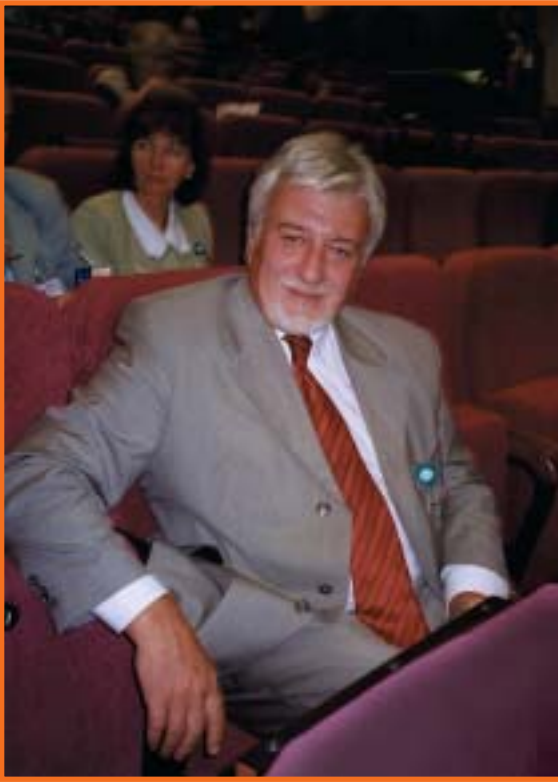


Między wstydem pacjenta a zakłopotaniem lekarza

Z prof. dr nauk medycznych
Andrzejem Steciwo, prezesem Polskiego
Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
rozmawia Maria Weber



- Podczas zjazdu Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Lublinie kilkakrotnie pojawił się temat nietrzymania moczu. Cieszy fakt zainteresowania się tym problemem przez lekarzy rodzinnych, ponieważ, jak wynika z doświadczeń wielu pacjentów, bagatelizują oni dolegliwości NTM, składając je na karb procesu starzenia się, osłabienia organizmu czy zakażenia dolnych dróg moczowych. Często zresztą lekarze, prowadząc wywiad, nie pytają, czy objawy te występują u chorego, chociaż cierpi na nie od 10 do 15 procent Polaków. Dlaczego lekarze omijają ten problem?

- Wydaje mi się, iż jesteśmy dopiero na początku intensywnej obserwacji skali tego problemu w społeczeństwie. Zdajemy sobie sprawę, iż dolegliwość NTM należy do wstydlivych chorób i w związku z tym jest trudno rozpoznawalna. Znamy jedynie najcięższe przypadki, kiedy NTM uniemożliwia normalne funkcjonowanie. Na rejestrację pozostałych nie pozwala wstyd, nie tylko u pacjentów, ale także wśród le-

karzy, którzy zakłopotani tematem, nie zadają pytań. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej postanowiło walczyć z psychologicznymi barierami. Już ponad rok temu poruszyliśmy problem NTM na wielosektorowym seminarium we Wrocławiu. Podczas obecnego zjazdu w Lublinie również nie zabrakło tego tematu.

- **Czy sądzi Pan, iż publiczne omawianie genety i metod leczenia ośmieli lekarzy rodzinnych do przeprowadzenia wywiadu w tej sprawie?**

- Każdy lekarz rodzinny powinien zadawać pytania o nietrzymanie moczu. Jeśli widzi, że pacjentowi z trudnością przychodzi omawianie dolegliwości, powinien stworzyć atmosferę zaufania, spowodować pacjenta. Chodzi

wszak o podstawowe pytania, które pomogą wykryć podstawowe objawy czynnościowe. Są one najłatwiejsze do leczenia zachowawczego, nefarmakologicznego. Warto też spojrzeć na konsekwencje społeczno-ekonomiczne nieleczenia NTM. One również powinny skłonić lekarzy rodzinnych do zainteresowania się tymi dolegliwościami.

- **Do tej pory jednak nikt nie ocenił konsekwencji, ponieważ tak naprawdę nie wiemy, ile osób cierpi na NTM?**

- Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu, którym kieruję, prowadzi od pół roku badania wśród populacji Dolnego Śląska, mające na celu określenie skali tego problemu. Obejmują one 3000 osób wyselekcjonowanych spośród 9000. Badania potrwać do 2006 roku. Dopiero wówczas będziemy mieli w miarę pełny obraz skali tego zjawiska.

- **Kto finansuje badania?**

- Zakład Medycyny Rodzinnej wygrał konkurs na grant we własnej uczelni. Ponadto dostaliśmy dofinansowanie ze strony Polskiego Towarzystwa Me-

dycyny Rodzinnej oraz kilku sponsorów.

- **Jeśli lekarz rodzinny nie wykryje u pacjenta dolegliwości NTM, to do ujawnienia dojdzie podczas wizyty u specjalisty, na przykład ginekologa czy urologa. W ten sposób, prędzej czy później, chory może zacząć się leczyć....**

- Niekoniecznie. Nie zawsze ten problem wypływa podczas wizyty u specjalisty czy w szpitalu. Dla wielu ważniejsza jest na przykład cukrzyca czy infekcja nerek, które pośrednio też mogą prowadzić do nietrzymania moczu. Leczenie tych chorób powoduje, że dolegliwości NTM ulegają złagodzeniu lub wręcz znikają. Dotyczy to też atypowych infekcji układu moczowego. Z mojego doświadczenia nefrologa wynika, że około 30-35 procent pacjentów z objawami atypowych infekcji cierpi także na NTM! Ale przecież mogą oni mieć te dolegliwości od kilku lat. Nie wystarczy zatem leczyć podstawowego schorzenia, trzeba zadawać pytania o objawy związane z NTM. Jest to obowiązek lekarza XXI wieku.

- **Czy wie Pan jak wygląda sytuacja w innych krajach? Czy lekarze rodzinni również bagatelizują tam ten problem?**

- Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu współpracuje z Ośrodkiem Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu w Bergen, w Norwegii. Szef ośrodka, prof. dr Steinar Hunskaar, który systematycznie bywa u nas, twierdzi, że co najmniej 70 procent zdiagnozowanych przypadków w jego kraju następuje na poziomie lekarza pierwszego kontaktu. Co więcej, leczenie zachowawcze stanowi podstawę góry lodowej. Na jej wierzchołku znajdują się przypadki skomplikowane, wymagające specjalistycznego leczenia operacyjnego. Leczenie zachowawcze nabiera wagi, gdy zdamy sobie sprawę, iż skutecznych leków brakuje. Te, które istnieją, łagodzą jedynie dolegliwości. Ale na szczęście absolutna większość przypadków nie wymaga interwencji farmakologicznej lecz zabiegów fizyko-terapeutycznych. Zakład Medycyny Rodzinnej we współpracy z Zespołem Fizykoterapii, Masażu i Balneoklimatologii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu opra-

dozkończenie str. 8

dokończenie ze str. 7

cował technikę stosowania zabiegów wzmacniających odpowiednio mięśnie. Są to nie tylko ćwiczenia, ale również terapia behawioralna oraz elektrostymulacja. Z naszych doświadczeń i badań wynika, że przynoszą one dobre rezultaty.

- Jakie są relacje lekarza rodzinnego ze specjalistami, ginekologiem, urologiem czy neurologiem, również w zakresie NTM?

- Relacje bywają zróżnicowane. Istnieją grupy specjalistów, którzy wspaniale współpracują z lekarzami rodzinnymi. Ale bywają też tacy, którzy mają poczucie wielkiej samodzielności, co wydaje mi się niebezpieczne. Ja, mając za sobą 30 lat pracy jako nefrolog, nie obawiam się zasięgnąć konsultacji lekarskiej u lekarza rodzinnego danego pacjenta, po to aby go lepiej zdiagnozować i leczyć. Warto jednak podkreślić, iż coraz bar-

dziej powszechna jest świadomość potrzeby tej współpracy zarówno u specjalistów jak i lekarzy rodzinnych. Mamy nawet motto w Towarzystwie Medycyny Rodzinnej: "Ścisła współpraca lekarza rodzinnego ze specjalistą jest dla dobra pacjenta i dla nas samych".

- Dziękuję Panu za rozmowę.

O zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej w Lublinie piszemy na stronie 21

Ćwiczenia i elektrostymulacja

Dr nauk med. Maria Bujnowska-Fedak

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

W leczeniu nietrzymania moczu jest dostępnych wiele metod terapii. Ich wybór zależy od rodzaju tej dolegliwości, stopnia nasilenia oraz współistniejących schorzeń. W pierwszym rzędzie należy rozważyć leczenie zachowawcze. Może ono zapewnić poprawę lub całkowite ustąpienie dolegliwości w przypadku małego lub średniego stopnia jej nasilenia. Dużą rolę odgrywają tu metody fizykoterapeutyczne. Należą do nich: ćwiczenia mięśni przepony moczowo-płciowej, terapia behawioralna polegająca na treningu pęcherza moczowego, biofeedback oraz elektrostymulacja.

Zestaw tych metod został opracowany przez Katedrę i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu wspólnie z Zespołem Fizykoterapii, Masażu i Balneoklimatologii z Wydziału Fizjoterapii wrocławskiej Akademii Wychowania Fizycznego. Z naszych badań wynika, iż metody fizykoterapeutyczne są bezpieczne i obdarzone dużą skutecznością.

Ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy mają na celu wzmocnienie mięśni szkieletowych, stanowiących podporę dla pęcherza i cewki moczowej. Stosuje się je najczęściej w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Przydają się także kobietom po operacjach układu moczowo-płciowego oraz mężczyznom po operacji wycięcia prostaty. Zestaw ćwiczeń dobiera się indywidualnie, w zależności od rodzaju i stopnia nasilenia schorzenia.

Zadaniem **terapii behawioralnej** jest świadome wytworzenie u pacjenta zachowań i reakcji pozwalających kontrolować i w pewnym zakresie modyfikować me-

chanizmy związane z utrzymywaniem moczu. Trening pęcherza moczowego polega na oddawaniu moczu o określonych porach, a nie w razie potrzeby. Ćwiczenia te prowadzą do przywrócenia kontroli nad funkcją pęcherza. Metoda ta znalazła zastosowanie przede wszystkim w leczeniu niestabilności mięśnia wypieracza. Znajduje też zastosowanie w przypadku terapii



wysiłkowego nietrzymania moczu. W początkowym okresie leczenia pacjent wchodzi do toalety co 30 minut zarówno w dzień jak i w nocy. Następnie przerwy się zwiększa co 15 minut aż do 3 godzin. Choremu nie wolno oddawać moczu w trakcie przerwy. Uważa się, że skuteczność tego rodzaju treningu dochodzi do 90 procent.

Biofeedback (biologiczne sprzężenie zwrotne) polega na uświadomieniu sobie czynności wcześniej nieuświadomionych oraz wpływaniu na stopniową ich poprawę. W przypadku nietrzymania moczu polega to na umiejętności świadomego

kurczenia i rozluźniania mięśni dna miednicy. Dzięki systematycznemu treningowi poprawiają się mechanizmy odpowiedzialne za trzymanie moczu. Dostępność tej metody jest jednak ograniczona, ponieważ wymaga specjalistycznej aparatury rejestrującej czynności mięśni i umożliwiającej przetwarzanie aktywności elektrycznej mięśni na formę graficzną, liczbową lub dźwiękową, co pozwala pacjentom na samodzielną obserwację leczenia. Ćwiczenia z zastosowaniem biofeedbacku powinny być prowadzone pod nadzorem fizjoterapeuty.

Elektrostymulacja polega na wywołaniu mimowolnego skurczu mięśni pod wpływem bodźca elektrycznego. Pobudzenie prądem wymusza ćwiczenie mięśni i ułatwia uzyskanie kontroli pod wpływem moczu poprzez umożliwienie chorym odczuwania skurczu mięśni dna miednicy. Elektrostymulację można prowadzić za pomocą sondy dopochwowej i do-odbytnicznej lub też elektrod umieszczonych na skórze pacjenta. W chwili obecnej istnieją już na rynku polskim niewielkie, kieszonkowe i proste aparaty do elektrostymulacji. Badania udowodniły, że pod wpływem bodźców istnieje szansa uzyskania wzrostu siły mięśni u osób niewytrenowanych o 50 procent w ciągu 3 tygodni przy codziennej 20-30 minutowej stymulacji. Metoda ta okazała się skuteczna nie tylko w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu, ale również w pęcherzu nadreaktywnym i postaciach mieszanych.

Metody fizykoterapeutyczne mogą stać się podstawą leczenia przez lekarzy rodzinnych u chorych z nienasiloną postacią nietrzymania moczu.