

edukacją na temat zmniejszenia czynników ryzyka porodowego NTM:

- poprzez możliwość konsultacji ze specjalistą fizjoterapii ginekologiczno-położniczej, który powinien być obecny na każdym takim oddziale,
- poprzez otrzymanie karty zaleceń poporodowych, która w wyraźny sposób zasygnalizuje potrzebę wprowadzenia ćwiczeń poprawiających kondycję mięśni dna miednicy w położu,
- poprzez umieszczenie ulotek i broszur informacyjnych na temat ryzyka i profilaktyki porodowego NTM w każdej sali położniczej.

#### 4. Edukacja podczas poporodowych wizyt patronażowych

Istotnym elementem opieki nad kobietą w położu są wi-

zyty patronażowe położnej środowiskowej. Położne te powinny być przeszkolone w zakresie podstaw profilaktyki NTM i informacje na jej temat powinny przekazywać swoim pacjentkom.

#### Podsumowanie

Ideąlem byłoby, aby w Polsce każda kobieta w położu została poddana obowiązkowemu, bezpłatnemu programowi wczesnej profilaktyki i terapii zaburzeń kontynencji, które pojawiły się po porodzie. Jest to cel, do którego wspólnymi siłami dążyć powinno całe środowisko medyczne.

*W kolejnym numerze Kwartalnika przedstawione zostaną zasady fizjoprofilaktyki NTM we wczesnym i późnym okresie położu, których powinny trzymać się wszystkie młode kobiety.*

## Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Magdalena Kowalewska

**K**linika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku to placówka mająca bardzo długą tradycję leczenia nietrzymania moczu w Polsce. Jest jednostką Wydziału Lekarskiego ulokowaną w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A. Pracują w niej lekarze - wybitni specjaliści. Silny zespół profesorski tworzą: Kierownik Kliniki - prof. dr hab. med. Piotr Knapp, zastępca Kierownika - prof. dr hab. med. Jacek Szamatowicz, prof. zw. dr hab. med. Marian Szamatowicz, prof. dr hab. med. Maciej Józwik i prof. dr hab. med. Waldemar Kuczyński. Współpracują z nimi docenci, starsi wykładowcy, asystenci akademicki i szpitalni, rezydenci, pielęgniarki położne oraz psycholog kliniczny. *Osobą, o której zawsze pamiętamy, jest nieżyjący już mentor białostockiej uroginekologii prof. dr hab. med. Wiktor Łotocki - mówi prof. Maciej Józwik.*

Klinika działa i rozwija się od ponad 45 lat. Jej współczesne struktury są wynikiem przekształceń I Katedry i Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych, powołanej w początkach lat 60-tych ubiegłego wieku, która jako jedna z pierwszych



rozpoczęła przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych w ówczesnym Państwowym Szpitalu Klinicznym. Szybko stała się ona jedną z największych i najprężniej funkcjonujących jednostek Akademii Medycznej w Białymstoku. Warto też wspomnieć, że specjaliści z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej w Białymstoku jako pierwsi w Polsce z pełnym sukcesem praktykowali techniki zapłodnienia pozaustrojowego - *in vitro*. O randze Kliniki przesądziło również silne zaplecze naukowe, na które składały się, bardzo dobrze na owe czasy wyposażone, pracownie.

Jako jednostka pełnoprofilowa Klinika oferuje leczenie chirurgiczne oraz chemioterapeutyczne nowotworów narządów płciowych u kobiet, diagnostykę i leczenie niepłodności oraz

łagodnych schorzeń kobiecych. Ponadto do Kliniki tygodniowo przyjmowanych jest, celem operacji, 5-6 pacjentek ze schorzeniami uroginekologicznymi, czyli rocznie zabiegowemu leczeniu uroginekologicznemu poddawanych jest tu około 250 kobiet. Nieco mniejsza liczba kobiet przechodzi diagnostykę urodynamiczną. *Dwie podstawowe grupy tych pacjentek, to chore z nietrzymaniem moczu oraz z zabu-*

rzeniami statyki narządów płciowych wewnętrznych - podkreśla prof. Jóźwik.

Jako że NTM jest jednostką polietiologiczną, tzn. mającą wiele czynników sprawczych, które najczęściej sumarycznie, a nie pojedynczo powodują gubienie moczu, sytuacji klinicznych warunkujących NTM jest szereg. Stąd ważne jest ustalenie typu nietrzymania moczu u pacjentki. Niemniej, najczęściej występującym u kobiet dorosłych typem NTM jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które zasadniczo jest chorobą ścian cewki i/lub pobliskich mięśni dna miednicy. Często widzimy też jednostkę chorobową zwaną pęcherz nadreaktywny (ang. Overactive bladder, OAB), do którego prowadzą wszystkie stany nadmiernej kurczliwości mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Leczenie NTM w Klinice rozpoczyna się od przeprowadzenia diagnostyki. Lekarze wykonują nie tylko badania urodynamiczne, ale również przeprowadzają analizę czynników ryzyka, prowadzą dzienniczki mikcyjne, stosują test podpaskowy, wszelkie metody obrazujące dolny odcinek dróg moczowych, w tym USG. *Staramy się stosować następującą strategię postępowania: przed przystąpieniem do operatywy pacjentka ma zawsze co najmniej jedną próbę wdrożenia leczenia zachowawczego. W przypadku OAB jedynymi przyczynkami do leczenia operacyjnego są występowanie uchyłka pochwowego pęcherza lub obniżenie macicy. Natomiast wysiłkowe NTM powinno być w lekkich formach leczone tylko zachowawczo, zaś w cięższych - operacyjnie. Ważne jest, żeby w trakcie badania urodynamicznego ustalić jak bardzo obniżone jest ciśnienie zamknięcia*

cewki. Warto dodać, że wyróżniamy dwa typy patogenetyczne główne wysiłkowego NTM: prawdziwe (ze zmianami anatomicznymi) wysiłkowe nietrzymanie moczu (ang. Genuine stress incontinence) oraz niewydolność zwieracza wewnętrznego cewki moczowej (ang. Intrinsic sphincteric deficiency). Ten drugi typ patogenetyczny jest zawsze cięższy klinicznie mimo, że anatomia pacjentki może być całkiem niezaburzona - podkreśla prof. Jóźwik. Operacje zaś wykonywane w Klinice to przede wszystkim klasyczne dziś operacje uroinekologiczne o typie TVT i TOT.

*W Klinice pamiętamy by zawsze odpowiedzieć na pytanie czy dana kobieta ma nietrzymanie moczu typu przezcewkowego czy też pozacewkowego. Pozacewkowy tor gubienia wiąże się z obecnością anomalii rozwojowych lub przetoki. Są to na szczęście bardzo rzadkie przypadki występujące u mniej niż 1% kobiet dorosłych z NTM - dodaje prof. Jóźwik. Zdecydowana większość przypadków odnosi się do kobiet, które nabyły NTM wieloletnio doznając działania różnych czynników sprawczych, takich jak uszkodzenia okołoporodowe, nadwaga i otyłość, hipostrogenizm, przeciążenie fizyczne, nikotynizm, choroby obturacyjne dróg oddechowych czy chroniczne zaparcia. Dlatego oprócz istnienia opcji leczenia operacyjnego w myśleniu o długofalowym zdrowiu uroinekologicznym kobiet ważne są działania profilaktyczne eliminujące te czynniki, a po ich wystąpieniu - eliminacja obecności tych czynników ryzyka. Zatem niemało zależy od postawy, w tym zmiany stylu życia, samych kobiet - pointuje prof. Jóźwik.*



**ZADZWOŃ DO PSYCHOLOGA!**  
**Infolinia dla seniorów i ich opiekunów**



**801 044 442**  
**(81) 448 22 11**

Od poniedziałku do piątku, w godzinach od 17:00 do 19:00