

Sześć kroków do właściwej terapii nietrzymania moczu

Violetta Madeja



Fot. coramax - stock.adobe.com

Swiadyłość problemów związanych z nietrzymaniem moczu, właściwa diagnoza, leczenie oraz fizjoterapia podjęta już na wczesnych etapach życia, decydują o sukcesie zachowawczego leczenia nietrzymania moczu (NTM). Jak postępować, by ustrzec się pogłębiającej się inkontynencji?

Epidemiologia NTM jest nieubłagana - problem ten dotyczy bowiem osób w każdym wieku, przy czym wykazuje wyraźną korelację z wiekiem pacjentów. Złożoność i ograniczone możliwości leczenia nietrzymania moczu sprawiają, że lekarze i fizjoterapeuci zachęcają do wczesnego dbania o profilaktykę schorzeń dna miednicy.

Po pierwsze profilaktyka

- Jedynym rozwiązaniem pomagającym nam, lekarzom, utrzymać pacjentów z dala od sali operacyjnej jest bardzo wczesna profilaktyka NTM, która naturalnie łączy się z bardzo wysoką świadomością problemów związanych z chorobami dna miednicy - podkreśla prof. Ewa Barcz, kierownik oddziału ginekologiczno-położniczego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie. Zdaniem ekspertki, ważnym aspektem jest właściwa edukacja pacjentek na bardzo wczesnych etapach życia i przed rozpoczęciem planowania rodziny, a nie w momencie, kiedy zaczynają one odczuwać pierwsze dolegliwości związane z NTM. - Ta świadomość powinna prowadzić do profilaktyki i wdra-

żania zachowań prozdrowotnych - z jednej strony działań ukierunkowanych na świadomą ochronę struktur podpierających narządy miednicy poprzez utrzymywanie prawidłowej masy ciała, unikanie konkretnego wysiłku fizycznego osłabiającego dno miednicy, z drugiej natomiast na wczesne wprowadzenie fizjoterapii i ćwiczeń, które powinny funkcjonować w świadomości młodych kobiet - dodaje prof. Ewa Barcz.

Po drugie diagnostyka

Ważna z punktu widzenia wdrożenia leczenia zachowawczego jest również właściwa diagnostyka - rozpoczęta już w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W ocenie dr Honoraty Błaszczyk, lekarza rodzinnego z łódzkiej Poradni Lekarzy Rodzinnych, zasadniczym problemem, z jakimi muszą się zmierzyć lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, jest niechęć pacjentów do mówienia i przyznania się do tego typu problemów.

- Niestety, schorzenia typu NTM należą do tej grupy dolegliwości, o których pacjent niechętnie mówi, natomiast lekarz często nie pyta. To pokutuje w społeczeństwie i powoduje, że diagnozowanych jest zdecydowanie mniej pacjentów, niż wskazywałaby epidemiologia - ocenia dr Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych oraz rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Dlatego pierwszą rzeczą, jaką należy zaproponować pacjentowi w POZ, jest zachęcenie go do podjęcia rozmowy na ten temat.

– Jeśli pacjent podejmie ten temat i zgłosi problem zaburzeń kontynencji, wówczas możemy rozpocząć wstępną diagnostykę i przygotowanie go do dalszego cyklu diagnostyczno-leczniczego – wyjaśnia dr Honorata Błaszczyk. Dodaje, że kluczowy w diagnostyce NTM w gabinecie lekarza rodzinnego jest test trzech pytań:

1. Czy Pan/ Pani w ostatnich trzech miesiącach doznał niekontrolowanego oddania moczu?
2. W jakich okolicznościach dochodziło do tej sytuacji: czy przy takich czynnościach jak kaszel, kichanie, wysiłek fizyczny, czy też niekontrolowane oddanie moczu zostało poprzedzone silnym parciem na pęcherz moczowy?
3. W jakich sytuacjach najczęściej dochodziło do gubienia moczu (wysiłek fizyczny, parcie na pęcherz, inne)?

– Jeżeli pacjent wskaże, że do NTM dochodziło w przypadku podjęcia wysiłku fizycznego, wówczas możemy na podstawie wywiadu wstępnie założyć, że jest to wysiłkowe NTM lub przeważające wysiłkowe NTM. Jeśli u pacjenta doszło do NTM w sytuacji, kiedy odczuwał on parcie na pęcherz, wówczas możemy wnioskować, że mamy pacjenta z tzw. pęcherzem nadreaktywnym. Jeśli natomiast pacjent wskazuje na obie sytuacje, to możemy wnioskować, że mamy do czynienia z tzw. NTM mieszanym – wylicza dr Michał Sutkowski.

Warto również u pacjentów z rozpoznaniem NTM równocześnie wykluczyć, albo potwierdzić, niewydolność krążeniowo-oddechową, a także ocenić ewentualne patologie w obrębie miednicy (poprzez badanie jamy brzusznej). Cały proces diagnostyczny powinien być uzupełniony badaniem moczu pod kątem ewentualnych zakażeń układu moczowego oraz obecności cukru w moczu.

Niezbędnym elementem diagnostyki jest również badanie ginekologiczne w celu wykluczenia lub potwierdzenia współistnienia patologii w postaci np. guzów uciskających na pęcherz, cewkę moczową oraz współistnienie wypadania narządów również wpływających na powstawanie objawów z dolnego odcinka układu moczowego.

Po trzecie fizjoterapia

Eksperci podkreślają również, że ogromne korzyści płyną też z zabiegów wykonywanych przez fizjoterapeutów.

– W krajach rozwiniętych, np. we Francji, fizjoterapia uroginekologiczna jest obowiązkowo realizowana w oddziałach położniczych i wszystkie pacjentki po porodach, bez względu na to, czy rodziły naturalnie, czy przez cesarskiej cięcie, są nią objęte. W Polsce istnieje ogromna potrzeba podobnych systemowych działań. Warto zatem zastanowić się nad wprowadzeniem fizjoterapii jako standardu opieki nad kobietami w ciąży, czy pacjentkami z oddziałów ginekologiczno-położniczych – mówi prof. Ewa Barcz.

Jak podkreśla mgr Kinga Religa-Popiołek, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, zabiegi fizjoterapeutyczne można zastosować zarówno w ramach profilaktyki schorzeń dotyczących

układu moczowego oraz rozrodczego, jak również w procesie leczenia obecnych już dysfunkcji.

– Wśród zabiegów fizjoterapeutycznych wyróżniamy: kinezyterapię, czyli ćwiczenia fizyczne wykonywane pod kontrolą fizjoterapeuty lub z użyciem biofeedbacku z EMG, który stanowi skuteczny element wspomagający proces nauczania odpowiednich nawyków ruchowych. W chwili opanowania właściwego sposobu wykonywania ćwiczeń, pacjent może zacząć trenować samodzielnie. Kolejną formą leczenia są zabiegi z zakresu fizykoterapii, czyli elektroterapia, elektrostymulacja oraz magnetoterapia. W leczeniu nietrzymania moczu istotnym elementem jest również zastosowanie odpowiednich technik terapii manualnej, masaż leczniczy oraz reedukacja codziennych zachowań ruchowych pacjenta – podkreśla Kinga Religa-Popiołek.

Jednocześnie fizjoterapeutka zastrzega, że w zależności od przyczyny występowania oraz stopnia zaawansowania schorzenia, efekty współpracy pacjenta i fizjoterapeuty mogą być różne. Ale zawsze celem terapii będzie zmniejszenie występowania epizodów nietrzymania moczu lub całkowite ich wyeliminowanie.

– Jednak nie u wszystkich pacjentów najbardziej oczekiwana opcja jest możliwa. Wtedy fizjoterapia, jako nieinwazyjna metoda leczenia, powinna być uzupełniona farmakoterapią lub w ostateczności należy rozważyć leczenie inwazyjne w postaci zabiegu operacyjnego – tłumaczy Kinga Religa-Popiołek.

Po czwarte terapia behawioralna

Niestety, nie nad wszystkimi problemami związanymi z NTM jesteśmy w stanie zawczasu zapanować. Dlatego też prof. Ewa Barcz zaleca, by w sytuacji, kiedy problem już się pojawi, sięgnąć nie tylko po zachowania prozdrowotne, ale również leczenie behawioralne.

– Chodzi m.in. o kontrolę masy ciała, ograniczenie wysiłku fizycznego mogącego wpływać na osłabienie dna miednicy, ale również regularne opróżnianie pęcherza moczowego, unikanie płynów wzmagających diurezę i powodujących nasilanie się problemów – wskazuje specjalistka. Natomiast dr Michał Sutkowski dodaje, że lekarz rodzinny diagnozujący pacjenta z OAB powinien podpowiedzieć mu, aby ten zrezygnował z picia np. kawy po godz. 16.00 czy ograniczył ilość wypijanych płynów.

– Prosta modyfikacja stylu życia i wsparcie behawioralne może w przypadku 50 proc. przypadków pomóc pacjentowi już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej – ocenia dr Sutkowski.

Po piąte farmakoterapia

Zdaniem ekspertów uzupełnieniem terapii behawioralnej oraz fizjoterapii jest farmakoterapia, którą zazwyczaj wprowadza się w przypadku nokturii oraz zespołu pęcherza nadreaktywnego.

– Schorzeniem związanym z zaburzeniami oddawania moczu, gdzie filarem terapii jest farmakoterapia, jest nokturia.

ŚRODKI ABSORPCYJNE

Na każdym etapie terapii pacjent powinien być zaopatrzony w nowoczesne środki chłonne. Do wyboru ma: wkłady urologiczne, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne oraz pieluchomajtki. Ich regularne stosowanie pozwala utrzymać higienę miejsc szczególnie wrażliwych na zakażenia. Kluczem do optymalnego wyboru produktu jest określenie stopnia mobilności pacjenta, stopnia nietrzymania moczu oraz rozmiaru w pasie i biodrach.

Źródło: Raport „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2018”

Farmakoterapia będzie również istotnym wsparciem fizjoterapii m.in. w przypadku leczenia pęcherza nadaktywnego (OAB), zarówno w wersji „dry” (bez towarzyszącego NTM), jak i wersji „wet” (z towarzyszącym NTM, czyli nagłego nietrzymania moczu). Zastosowanie leczenia farmakologicznego może być również skutecznym wsparciem fizjoterapii w terapii mieszanego NTM oraz, w niektórych przypadkach, wysiłkowego NTM. W zależności od przyczyny oraz zaawansowania wymienionych dolegliwości jednocześnie zastosowanie fizjoterapii oraz farmakoterapii może odwlec w czasie interwencję chirurgiczną – ocenia Kinga Religa-Popiołek.

Michał Sutkowski wskazuje na leki antymuskarynowe (np. solifenacyna, tolterodyna, darifenacyna), jako pierwszą linię leczenia OAB oraz na leki adrenergiczne (mirabegron) czy analogi wazopresyny (desmopresyna). Nie są one już lekami pierwszego rzutu, ale stanowią alternatywę w przypadku OAB. Leki te ordynuje się w przypadkach cięższych, gdy pacjent nie reaguje na wcześniejsze leczenie, i zazwyczaj przepisywane są przez lekarza urologa lub ginekologa.

– *W ramach leczenia szpitalnego pacjenci mogą również skorzystać z małoinwazyjnych metod np. z zabiegu ostrzykiwania mięśnia wypieracza toksyną botulinową lub neuromodulacji nerwów krzyżowych, która powinna być dostępna w wybranych oddziałach ginekologicznych i urologicznych od 1 kwietnia – dodaje dr Sutkowski.*

Po szóste kompleksowość świadczeń

Kluczowym w leczeniu zachowawczym NTM jest również kompleksowość świadczeń udzielanych pacjentom. Z tego typu standardem pacjenci mają do czynienia w zdecydowanej większości państw rozwiniętych.

– *Kompleksowa i interdyscyplinarna terapia NTM to standard światowy. Korzystając ze wszystkich nieoperacyjnych metod przez minimum rok i angażując do zespołu (uro)ginekologów, fizjoterapeutów, urologów i czasami psychologów, mamy szansę na powodzenia leczenia nawet u 70 proc. pacjentów i dopiero pozostałe 30 proc. będzie wymagało leczenia operacyjnego – zaznacza dr Andrzej Przybyła. Urolog podkreśla również, że częstokroć pacjentom już po zabiegach zalecana jest również*

odpowiednia, profesjonalna rehabilitacja urologiczna. Z argumentacją tą zgadzają się również fizjoterapeuci. – Wstępnym elementem procesu leczenia pacjenta z NTM jest właściwe określenie przyczyny tego schorzenia oraz kaskady wydarzeń, które doprowadziły do jego wystąpienia. Dlatego też diagnoza lekarska i diagnostyka fizjoterapeutyczna powinny stanowić wzajemne uzupełnienie. Fizjoterapeuta, tak jak lekarz specjalista, powinien przeprowadzać badanie podmiotowe, czyli wywiad z pacjentem uzupełniony szczegółowymi pytaniami dotyczącymi samych epizodów nietrzymania moczu, jak również badanie przedmiotowe, czyli fizykalne, stosując przy tym odpowiednie testy funkcjonalne – wyjaśnia Kinga Religa-Popiołek.

Post scriptum dla leczenia zachowawczego NTM

W ocenie dr Andrzeja Przybyły przyjmuje się, że leczenie zachowawcze nietrzymania moczu u kobiet powinno trwać minimum rok.

– *Najlepiej jeśli okres leczenia niechirurgicznego trwa od 18 do 24 miesięcy. Dopiero po tym okresie, przy uwzględnieniu przeciwwskazań, powinno się pacjentki leczyć zabiegowo – ocenia urolog.*

Prof. Ewa Barcz dodaje, że w przypadku leczenia wysiłkowego NTM można próbować wprowadzić również pesaroterapię, która jest alternatywą polegającą na stosowaniu wkładek dopochwowych.

– *Można ją stosować u kobiet, u których wyciek moczu pojawia się w bardzo przewidywalnych sytuacjach, np. podczas wysiłku (biegania, ćwiczeń na siłowni czy gry w tenisa). Pacjentki mogą skorzystać ze specjalnych pesarów lub tamponów urologicznych, które powstrzymają wyciek moczu w tych konkretnych sytuacjach. Musimy jednak pamiętać, że jest to zabezpieczenie na określone i bardzo przewidywalne sytuacje – dodaje ginekolog.*

Nieco inaczej sytuacja wygląda w przypadku mężczyzn np. po operacji prostaty. – *Tutaj leczenie jest multimodalne, obejmuje nie tylko inkontynencję, ale również zaburzenia erekcji. W przypadku tych mężczyzn rehabilitacja urologiczna trwać może nawet do 5 lat po zabiegu – dodaje Andrzej Przybyła.*

CO NOWEGO W FIZJOTERAPII NTM?

mgr Kinga Religa-Popiołek, wiceprezes małopolskiego oddziału Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”: Postęp w leczeniu NTM za pomocą zastosowania procedur fizjoterapeutycznych polega przede wszystkim na ciągłym doskonaleniu już istniejących metod z zakresu kinezyterapii czy też terapii manualnej. Do jednych z nowszych sposobów leczenia NTM w Polsce możemy zaliczyć wybrane metody osteopatyczne, wpływające bezpośrednio na kondycję układu moczowo-płciowego lub pośrednio poprzez inne układy. Niemniej, zarówno istniejące metody leczenia NTM, jak i wszelkie nowości pojawiające się w fizjoterapeutycznym świecie, powinny być weryfikowane pod kątem skuteczności na podstawie niezależnych badań naukowych.