasutada ravina hästi valitud patsientidel, kellel uriinipidamatus on põhjustatud põieseina lihaste üliaktiivsusest.

Abivahendid

Inkontinentsi haigete abivahendite hulka kuuluvad isiklikuks kasutamiseks mõeldud absorbeerivad tooted ja nende kasutuse õpetus on uriinipidamatuse ravi vältimatu osa. Kaitsete sobiv suurus ja piisavalt sage vahetus hoiavad ära nahakahjustuse.

Samuti saab haigel kergendada urineerimist mitmete abivahenditega, näiteks WC-poti kõrgendajaid on võimalik tervisekeskustest laenutada. Koduses miljöös kergendaks haigel potile pääsu lävepakkude ja liikumist raskendavate vaipade eemaldamine, ka riided peaksid olema kergesti äravõetavad.

Vaagnaelundite allavaje ja uriiniinkontinents

Pingutusinkontinents ja organite allavaje võivad esineda ühel ajal. Allavaje võib põhjustada ka saagenud urineerimisvajadust ja tung- või ülevooluinkontinentsi, mis leevenduvad, kui on tehtud korrigeeriv lõikus, aga 10%-l võib esineda uriinipidamatus ka pärast operatsiooni. TVT-lõikus võidakse teha samaaegselt allavajet korrigeeriva operatsiooniga või muu günekooloogilise protseduuriga, ilma et lõikuse kvaliteet halveneks (B).

Retsidiveerunud pingutusinkontinentsi lõikusravi

Planeerides uut operatsiooni retsidiveerunud inkontinentsi tõttu, soovitatakse enne teha urodünaamilised mõõtmised. Patsientidel, kellele on varem tehtud kolposuspensiooni lõikus (näiteks Burchi või Marshalli-Marchetti-Kranzini meetodiga), võib esineda ureetra ülekorrektsioonist põhjustatud uriiniretentsioon, millega kaasneb ka uriinipidamatus. Sel juhul tuleb kaaluda kordusoperatsioonil ureetra vabastamist (uretrolüüs), sest varasemate operatsioonide järel fikseeritud ureetra halvendab korduslõikuse tulemust. Ka lingulõikus sobib retsidiveerunud pingutusinkontinentsi raviks, kuid andmed on ainult TVT-lõikuse kohta (C). Pärast lingulõikust retsidiveerunud pingutusinkontinentsi võidakse uuesti ravida uue lingulõikusega või periuretraalsete süstetega.

Jälgimine ja ravi etapilisus

Uriiniinkontinentsi baasuuringud ja ravi võib teha esmatasandi tervishoiuvõrgus. Haigete rahulolu raviga on 60–70% vahel (B).

Hooldaja, kes on inkontinentsi ravi asjatundja, võib saada sama ravitulemuse kui urogünekoloog, aga palju odavamalt (C). Eriarsti konsultatsiooni vajatakse siis, kui kahtlustatakse inkontinentsi põh-

jusena mingit kaasuvat haigust või kui planeeritakse kirurgilist ravi.

Kasutatud kirjanduse loetelus on 227 nimetust. Soovituste täistekst on kättesaadav aadressil www.kaypahoito.fi.

Eesti Naistearstide Selts ja Eesti Uroloogide Selts soovivad järgida naiste uriinipidamatuse ravisoovitusi ka Eestis.

Tõlkinud üliõpilane Maris Lahe