

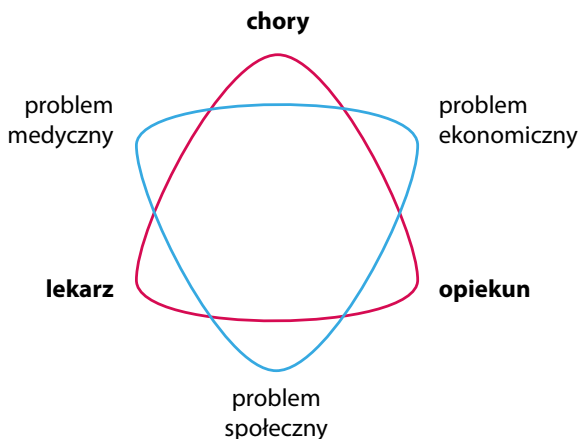
# Nietrzymanie moczu u osób z otępieniem

**Małgorzata Durka**  
doktorant Wydziału Nauk o Zdrowiu WUM  
dyrektor medyczny Origin Polska

**prof. dr hab. n med. Tadeusz Parnowski**  
psychiatra  
Rada Języka Polskiego PAN  
naczelný lekarz Origin Polska

**W**wieku podeszłym następuje kumulacja czynników szkodliwych i licznych chorób somatycznych. Czynniki te są odpowiedzialne m.in. za występowanie uszkodzenia mózgu (np. naczyniowe czynniki ryzyka). Jest to także okres w życiu człowieka, w którym ujawnia się podatność na choroby zwyrodnieniowe.

Wyniki badań wskazują, że rozpowszechnienie otępienia na świecie wynosi 8-10% w populacji po 65. r.ż. i podwaja się co 5 lat, osiągając 50% w grupach wiekowych powyżej 85. r.ż. W Polsce problem ten dotyczy ok. 500 000 osób, wśród nich na chorobę Alzheimera choruje ok. 370 000 osób. Problemy związane z obecnością otępienia są wielowymiarowe (ryc.1).



rzetelnym wywiadem od osób z najbliższego otoczenia chorego i, w miarę możliwości, wynikami badania neuropsychologicznego lub „ilościowymi metodami oceny procesów poznawczych”.



Fot. #129323491 © freshidea - Fotolia.com

Zgodnie z definicją zawartą w Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10), otępienie jest zespołem objawów klinicznych występujących wskutek przewlekłej choroby lub uszkodzenia mózgu.

Rozpoznanie otępienia musi spełnić następujące warunki:

1. Stwierdza się jednoczesne występowanie:
  - zaburzeń pamięci („najwyraźniejsze w zakresie uczenia się nowych informacji”) oraz
  - zaburzeń innych funkcji poznawczych (osądu, myślenia, planowania, organizowania, ogólnego przetwarzania informacji), które uległy pogorszeniu w stosunku do wcześniejszego wyższego poziomu, w obu przypadkach w stopniu powodującym zaburzenia funkcjonowania w zakresie codziennego życia. Istnienie tych zaburzeń jest udokumentowane
2. Zachowana jest „świadomość otoczenia, to jest brak przymglenia świadomości” (definiowanego jako „zmniejszona jasność rozpoznawania otoczenia z mniejszą zdolnością koncentracji, podtrzymywania i przemieszczania uwagi”), przynajmniej przez czas niezbędny do stwierdzenia występowania zaburzeń funkcji poznawczych. „W przypadku nawarstwienia się epizodów zaburzeń świadomości (delirium) rozpoznanie otępienia należy odroczyć”.
3. Występuje „spadek emocjonalnej kontroli nad motywacją albo zmiana zachowań społecznych przejawiająca się co najmniej jednym z następujących objawów:
  - chwiejność emocjonalna,
  - drażliwość,
  - apatia,
  - prymitywizacja zachowań społecznych”.

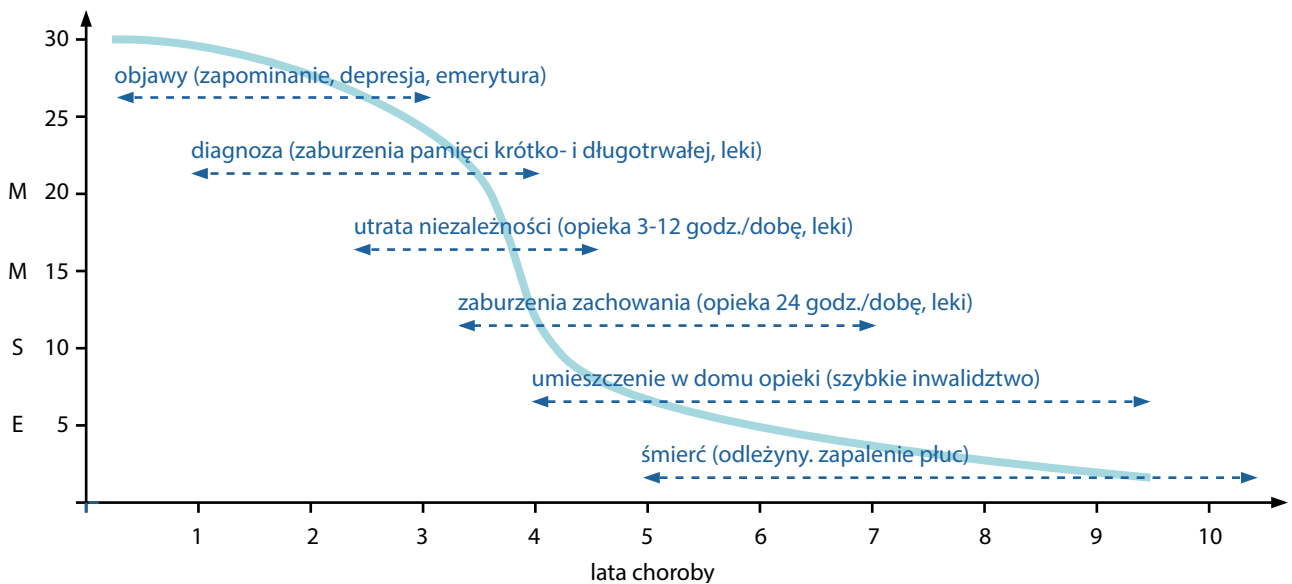
4. Objawy zaburzeń pamięci i innych funkcji poznawczych występują od co najmniej 6 miesięcy. W komentarzu autorzy tych kryteriów stwierdzają również, że „przesłankami wzmacniającymi rozpoznanie jest potwierdzenie zaburzenia innych wyższych czynności korowych, w postaci: afazji, agnozji, apraksji” (WHO 1993).

**Obraz kliniczny otępienia**

Początek choroby jest podstępny, przebieg powolny i postępujący, z niewielkimi zaostrzeniami zależnymi od czynników psychospołecznych i biologicznych. Do najbardziej typowych czynników psychospołecznych, wpływających na przebieg choroby, należą: utrata partnera, zmiana miejsca pobytu, przejście na emeryturę, zaś wśród czynników biologicznych: wystąpienie chorób somatycznych, zaostrzenie wcześniejszych przewlekłych chorób somatycznych, urazy, zatrucia, choroby metaboliczne, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej spowodowane niedożywieniem i odwodnieniem oraz niektóre pory roku

dawnych pozostaje niezmienną lub mało zaburzoną. Osłabienie wydolności intelektualnej utrudnia realizację planów życiowych. Zadania bardziej skomplikowane lub planowanie wypoczynku są trudne do zrealizowania. Pojawiają się zmiany osobowości, wyrażające się zaostrzeniem cech osobowości przedchorobowej, np. u chorych z osobowością skłoną do depresji w obrazie otępienia mogą dominować objawy depresji, apatii, wycofania się, izolacji społecznej, pogorszenia łaknienia i snu. Częstość występowania objawów depresji w chorobie Alzheimera, wynosi od 0% do 86% . U ok.15-40%, a w niektórych badaniach aż u 60% pacjentów z chorobą Alzheimera występuje zespół depresyjny [Ballard i wsp.2008]. Efektywność inhibitorów acetylocholinesterazy jest niewielka, natomiast przed zastosowaniem leków prokognitywnych rozważyć należy stosowanie leków przeciwdepresyjnych. W otępieniu o nasileniu niewielkim, występują także niekontrolowane reakcje emocjonalne w postaci labilności afektu, drażliwości, wybuchów złości, czasem zachowań agresywnych. Wczesne objawy otępie-

Ryc. 2. Przebieg choroby Alzheimera (za 1)



(zima). Choroba trwa od kilku do kilkunastu lat (4-19), powodując stopniowo coraz większą inwalidyzację chorego i pogarszanie jego aktywności życiowych. Chorzy umierają z powodu odleżyn lub zapalenia płuc.

Podział nasilenia otępienia na trzy etapy jest przydatny z punktu widzenia praktycznego, ponieważ wskazuje na stopień upośledzenia funkcjonowania chorego, a w związku z tym, możliwość zaplanowania rodzaju opieki minimalizującej obciążenie i zwiększającej sprawność funkcjonowania chorego i jego rodziny.

**W otępieniu o nasileniu lekkim** pogorszenie pamięci zaburza codzienne życie, ale nie uniemożliwia samodzielnego funkcjonowania. Zaburzenia dotyczą głównie uczenia się nowych informacji. Pamięć wydarzeń

dotyczą głównie zaburzeń procesów poznawczych i współwystępowania depresji (ok. 20-32%), apatii (15-36%), pobudzenia lub agresji (30%), drażliwości (15%).

**W otępieniu o nasileniu umiarkowanym** zaburzenia pamięci są bardziej nasilone (przypominany jest tylko materiał dobrze utrwalony oraz wielokrotnie używane informacje; nowe informacje utrzymują się krótko i rzadko mogą być wykorzystywane). Niemożność przypominania podstawowych informacji, takich jak nazwy i nazwiska, czy miejsce pobytu, powoduje dezorientację i możliwość błędzenia. Niezdolność do samodzielnego funkcjonowania społecznego, możliwość wykonywania tylko prostych czynności w domu, wymaga ciągłej opieki ze strony rodziny.

Częścią obrazu klinicznego otępienia o nasileniu umiarkowanym w chorobie Alzheimera są liczne objawy psychopatologiczne. Należą do nich: zaburzenia postrzegania (omamy słuchowe, wzrokowe, zespół Bonneta, zespół błędnego rozpoznawania), zaburzenia myślenia (urojenia ksobne, prześladowcze, niewiary małżeńskiej), zaburzenia afektu (depresja), objawy neurologiczne i zaburzenia zachowania. Opiekunów najbardziej obciążają zaburzenia zachowania chorych, a zwłaszcza zachowania agresywne (95% opiekunów skarży się na agresję werbalną i czynną, 70% na błędzenie, 56% na niepokój) [Brodaty i wsp. 1990].

**W otępieniu o nasileniu znacznym** występują globalne zaburzenia pamięci i bardzo znaczne obniżenie funkcji intelektualnych, fragmentaryczne przypomnienie nabytych wiadomości, niemożność rozpoznania nawet bliskich krewnych oraz przyswajania nowych informacji. Brak możliwości nawiązania zrozumiałego kontaktu werbalnego wskutek zaburzeń językowych uniemożliwia nawiązanie i utrzymanie rzeczowego kontaktu. Kontakt emocjonalny jest zachowany, lecz fragmentaryczny. W obrazie klinicznym dominuje apatia lub pobudzenie, krzyk, zaburzenia rytmu dobowego. Brak dbałości o higienę osobistą i utrata kontroli nad zwieraczami powoduje konieczność stałej opieki i pielęgnacji [Brodaty i wsp. 1996].

Poza opisanymi zespołami objawów występujących w otępieniu: 1. zaburzenia nastroju (depresja, lęk, drażliwość, apatia), 2. objawy psychotyczne (pobudzenie, urojenia, omamy, zaburzenia świadomości), oraz 3. zaburzenia zachowania (rozhamowanie, euforia, stereotypie, zaburzenia snu i łaknienia, chodzenie, sprawdzanie) [Frisoni

i wsp.1999] (ryc.2), głównymi, praktycznymi problemami dla opiekuna są także zaburzenia snu, niechęć do przyjmowania pomocy, oskarżenia kierowane do opiekuna, brak dbałości o higienę osobistą, nietrzymanie moczu i stolca w późniejszych etapach choroby.

### Nietrzymanie moczu w otępieniu

Nietrzymanie moczu jest poważnym problemem w otępieniu, zwłaszcza o nasileniu umiarkowanym i znacznym. Występuje znacznie częściej, niż w populacji osób starszych bez otępienia (19-53%). Odsetek ten zwiększa się do 90% u chorych z otępieniem znacznym. Ponieważ mechanizm oddawania moczu u chorych nie jest związany bezpośrednio z układem moczowym (zaburzenia mikcji, dysfunkcji pęcherza moczowego), lecz występuje z powodu przyczyn zewnętrznych (infekcja dróg moczowych, upadki, złamania), być może bardziej adekwatna jest nazwa funkcjonalnego (lub neurogennego) nietrzymania moczu.

Stopniowemu pogarszaniu się pamięci towarzyszą zaburzenia orientacji, wzrokowo-przestrzenne, motywacja do poruszania się, ocena sytuacji etc. Problem z niekontrolowanym oddaniem moczu może więc wynikać z trudności w rozpoznaniu potrzeby pójścia do toalety, utrzymania moczu, zanim dotrze się do celu, znalezienia toalety, rozpoznania toalety, adekwatnego użycia toalety, motywacji, żeby wstać i pójść (co jest znacząco pogorszone, gdy współwystępuje depresja lub nasilona apatia). Chociaż nietrzymanie moczu występuje w każdym otępieniu, początek jego wystąpienia zależy jest także od typu otępienia, występuje wcześniej np. w wodogłowie normotensyjnym, jako jeden z głównych objawów (ze-

Tab. 1. Ocena nietrzymania moczu w otępieniu (Yap&Tan, 2006)

1. OCENA: AKTYWNE CZY PASYWNE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• moczenie się pasywne: siedzenie na krześle lub łóżku bez prób zastosowania próby aktywnego działania;</li> <li>• moczenie się aktywne: zabrudzenie podczas prób pójścia do toalety, niezadowolająca próba oddania moczu lub stosowanie nieodpowiedniego urządzenia lub naczynia.</li> </ul>
2. OPIS PROBLEMU
3. WYKLUCZENIE PRZYCZYŃ ODWRACALNYCH
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nieodpowiednie nawyki przyjmowania płynów (za dużo, za mało, zbyt późno, za dużo kawy);</li> <li>• nietrzymanie z nadmiaru zalegającego moczu;</li> <li>• zaburzenia świadomości;</li> <li>• infekcja (dróg moczowych);</li> <li>• zanikowe zapalenia pochwy</li> <li>• przyczyny psychologiczne (np. depresja);</li> <li>• farmaceutyki (np. diuretyki, leki sedatywne, opioidy);</li> <li>• przyczyny endokrynne (np. cukrzyca);</li> <li>• ograniczenia ruchu;</li> <li>• zaleganie stolca/ zaparcia.</li> </ul>

## 4. ANALIZA MOŻLIWYCH CZYNNIKÓW RYZYKA

- Deficyty funkcji poznawczych:
  - dezorientacja w miejscu i otoczeniu;
  - agnozja;
  - afazja;
  - zaburzenia wzrokowo-przestrzenne.
- Problemy behawioralne:
  - aktywność - rozhamowanie, niepokój, lęk;
  - pasywność - apatia, depresja, nadmierne uzależnienie od opiekuna, zwracanie na siebie uwagi.
- Problemy z przemieszczaniem się:
  - pogorszenie mobilności, pogorszenie wzroku, apraksja.

## 5. OCENA POTWIERDZONYCH PRZYCZYŃ:

- Nadaktywny pęcherz:
  - nadaktywność pierwotna mięśnia wypieracza;
  - wtórny do powiększenia prostaty.
- Nietrzymanie moczu spowodowane stresem
- Niecałkowite opróżnianie/trudności z mikcją
  - pęcherz neuropatyczny;
  - blokada wypływu moczu z pęcherza (np. powiększenie prostaty).
- Inne:
  - nadreaktywność wypieracza z upośledzeniem kurczliwości;
  - skurcz zwieracza zewnętrznego cewki.

spół Hakima, NPH); w otępieniu naczyniowym po uszkodzeniu obwodu czołowo-podkorowego; w otępieniu czołowo-skroniowym po uszkodzeniu korowego ośrodka mikcji [Yap&Tan, 2006].

Diagnoza nietrzymania moczu w otępieniu budowana jest na podstawie analizy czynników wskazujących na przyczyny zaburzeń (tab.1).

**Postępowanie**

Najbardziej efektywne jest monitorowanie pacjenta z otępieniem w określonych odcinkach czasowych. Pacjent ma określony czas na chodzenie do toalety; powinien wyrazić zgodę na towarzyszenie mu.

Stosuje się 7 zasad monitorowania pacjenta:

1. Ukierunkowanie uwagi pacjenta na potrzebę oddania moczu poprzez zadanie pytania, czy pielucha jest sucha czy mokra.
2. Sprawdzenie suchości pieluchy i poinformowanie o tym pacjenta.
3. Zapytanie go, czy chce udać się do toalety, jeśli odmówi - powtórzenie pytania trzykrotnie.
4. Zaprowadzenie do toalety, jeśli odpowiedź będzie pozytywna.
5. Werbalne wsparcie pacjenta w konieczności pójścia do toalety i prawidłowego jej użycia.
6. Zaproponowanie przyjęcia płynów, aby utrzymać prawidłowy stan nawodnienia.
7. Przypominanie od czasu do czasu o następnej wizycie w toalecie [Hägglund, 2010].

Stosowanie farmakoterapii u chorego z otępieniem jest dyskusyjne. Efektywnie działają leki z mechanizmem antycholinergicznym, lecz powodują pogorszenie funkcji poznawczych, zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń świadomości i nasilają zaporcia. Brak jest badań nad stosowaniem leków zwiotczających mięśnie w nadreaktywności wypieracza. Próby stosowania antagonistów receptora muskarynowego (np. chlorowodorek oksybutyny, tolterodyna, darifenacyna, solifenacyna) wykazały efektywność u osób bez otępienia, jednak w czasie ich stosowania występują liczne objawy niepożądane (np. zaporcia). Brak jest też przekonujących danych dotyczących efektywności biofeedbacku lub stymulacji elektrycznej u chorych z otępieniem (SMPM) [Sakakibara i wsp., 2008].

**Podsumowanie**

U większości chorych z otępieniem nietrzymanie moczu ma charakter funkcjonalny. Zaburzenia funkcji poznawczych negatywnie wpływają na niemożność odpowiedniego korzystania z toalety. W czasie leczenia należy najpierw zwrócić uwagę na odwracalne przyczyny nietrzymania moczu. W funkcjonalnym nietrzymaniu moczu najbardziej istotne są zaburzenia poznawcze, behawioralne i ruchowe. Najbardziej efektywnym działaniem w nietrzymaniu moczu jest ciągła komunikacja opiekuna z chorym.

*Piśmiennictwo u autorów.*