

Zamieszczamy obok schemat postępowania wstępnego u pacjentów z nietrzymaniem moczu. Jest to schemat opracowany przez Międzynarodowe Konsultacje nt. Nietrzymania moczu (International Consultations on Incontinence, ICI) w 2004 r. Został on zaadaptowany przez Zrzeszenie Organizacji Pacjentów z nietrzymaniem moczu. Jego rolą jest uświadomienie pacjentom ich problemu oraz wykazanie, że dolegliwości te można i trzeba leczyć. W żadnym razie nie zastąpi wizyty u lekarza i badania lekarskiego.

Dwa proste pytania pozwalają na zorientowanie się pacjenta z jakiego rodzaju problemem ma do czynienia (pęcherz nadreaktywny czy wysiłkowe nietrzymanie moczu). Schemat decyzyjny jest raczej pokazaniem możliwości leczenia niż jego ustaleniem. Nie zastąpi wizyty u lekarza. Wywiad jest bowiem w przypadku nietrzymania moczu stosunkowo mało czuły i swoisty. Jeśli wyczerpane zostaną możliwości postępowania wstępnego (idealnie na poziomie lekarza rodzinnego), to konieczne jest wdrożenie postępowania specjalistycznego (przez ginekologa lub urologa), wykonanie dodatkowych badań (w tym badań urodynamicznych) i ocena rodzaju dysfunkcji dróg moczowych. W ramach postępowania specjalistycznego mieści się też leczenie operacyjne nietrzymania moczu. W polskich warunkach są to głównie operacje wysiłkowego nietrzymania moczu, ale postępowanie zabiegowe jest też możliwe w przypadku pęcherza nadreaktywnego opornego na farmakoterapię (podawanie neurotoksyn, implantacja stymulatorów). Niestety, postępowanie zabiegowe w pęcherzu nadreaktywnym nie jest w Polsce refundowane (podobnie reszta jak leczenie zachowawcze preparatami antycholinergicznymi).

Analiza farmakoekonomiczna - słowo, które brzmi groźnie, ale jest podstawą do oceny tzw. efektywności środków wydatkowanych na opiekę zdrowotną. Innymi słowy ile można zaoszczędzić, refundując daną chorobę. W przypadku nietrzymania moczu są to sumy niebagatelne. Przytoczę tu choćby koszty, które nie są zauważane normalnie - pranie, środki czystości, podpaski, pampersy i wreszcie trudna do policzenia, ale czy nie najistotniejsza - utrata zdolności zarobkowych pacjenta. Nietrzymanie moczu i pęcherz nadreaktywny zmniejszają bowiem wydajność pracownika. Nokturia (wstawanie w nocy - jeden z objawów pęcherza nadreaktywnego) osłabia energię życiową, powoduje problemy z koncentracją. Parcia naglące i częstomocz potrafią skutecznie zrujnować najbardziej precyzyjnie zaplanowany grafik dnia. Popuszczanie moczu w niektórych zawodach eliminuje zupełnie możliwość pracy (pracownicy fizyczni).

Polskie organizacje dopiero powstają - oddziały Stowarzyszenia UROSTO. Myślę, że w przyszłości aktywna współpraca z tymi organizacjami przyczyni się do polepszenia standardów opieki nad pacjentami z nietrzymaniem moczu i pęcherzem nadreaktywnym. Początkiem tej współpracy jest wersja polska schematu postępowania w nietrzymaniu moczu, zaprezentowana obok.

Niniejszy schemat został opublikowany za zgodą firm Eli Lilly and Company oraz Boehringer Ingelheim.

Jak postępować z pacjentem

dr n. med. Piotr Radziszewski, Klinika Urologii AM w Warszawie

Identyfikacja kobiet z objawami nietrzymania moczu: Dwa pytania, które należy zadać pacjentce¹:

Ile razy w ciągu minionego tygodnia mimowolnie popuściła Pani mocz na odzież, bieliznę lub podpaskę...

1. WNM*: Podczas takich czynności jak kichanie, kaszlenie, śmianie się, podnoszenie przedmiotów lub wykonywanie ćwiczeń fizycznych?
2. NMN**: Czy towarzyszyła temu lub poprzedzała tak nagła i silna potrzeba oddania moczu, że nie zdążyła Pani dojść do toalety na czas?

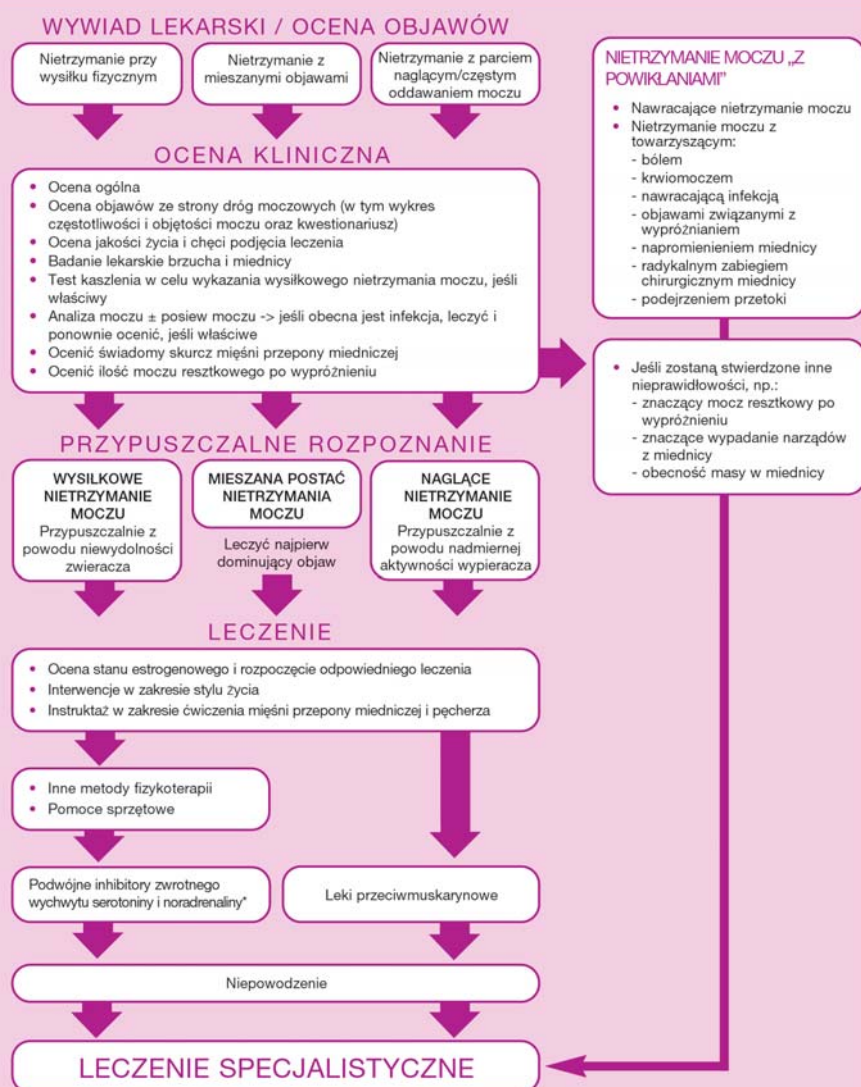
Piśmiennictwo:

1. Bent AE, Gousse AE, Hendrix SL, et al. Validation of a 2-item Quantitative Questionnaire for the Triage of Women with Urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2005 Oct;106(4):767-73

*WNM = wysiłkowe nietrzymanie moczu

**NMN = naglące nietrzymanie moczu

WSTĘPNE POSTĘPOWANIE Z NIETRZYMANIEM MOCZU U KOBIET¹



*Podlega dopuszczaniu przez lokalne organy nadzoru.

Niniejszy algorytm przeznaczony jest do celów orientacyjnych. Ostatecznego rozpoznania zawsze powinien dokonać lekarz prowadzący.

Piśmiennictwo:

1. Zaadaptowano z: Abrams P, et al, red. Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence: 2005.