

Biologiczny proces starzenia się człowieka jest zjawiskiem powszechnym, dotyczącym wszystkich narządów i układów, które przebiega jednak bardzo nierównomiernie zarówno u poszczególnych osób, jak i w różnych strukturach organizmu. Początek procesu starzenia lokalizowany jest różnie, najczęściej między 35 a 45 rokiem życia, kiedy to zaczynają pojawiać się znamiona starości, pogarszające możliwości pełnienia przez człowieka jego ról życiowych.

Ponadto, na funkcję dolnych dróg moczowych w znacznym stopniu wpływają zmiany starcze w innych układach (endokrynnym, naczyniowym, nerwowym). Duże znaczenie mają także stresy psychosocjalne (utrata małżonka, rodziny, przyjaciół, pracy, uzależnienie od otoczenia) spotykane w starości, które w skojarzeniu ze zmianami anatomicznymi i czynnościowymi prowadzą często do nietypowych dolegliwości i objawów ze strony dolnych dróg moczowych.

Układ moczowo-płciowy w procesie starzenia

Cykliczne zmiany stężeń hormonów steroidowych w przebiegu cyklu płciowego u kobiety, powodują istotne zmiany w funkcjonowaniu dolnego odcinka dróg moczowych. U kobiet po menopauzie dochodzi do szeregu zmian w obrębie narządu płciowego, związanych z atrofią na tle niedoboru estrogenów. Uważa się, że 75% pacjentek po 75 roku życia ma nasilone objawy urogenitalne. Zmiany w obrębie układu moczowego u kobiet mogą doprowadzić do dysfunkcji związanych z zaburzeniami percepcji czuciowej przy oddawaniu moczu, objawami dysurycznymi, zwiększeniem częstości mikcji, nokturią oraz zaburzeniami kontroli na tle parć naglących, wysiłkowej lub mieszanej postaci nietrzymania moczu. Niedobór estrogenów odpowiada za zmiany w obrębie trójkąta pęcherza moczowego, obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniowo-łącznotkankowych przepony moczowo-płciowej. W konsekwencji tych zmian i z powodu obniżenia ciśnienia śródpecherzowego, dochodzi do poszerzenia światła cewki moczowej i pojawienia się objawów nietrzymania moczu.

Epidemiologia nietrzymania moczu i czynniki ryzyka

O nietrzymaniu moczu mówi się mało. Nie oznacza to jednak, że problem nie istnieje,

Nietrzymanie moczu u osób w wieku podeszłym – cz. I

DR N. MED. MARIUSZ BLEWNIOWSKI

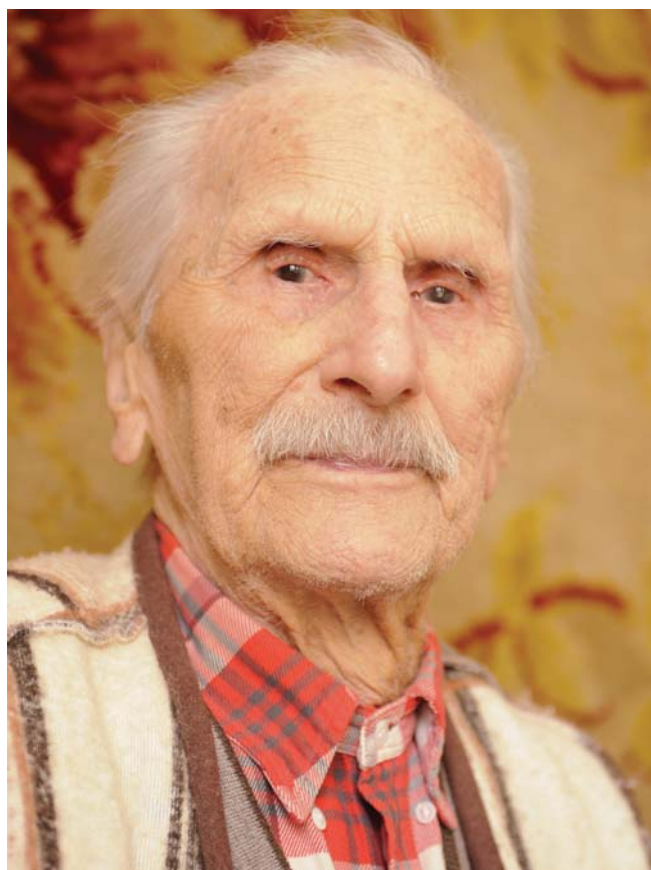
II KLINIKA UROLOGII UM,

WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI

wręcz przeciwnie. Nietrzymanie moczu można uznać za chorobę społeczną ponieważ dotyczy ponad 5% populacji, a średnia częstość jej występowania wynosi 28% u kobiet i 10% u mężczyzn. NTM występuje częściej niż choroby przewlekłe tj. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, depresja. Statystyki podają, że aż 50% kobiet po menopauzie cierpi w różnym stopniu na nietrzymanie moczu i obserwuje się stały wzrost częstości występowania tej dolegliwości po 65 roku życia. Szacuje się, że w Polsce problem dotyczy ok. 25-30% mieszkańców. Czynniki ryzyka nietrzymania moczu u kobiet w wieku podeszłym są zmiany dekomensacyjne jak demencja, otępienie, leki oraz schorzenia neurologiczne, otyłość, a także czynniki występujące we wcześniejszych latach życia tj. zabiegi operacyjne w obrębie miednicy mniejszej, rodzaj wykonywanej pracy, porody.

Badanie i diagnostyka nietrzymania moczu w wieku podeszłym

Diagnostyka chorych z nietrzymaniem moczu, którzy są w starszym wieku, jest niedostateczna. W postępowaniu diagnostycznym



terapeutycznym konieczne jest współdziałanie lekarzy różnych specjalności. W ocenie konieczne jest uwzględnienie pewnych wystandaryzowanych elementów obejmujących dane z wywiadu, badania ogólnego, oceny zdolności do korzystania z toalety oraz specyficzne badania pomocne w postawieniu rozpoznania. W wywiadzie powinny się znaleźć pytania dotyczące: czasu trwania nietrzymania moczu, częstości występowania epizodów gubienia moczu, typu gubienia moczu /wysiłkowe, z parcia/. W wywiadzie należy uwzględnić przebyte porody, zabiegi chirurgiczne w obrębie miednicy mniejszej, aktualnie przyjmowane leki, ilość spożywanych płynów, rodzaj wykonywanej pracy. Diagnostyka podstawowa powinna obejmować również bada-

nie przedmiotowe, próbę kaszlową, ocenę zalegania moczu po mikcji, badanie i posiew moczu oraz ocenę 3-dniowego dzienniczka mikcji.

W ocenie ogólnej chorego konieczne powinny się znaleźć badanie funkcji poznawczych i nastroju oraz poszerzone badanie neurologiczne (udar, neuropatia autonomiczna, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane). Ocena zdolności do korzystania z toalety powinna być multidyscyplinarna i obejmować określenie sprawności czynnościowej, testów mobilności, siły mięśniowej, koordynacji ruchów, zaburzeń widzenia czy poznawczych oraz warunków środowiskowych w miejscu zamieszkania (droga do toalety, oświetlenie, poręcze, umiejscowienie muszli klozetowej). W 80% przypadków podstawowa diagnostyka umożliwia ustalenie przyczyny nietrzymania moczu.

Istotnymi elementami badania fizykalnego w diagnostyce nietrzymania moczu są: badanie ginekologiczne oceniające słuźówkę pochwy i narząd rodny oraz próba kaszlowa. Podstawowym badaniem diagnostycznym jest badanie urodynamiczne oceniające czynność dolnych dróg moczowych /pęcherz, cewka moczowa/ w fazie napełnienia i wydalania moczu. Dane uzyskane pozwalają na obiektywizację warunków fizycznych, panujących w pęcherzu moczowym. Cystometria umożliwia ocenę czynności wypieracza pęcherza moczowego, dzięki wzajemnym relacjom ciśnienia wewnątrzpęcherzowego, w zależności od objętości płynu wypełniającego pęcherz moczowy. Profilometria umożliwia obserwację ciśnień wewnątrzcewkowych, gdy czujnik rejestrujący jest wolno wysuwany z cewki moczowej. Innymi badaniami diagnostycznymi są metody obrazowe, umożliwiające ocenę stosunków anatomicznych między cewką moczową, pęcherzem moczowym i dnem miednicy oraz badania endoskopowe cewki i pęcherza, szczególnie w przypadkach nawrotowego nietrzymania moczu.

Najczęstsze typy nietrzymania moczu i postępowanie terapeutyczne

Istnieje wiele klasyfikacji nietrzymania moczu, jednak najbardziej przydatny jest podział International Continence Society (ICS), który wyróżnia następujące postaci: 1. wysiłkowe nietrzymanie moczu, które charakteryzuje się wyciekaniem moczu



- w chwili nagłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej,
2. nagłe nietrzymanie moczu, występujące podczas niepowstrzymanej potrzeby oddania moczu,
3. postać mieszana wysiłkowego i nagłego nietrzymania moczu,
4. nietrzymanie z przepełnionego pęcherza jest następstwem rozciągnięcia ścian pęcherza na skutek upośledzenia kurczliwości mięśnia wypieracza,
5. nietrzymanie pozawieracze ma charakter wrodzony.

W leczeniu terapię należy prowadzić wielotorowo i interdyscyplinarnie. Nie powinno w niej zabraknąć miejsca dla fizjoterapeuty, psychologa, pielęgniarki środowiskowej i pracownika socjalnego. Celem leczenia jest nie tylko zapewnienie pacjentowi kontroli nad trzymaniem moczu, ale również poprawienie jego samopoczucia, jakości życia i funkcjonowania w otaczającym środowisku. Wyróżnia się leczenie zachowawcze i chirurgiczne. Do metod leczenia zachowawczego można zaliczyć zmianę trybu życia i eliminację czynników ryzyka, fizjoterapię, leczenie farmakologiczne, środki mechaniczne oraz leczenie uzdrowiskowe. W leczeniu chirurgicznym, w ciągu ostatnich 10 lat zarzucone zostały operacje polegające

na zakładaniu szwów na powięź łonowo-cewkową, czy plastyce szyi pęcherza moczowego oraz zabiegi polegające na modyfikacji tych zabiegów. Za złoty standard uważane są obecnie taśmy zakładane załonowo czy przez otwory zasłonowe. Należą do nich operacja TVT wprowadzona do leczenia w 1995 r. przez Petrosa i Ulmstena i jej modyfikacja TVT-S, która jest stosowana od 2006 r. Dużą popularność, szczególnie wśród ginekologów, zdobyła metoda TOT wprowadzona do leczenia w 2002 r., polegająca na zakładaniu taśmy przez otwory zasłonione. Obecnie na rynku pojawiły się różne modyfikacje wyżej wymienionych taśm, różniące się punktem umocowania /gałąź zstępująca kością łonową, mięsień zasłonowy wewnętrzny/.

Nietrzymanie moczu należy do bardzo częstych zaburzeń u chorych geriatrycznych. W każdym przypadku wskazana jest dokładna diagnostyka, umożliwiająca określenie przyczyny z wdrożeniem odpowiedniego leczenia. Ważnym elementem postępowania jest multidyscyplinarna ocena stwierdzanych u chorego zaburzeń i współdziałanie członków zespołu leczącego, w opianowaniu stwierdzanych nieprawidłowości.

SERDECZNIE ZAPRASZAMY NA BEZPŁATNE KONSULTACJE SPECJALISTÓW UROLOGÓW KLINIKI UROLOGII WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

Klinika Urologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego we współpracy z Mazowieckim Oddziałem Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” serdecznie zaprasza Panie cierpiące na **nietrzymanie moczu z parć naglących** na **bezpłatne konsultacje lekarskie**.

Terminy konsultacji:

- 24 kwietnia (piątek) od godz. 13:00
- 22 maja (piątek) od godz. 13:00
- 29 maja (piątek) od godz. 13:00

Miejsce konsultacji:

Klinika Urologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, ul. Lindleya 4 (pawilon VII, parter, Poradnia Urologiczna)

**LICZBA MIEJSC OGRANICZONA
DECYDUJE KOLEJNOŚĆ ZGŁOSZEŃ**