

Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 2)

Pacjentka z NTM w gabinecie lekarza rodzinnego

dr Honorata Błaszczuk, lekarz rodzinny, Poradnia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi
 prof. Ewa Barcz, lekarz ginekolog, Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie
 prof. Anna Kołodziej, lekarz urolog, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu



Fot. fotodrobik - stock.adobe.com

Podstawowa opieka zdrowotna wydaje się być bardzo dobrym miejscem w systemie opieki zdrowotnej dla pacjentów z nietrzymaniem moczu. Wspólne działania lekarza, pielęgniarki i położnej POZ pozwalają na identyfikację problemu NTM oraz wstępną diagnostykę i przygotowanie do dalszych etapów diagnostyczno-terapeutycznych. Lekarz rodzinny może samodzielnie zdiagnozować i leczyć OAB, a pielęgniarka i położna mogą zapewnić właściwą edukację chorych i ich rodzin w zakresie codziennej higieny, pielęgnacji oraz odpowiedniego zabezpieczenia w produkty kompensujące utraconą sprawność.

Diagnostyka wysiłkowego NTM

W diagnostyce wysiłkowego nietrzymania moczu w zakresie POZ należy wykluczyć zakażenie dróg moczowych, wykonując badanie ogólne moczu (np. testem paskowym) oraz - jeżeli to wskazane - badanie bakteriologiczne moczu. Obecność objawowego zakażenia układu moczowego wymaga leczenia. Bezobjawowy bakteriomocz wydaje się nie mieć wpływu na wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Wykonanie badania USG układu moczowego pozwala na identyfikację nieprawidłowości anatomicznych, które mogą być potencjalną przyczyną dolegliwości oraz zmian chorobowych wymagających pilnych interwencji diagnostyczno-leczniczych (np. choroby nowotworowe układu moczowego). Znaczenie diagnostyczne ma również ocena objętości moczu zalegającego w pęcherzu moczowym po mikcji, szczególnie u pacjentek, które będą kwalifikowane do operacyjnego leczenia wysiłkowego NTM.

Prostym testem potwierdzającym wysiłkowy charakter nietrzymania moczu jest próba kaszlowa, polegająca na potwierdzeniu gubienia moczu na skutek kaszlu. Aby prawidłowo wykonać tę próbę, pacjentka powinna mieć wypełniony pęcherz moczowy i być zaopatrzona w środek chłonny.

Do obiektywnej oceny nasilenia nietrzymania moczu wykorzystuje się testy podpaskowe. Polegają one na ocenie masy gubionego we wkładkę moczu w określonym czasie (np. w godzinę) w wyniku aktywności fizycznej. W ciągu godziny po wypiciu 500 ml płynu zaleca się pacjentce wykonywanie czynności takich jak: spacer,

wchodzenie po schodach, a w ostatnich 15 minutach podskoki, kaszel, podnoszenie przedmiotów z podłogi i mycie rąk pod bieżącą wodą przez 1 minutę. Objętość utraconego moczu mierzona jest na podstawie różnicy masy wkładki przed oraz po zakończeniu testu. Wynikiem pozytywnym dla testu jest zmiana masy wkładki o co najmniej 2 gramy. Testy podpałkowe może wykonać pielęgniarka w domu pacjenta. Obecnie badanie ginekologiczne nie należy do kompetencji lekarza rodzinnego, dlatego też kobietom z wysiłkowym nietrzymaniem moczu należy zalecić konsultację ginekologiczną celem oceny statyki narządu rodowego, stanu estrogenizacji pochwy, obecności infekcji, nieprawidłowości anatomicznych czy kwalifikacji do leczenia zabiegowego.

- modyfikację stosowanej farmakoterapii - wyeliminowanie (o ile jest to możliwe) leków, których działaniami niepożądanymi może być nietrzymanie moczu (np. alfa-adrenolityki stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego, benzodiazepiny, selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny),
- fizjoterapię w postaci ćwiczenia mięśni dna miednicy (potocznie zwaną ćwiczeniami Kegla) oraz trening pęcherza moczowego,
- farmakoterapię - rekomenduje się miejscową estrogenizację u pacjentek po menopauzie (po wykluczeniu przeciwwskazań).

Ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być prowadzone przez co najmniej trzy miesiące. Ich celem jest podwyższenie ich napięcia spoczynkowego, wzrost siły,

wydłużenie czasu skurczu maksymalnego oraz poprawa kontroli nerwowo-mięśniowej. Powinny być one wykonywane już od pierwszych epizodów nietrzymania moczu. Należy je wykonywać w różnych pozycjach ciała: stojącej, siedzącej, leżącej. Poprawa powinna być odczuwalna po 2-4 miesiącach regularnych ćwiczeń. **Trening pęcherza moczowego** polega na wypracowaniu przez kobietę przyzwyczajień i odruchów pozwalających na kontrolowane oddawanie moczu poprzez hamowanie skurczów mięśnia wypieracza pęcherza.

Trening ten jest wskazany, jeżeli wysiłkowemu nietrzymaniu moczu towarzyszy nadreaktywny pęcherz moczowy, czyli mamy do czynienia z tzw. mieszanym charakterem nietrzymania moczu. Inną metodą fizjoterapii jest tzw. **biofeedback** - biologiczne sprzężenie zwrotne, polegające na nauce świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy z wykorzystaniem specjalnej aparatury rejestrującej. Uzupełnienie fizjoterapii stanowi stosowanie stożków, kulek dopochwowych o różnej wielkości. Towarzystwa naukowe rekomendują, aby leczenie fizjoterapeutyczne było nadzorowane przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę urologicznego. Obserwowano lepszy efekt terapii nadzorowanej u kobiet z wysiłkowym NTM w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80 proc. i 35 proc.).



Fot. natalli_mis - stock.adobe.com

Leczenie wysiłkowego NTM

Kobietom cierpiącym na wysiłkowe nietrzymanie moczu o lekkim lub średnim nasileniu zaleca się, jako leczenie pierwszego wyboru, postępowanie zachowawcze:

- redukcję masy ciała oraz działania mające na celu utrzymanie należytej masy ciała - modyfikacja diety, zwiększenie aktywności fizycznej; obniżenie masy ciała o 5 proc. powoduje obiektywne zmniejszenie objawów wysiłkowego nietrzymania moczu,
- działania mające na celu zapobieganie zaparciom - mimo że zaparcia są uznanym czynnikiem ryzyka nietrzymania moczu, to nie ma jednoznacznych dowodów na to, że ich leczenie istotnie poprawia utrzymywanie moczu, jednakże zarówno zaparcie, jak i NTM ulegają poprawie dzięki pewnym interwencjom behawioralnym,

Cenną metodą leczenia konserwatywnego wysiłkowego NTM jest **stosowanie pessarów pochwowych** (krążkowych, krążkowych z podparciem cewki) oraz **tamponów podcewkowych**. Zastosowanie pessara lub tamponu pozwala na uzyskanie mechanicznego podparcia cewki moczowej w czasie wysiłku. Pessar pochwoy powinien być dobrany przez ginekologa (rozmiar), natomiast w przypadku tamponów najbardziej optymalne jest, gdy pacjentka zakupi jednorazowo różne jego rozmiary (small, regular, large), zastosuje je, zaczynając od najmniejszego, i wybierze do stałego stosowania najmniejszy, który przynosi efekt. Jest to znakomita metoda u kobiet, które nie decydują się na zabieg, mają do niego obiektywne przeciwwskazania lub nasilenie problemu nie jest duże, a wyciek moczu przewidywalny (np. podczas biegania, ćwiczeń). Można w tych sytuacjach zastosować pessar lub tampon i usunąć go po ustaniu aktywności prowadzącej do wycieku moczu.

W przypadku braku efektu fizjoterapii, pessaroterapii oraz u kobiet z ciężką postacią wysiłkowego nietrzymania moczu, postępowaniem z wyboru jest **leczenie zabiegowe**. Najczęściej wykonywanym typem zabiegu są operacje z użyciem taśm syntetycznych metodą załonową lub przezastłonową. Kwalifikacji do zabiegu dokonuje ginekolog lub urolog.

Ważną informacją jest brak rekomendacji towarzystw naukowych dla leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu za pomocą lasera. Metodę tę uznaje się za eksperymentalną, niesprawdzoną, o wątpliwej skuteczności. W ostatnich miesiącach opublikowano ostrzeżenie amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (Food and Drug Administration - FDA), wskazujące na konieczność zachowania szczególnej ostrożności w przypadku stosowania tej metody.

Zespół pęcherza nadreaktywnego/ naglące nietrzymanie moczu

Zespół pęcherza nadreaktywnego jest zespołem objawów, na który składają się:

- nagłe, trudne do opanowania pragnienie oddania moczu z nietrzymaniem moczu lub bez,
- zwiększenie liczby mikcji w ciągu dnia (powyżej 8) i w nocy (powyżej 1 mikcji przerywającej sen, po której następuje sen), przy zmniejszonej objętości porcji oddawanego moczu.

Objawy występują zwykle bez obecności czynników patologicznych mogących wytłumaczyć ich obecność, takich jak: infekcje w układzie moczowym, guzy, nowotwory pęcherza, uchyłki pęcherza, cewki moczowej, wypadanie narządów miednicy.

Zespół pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder - OAB) jest skutkiem nadmiernej aktywności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego i dotyczy ok. 16 proc. populacji kobiet powyżej 40. roku życia. Znacząco

wpływa na jakość życia - pacjentki z OAB charakteryzują się mniejszą efektywnością w pracy, mniejszą satysfakcją seksualną, częstszym występowaniem objawów depresyjnych, gorszym zdrowiem psychicznym i jakością snu.

Czynniki ryzyka zespołu pęcherza nadreaktywnego

Czynniki ryzyka zespołu pęcherza nadreaktywnego są: wiek, hipoestrogenizm, czynniki genetyczne. Czynniki wpływającymi na pogorszenie jego objawów są: spożycie kawy, herbaty, alkoholu oraz palenie papierosów.

Rozpoznanie zespołu pęcherza nadreaktywnego

Wywiad lekarski powinien być ukierunkowany na stwierdzenie podstawowych objawów OAB (parć naglących, zwiększenia liczby mikcji w ciągu dnia i nocy, epizodów gubienia moczu), określenie sytuacji, które doprowadzają do gubienia moczu, identyfikację chorób współistniejących i przyjmowanych leków, identyfikację czynników ryzyka z zakresu wywiadu ginekologiczno-położniczego. Właściwym elementem uzupełniającym wywiad jest dzienniczek mikcji. Pacjentka przez trzy kolejne dni odnotowuje w dzienniczku ilość przyjmowanych płynów, liczbę mikcji w ciągu dnia i nocy, objętość wydalanego moczu podczas każdej mikcji, obecność parć naglących i epizody gubienia moczu. Dzienniczek mikcji jest również dobrym narzędziem monitorującym skuteczność leczenia.

Rozpoznane OAB można postawić, jeżeli przy obecności typowych objawów klinicznych wykluczy się zakażenie układu moczowego, nie stwierdza się zaburzeń statyki narządu rodowego, w badaniu fizykalnym próba kaszlowa jest ujemna i nie stwierdza się zalegania moczu w pęcherzu moczowym po mikcji.

Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego

Kobietom z parciami nagłącymi, jako leczenie pierwszego wyboru, zaleca się **trening pęcherza moczowego** - terapię behawioralną polegającą na oddawaniu moczu według schematu ze stopniowym wydłużaniem czasu pomiędzy mikcjami. Skuteczność tej formy leczenia jest zależna od regularności ćwiczeń i zmniejsza się po ich zaprzestaniu. Osobom z zaburzeniami poznawczymi można zaproponować technikę oddawania moczu na żądanie, czyli trening kontroli mikcji podobny do treningu toaletowego stosowanego wobec dzieci uczonych właściwych zachowań związanych z potrzebami fizjologicznymi.

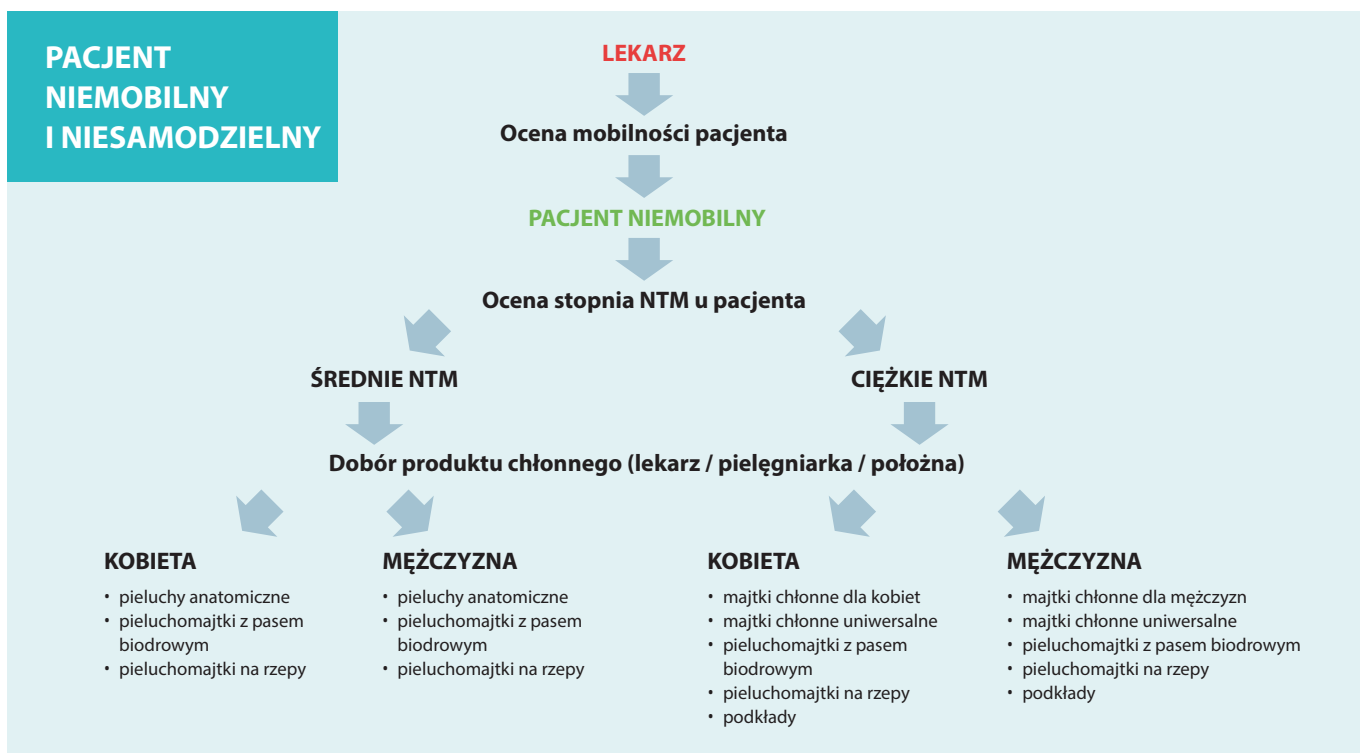
Drugą podstawową formą leczenia jest tzw. **leczenie behawioralne**, które polega na ograniczeniu spożycia kawy, herbaty, alkoholu, palenia papierosów, redukcji masy ciała, kontrolowaniu czasu i objętości przyjmowanych płynów.

Pacjentkom z parciami nagłącymi, u których trening pęcherza oraz leczenie behawioralne okazały się niesku-

teczne, zaleca się **leczenie farmakologiczne**. Jako „złoty standard” w leczeniu OAB uznaje się leki działające antagonistycznie względem receptora muskarynowego. Mechanizm ich działania polega na hamowaniu bodźców aferentnych (czuciowych), pochodzących z pęcherza moczowego, i bezpośrednim zahamowaniu skurczów

mięśni gładkich pęcherza moczowego. W Polsce dopuszczone do obrotu w leczeniu OAB są następujące leki: solifenacyna, tolterodyna, fezoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna, oksybutynina, z czego tylko dwie pierwsze substancje znajdują się na liście leków refundowanych w terapii OAB. Należy przy tym zaznaczyć, że

DOBÓR PRODUKTÓW CHŁONNYCH - ALGORYTMY



oksybutynina, która przenika przez barierę krew-mózg, jest odpowiedzialna za pojawienie się zaburzeń kognitywnych, wobec powyższego nie należy jej stosować u osób powyżej 65. roku życia. Leki antymuskarynowe, nieselektywne charakteryzują się licznymi objawami niepożądanymi (suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia poznawcze, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu), dlatego decyzję dotyczącą ich długoterminowego stosowania należy zostawić pacjentce. W związku z powyższym, według zaleceń światowych, obecnie lekiem pierwszego rzutu jest solifenacyna, wykazująca największą selektywność wobec receptorów muskarynowych w pęcherzu moczowym.

Alternatywą dla leków antymuskarynowych jest mirabegron - agonista receptorów beta-3-adrenergicznych. Pobudzenie receptorów beta-3-adrenergicznych w pęcherzu moczowym prowadzi do relaksacji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, co skutkuje zwiększeniem objętości poszczególnych mikcji i pozwala złagodzić objawy związane z częstym oddawaniem moczu. Mirabegron charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa, umiarkowanymi objawami niepożądanymi. Coraz bardziej popularne staje się leczenie skojarzone OAB - mirabegronem oraz selektywnymi lekami antymuskarynowymi. Trening pęcherza moczowego i leczenie farmakologiczne mogą być stosowane równolegle.

Inne metody leczenia OAB, które można zaproponować pacjentkom w przypadku niepowodzenia terapii farmakologicznych, to **iniekcje z toksyny botulinowej** czy **neuromodulacja nerwów krzyżowych**. W wypadku występowania znacznego stopnia zaburzeń statyki narządu rodowego, np. wypadania przedniej ściany pochwy, które mogą być pierwotną przyczyną pojawienia się parć nagłych i zespołu pęcherza nadreaktywnego, jako pierwsze rozważyć należy leczenie operacyjne korygujące zaburzenia statyki.

Mieszane postaci NTM

W leczeniu mieszanych postaci nietrzymania moczu zasadą jest rozpoczynanie terapii od komponenty dominującej nietrzymania moczu.

Optymalne zabezpieczenie skóry w NTM - środki chłonne

Pacjentkom z każdą postacią nietrzymania moczu należy zalecić korzystanie z produktów chłonnych. Produkty chłonne zabezpieczają przed niekontrolowanym wyciekaniem moczu, stanowią ochronę skóry przed drażniącym działaniem moczu oraz chronią bieliznę osobistą, pościel i ubrania. Pacjenci mają do wyboru kilka rodzajów produktów chłonnych:

- wkłady anatomiczne,
- pieluchy anatomiczne,
- majtki chłonne,
- pieluchomajtki,
- podkłady.

Wybór rodzaju produktu chłonnego uzależniony jest przede wszystkim od stopnia nietrzymania moczu, stopnia mobilności i samodzielności pacjenta.

Zgodnie z polskimi przepisami, pacjenci mają prawo do refundacji środków chłonnych. Zasady refundacji reguluje rozporządzenie ministra zdrowia z 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz.U. 2018, poz. 281). NFZ dofinansowuje środki chłonne tylko w przypadku, gdy nietrzymanie moczu (poza wysiłkowym NTM), jest konsekwencją lub współistnieje z jedną z wymienionych w rozporządzeniu chorób.

Osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu, po spełnieniu kryterium chorobowego, przysługuje do 90 sztuk środków chłonnych miesięcznie, niezależnie od ich rodzaju, bez względu na ciężkość schorzenia. Wysokość refundacji środków chłonnych jest dwójaka: 100-procentowa refundacja w przypadku NTM w przebiegu choroby nowotworowej lub powikłań po leczeniu chorób nowotworowych, z limitem finansowym 77 zł lub 30-procentowa refundacja w przypadku NTM współistniejącego z pozostałymi schorzeniami wymienionym w rozporządzeniu, z limitem finansowym 90 zł.

Odrębne regulacje refundacyjne dotyczą pacjentek korzystających z ustawy „za życiem” oraz osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Piśmiennictwo u Auterek

ZALECENIE

Dobierając produkt chłonny, nie należy sugerować się rozmiarami XS, S, M, L, XL ze względu na zróżnicowane zakresy wielkości stosowane przez poszczególnych producentów.

Porównując rozmiar danego produktu, należy stosować wyłącznie rozmiar w pasie i biodrach w centymetrach, podany na każdym opakowaniu.

Przykład:

Majtki chłonne - rozmiar w cm

XS - 40-60 cm

S - 55-100 cm

M - 80-130 cm

L - 100-160 cm

XL - 110-170 cm

Aby zapewnić pacjentowi szerokie, holistyczne podejście do problemu nietrzymania moczu potrzebne jest usystematyzowanie obszarów działalności różnych specjalistów medycznych (lekarza rodzinnego, ginekologa, urologa, geriatry, pielęgniarki, położnej, opiekuna medycznego) zajmujących się zaburzeniami kontynencji.