

Każdy lekarz powinien o to pytać

Z dr Robertem Bartkowiakiem

z Kliniki Położnictwa i Ginekologii Akademii Medycznej w Warszawie rozmawia Wanda Jelonekiewicz.



Jakie są najczęściej spotykane postaci nietrzymania moczu u pacjentek, które się do Pana zgłaszają?

Najczęstszymi postaciami nietrzymania moczu u kobiet są: wysiłkowe nietrzymanie moczu i nietrzymanie moczu z parę naglących. Te dwie przyczyny stanowią większość przypadków. Do naszego szpitala zgłaszają się zarówno pacjentki skierowane przez ginekologa z poradni rejonowej, jak i osoby, które trafiają wprost do naszego ambulatorium klinicznego, konsultującego dużą grupę pacjentek ginekologicznych. Bardzo często przy okazji konsultowania jakichś schorzeń i dolegliwości, jeżeli pada pytanie lekarza: „Czy nie ma pani kłopotów z trzymaniem moczu?”, okazuje się, że pacjentka cierpi również na tę dolegliwość. Najczęściej są to kobiety, u których rozpoznajemy różnego stopnia obniżenie narządów rodnych i z tego powodu zgłaszają się one po poradę. Nietrzymanie moczu wychodzi „na jaw” niejako przy okazji. Moim zdaniem, takie pytanie powinno paść podczas każdej wizyty u każdego lekarza. Niekiedy wstyd pacjentki jest tak silny, że nie przyzna się sama lekarzowi do tej dolegliwości. Jednocześnie lekarze czasem nie pytają o to, ponieważ nie chcą wprawiać pacjentki w zakłopotanie.

Jaki odsetek Pana pacjentek ma takie problemy?

Trudno mi to dokładnie ocenić. Pracujemy w zespole i nie wszyscy zadają pacjentkom to istotne pytanie. Tymczasem wiadomo, że spośród pacjentek po 45 roku życia zgłaszających się do jakiegokolwiek lekarza z jakiegokolwiek powodu, 20 procent ma dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu ale tylko 20 proc. szuka porady z tego konkretnego powodu. Oznacza to, że zaledwie 20 proc. pacjentek mających jakąś formę nietrzymania moczu mówi o tym lekarzowi. Pozostałe 80 proc. - to „nie-me” pacjentki. A czasem wystarczy za-

dać jedno pytanie i pacjentka nagle zaczyna szczerze mówić, jak gdyby pękła jakaś tama.

Jak „oswoić” zawstydzoną pacjentkę?

Zwykle wystarczy zapytać: „Czy pani ma problemy z gubieniem moczu?”. Kobieta, której mimowolnie wycieka mocz, od razu zrozumie, o co chodzi. Kiedy mam na fotelu ginekologicznym pacjentkę w wieku ponad 50 lat, zawsze mówię jej: „Proszę się nadać, proszę zakasłać”. W prosty sposób mogę stwierdzić, czy pojawiają się ślady mimowolnego wycieku moczu.

Czy kłopoty kobiet z trzymaniem moczu - to cena płacona za macierzyństwo?

W pewnym stopniu tak. Chodzi głównie o porody odbywające się siłami natury. Mięśnie przepony moczowo-płciowej, czyli mięśniowego dna miednicy, które podtrzymuje narząd rodny, a także cewkę moczową i pęcherz moczowy w trakcie przechodzenia główki dziecka przez kanał rodny są bardzo rozpychane. Nerwy, które unerwiają te mięśnie, też są rozpychane i przyciskane do kostnych ścian miednicy. Zawsze podczas porodu powstaje jakiś uraz. Mięśnie dna miednicy tracą prawidłowe napięcie, ich unerwienie jest gorsze. Po kilku latach od porodu narząd rodny obniża się wraz z połączeniem cewkowo-pęcherzowym, kąt cewkowo - pęcherzowy ulega rozwarciu i pojawia się nietrzymanie moczu. Porody drogami natury, a szczególnie dwa porody i więcej lub porody kończone zabiegowo są najbardziej znaczącym czynnikiem ryzyka.

Czy sprawna pomoc położnej nie redukuje tego zagrożenia?

Poród drogami natury odbywa się zwykle w szpitalu, w obecności położnej i często z asystą lekarza. Rola położnej jest największa w decydującym momencie wyrzynania się główki i przechodzenia płodu w drugiej fazie porodu przez kanał rodny. Prawidłowe

nacięcie kroczka kobiety przez położną podczas porodu i prawidłowa technika wytaczania główki i barków rodzącego się płodu - to jest właściwie profilaktyka nietrzymania moczu u matki dziecka w przyszłości. Fachowa położna ochraniając prawidłowo kroczki odpowiednimi technikami manualnymi potrafi tak odebrać poród wieloródki, by zapobiec pęknięciu kroczka. Każda pacjentka jest inna. Nie wszystkie kobiety rodzące siłami natury cierpią potem na nietrzymanie moczu. Nie jest regułą, że jeden, dwa lub trzy porody muszą spowodować kłopoty z trzymaniem moczu. Natomiast jest to czynnik ryzyka. Znieczulenie wewnątrzoponowe podczas porodu również rozluźnia mięśnie dna miednicy i zmniejsza urazowość porodu. Rodząca kobieta sama nigdy tych mięśni nie rozluźni na tyle, żeby zapobiec urazom. Bardzo ważna jest rehabilitacja mięśni po porodzie oraz wykonywanie odpowiednich ćwiczeń.

W jakich grupach wiekowych te dolegliwości nasilają się?

Najwięcej przypadków występuje pomiędzy 45 a 70 rokiem życia. Prof. Tomasz Rechberger z Akademii Medycznej w Lublinie - polski autorytet w tej dziedzinie - obliczył, że w Polsce jest około 20 mln kobiet, z tego około 10 mln - to kobiety w wieku 45-70 lat. Badania brytyjskie wykazały, że po 45 roku życia nawet do 30 proc. kobiet ma ten kłopot, czyli w warunkach polskich byłoby to 3,5 mln pacjentek. To wielka rzesza chorych. W istocie rzeczy mamy tu do czynienia z chorobą społeczną, choć o nietrzymaniu moczu (NTM) tak się do tej pory nie mówi. Kłopoty z pęcherzem mają nie tylko starszki. Pacjentki między 35 a 50 rokiem życia cierpiące na nietrzymanie moczu stanowią również dużą grupę.

Jaka jest procedura postępowania dotycząca nietrzymania moczu, obowiązująca lekarzy?

Bardzo ważny jest wywiad, który często może wskazać, z jakiego typu

nietrzymaniem moczu mamy do czynienia. Służą do tego specjalne kwestionariusze, stanowiące zbiór pytań zadawanych pacjentom. Najbardziej rozpowszechniony jest kwestionariusz Gaudenza. Na podstawie odpowiedzi na pytania można rozpoznać z dużym prawdopodobieństwem typ nietrzymania moczu. Po stwierdzeniu nietrzymania moczu, planowane są badania spe-

nasilenia dolegliwości. Pierwsza metoda zachowawcza - to ćwiczenia mięśni dna miednicy - tak zwane ćwiczenia Kegla. Trzeba je opisać pacjentce jak najprościej, na przykład powiedzieć: "Niech pani tak się zachowuje, jak by pani miała puścić bąka, ale pani nie wypada", albo "Proszę się zachowywać tak, jak by pani miała biegunkę i musiała jeszcze chwilę wytrzymać".



cialistyczne. Bada się pacjentkę i ocenia, czy ma ona towarzyszące dolegliwości, na przykład obniżenie narządu rodowego. Dokonuje się szeregu prób. Z badań diagnostycznych najbardziej przydatne są badania urodynamiczne. Pozwalają one ocenić przepływ moczu przez cewkę, czynność zwieracza, czynność mięśnia wypieracza moczu. Zwykle pokazują konkretnie, jaki jest typ nietrzymania moczu. Pomagają zakwalifikować pacjentkę do określonego typu leczenia.

Czy te badania są dostępne dla chorych?

W Warszawie pacjentki ubezpieczone mogą je zrobić bezpłatnie tylko w kilku ośrodkach publicznych, które mają podpisane umowy z kasą chorych. Na badanie trzeba jednak długo czekać. W gabinecie prywatnym kosztuje ono ok 200-300 zł.

Co Pan może zaproponować pacjentkom?

Metody leczenia zależą od stopnia

Jeżeli ćwiczenia są sumiennie wykonywane, dają naprawdę dobre efekty. Chodzi o to, żeby około 100 razy w ciągu dnia napiąć i rozluźnić mięśnie dna miednicy. Ćwiczenia należy wykonywać przynajmniej przez 3 miesiące.

Czy gimnastyce towarzyszą leki?

To zależy od typu nietrzymania moczu. Na przykład przy nietrzymaniu moczu spowodowanym nadreaktywnością wypieracza stosuje się odpowiednie leki, tzw. antycholinergiczne - Detrusitol, Ditropen, Driptan. Ale zdecydowana większość pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu powinna być raczej leczona operacyjnie. Jeśli gimnastyka nie skutkuje, nie ma co czekać. Pozostają metody operacyjne. W Polsce zaczyna się upowszechniać metoda minimalnie inwazyjna z zastosowaniem beznapięciowej syntetycznej taśmy prolenowej. Pod cewkę moczową zakłada się taśmy, które ją stabilizują i odtwarzają prawidłową funkcję połączenia pęcherzowo-cew-

kowego. Stosując tę metodę uzyskuje się wyleczenie 80-90 proc. pacjentek. W Polsce znana jest dopiero od 3-4 lat. Zabieg odbywa się najczęściej w znieczuleniu podpajęczynówkowym, które znosi czucie od pasa w dół. Pacjentka musi być przytomna, ponieważ podczas zabiegu - po założeniu taśmy - musi wykonać próbę kaszlową. Dzięki temu wiemy, jak bardzo musimy tę taśmę podciągnąć do góry i w którym momencie przy kasłaniu nie ma już wycieku moczu. Taśmy nie trzeba dodatkowo przyczepiać. Jest ona tak skonstruowana, że sama się w tkankach zawiesza. Zabieg wymaga 2-3 dniowego pobytu w szpitalu.

Czy istnieje profilaktyka nietrzymania moczu?

Najlepsza profilaktyka - to ochrona kroczu i prawidłowo wykonane nacięcie przy porodzie, a także ćwiczenie mięśni dna miednicy. Podczas badania ginekolog może czasem dostrzec u pacjentki początki obniżania się ścian pochwy, choć nie odczuwa ona jeszcze żadnych dolegliwości. Jeśli widzi on, że na przykład szyjka macicy jest trochę niżej al-

bo troszkę się uwypukla przednia ściana pochwy, to już wtedy może zalecić odpowiednie ćwiczenia mięśni dna miednicy.

Czy HTZ (hormonalna terapia zastępcza) jest pana sojusznikiem?

Jak najbardziej. Punkt, na który działa hormonalna terapia zastępcza - to żyłne spłoty okołocewkowe, czyli naczyń, które oplatają cewkę moczową. W normalnych warunkach ciśnienie w cewce powinno być wyższe niż ciśnienie w pęcherzu moczowym, bo wtedy jest trzymany mocz. Gdy kobieta jest młoda i zdrowa, są one wypełnione krwią, a więc zamykają światło cewki, zwiększają ciśnienie w cewce. Gdy nadchodzi menopauza i zaczyna brakować estrogenów, pogarsza się uwodnienie tkanek, to żyłne spłoty okołocewkowe też się opróżniają z krwi, a wtedy światło cewki się otwiera. Dodatkowa porcja hormonów zapobiega tym zmianom.

Dziękuję Panu za rozmowę.