

- * utrudnienia koncentracji w ciągu dnia,
- * ogólnego uczucia braku energii w ciągu dziennej aktywności,
- * konieczności drzemki w ciągu dnia,
- * zmniejszenia wydajności pracy,
- * ograniczenia udziału w aktywnościach sprawiających przyjemność,
- * zachowania ostrożności co do pory i ilości spożywanych płynów,
- * utrudniania wstania się w nocy,
- * obawy przed przeszkadzaniem innym z powodu konieczności wstawania w nocy,
- * obawy przed nasileniem się objawów,
- * obawy przed brakiem skutecznego leczenia choroby.

Samodzielne wypełnienie tego kwestionariusza przez chorego zajmuje około 5 minut.

Nową metodą pomiaru jakości snu jest określenie godzin nieprzerwanego snu (HUS - Hours of Undisturbed Sleep). Badania wykazały, że głęboki, regenerujący sen występuje w pierwszych godzinach po zaśnięciu, podczas gdy w drugiej części nocy dominuje sen lżejszy (mniej regeneracyjny). Odpowiednia aktywność dzienna jest uzależniona od długości snu głębokiego, zatem konieczność przebudzenia w ciągu pierwszych 3-4 godzin po położeniu się spać (w czasie przeznaczonym na sen głęboki) w znacznie większym stopniu utrudnia wstanie się i regenerację niż konieczność wstawania w późniejszej fazie nocy. Z tego wynika, iż jakość snu i tym samym wpływ na prawidłową aktywność w ciągu dnia są uzależnione nie tylko od częstotliwości mikcji nocnych, ale od pory nocy, kiedy występują. Na podstawie tych obserwacji stworzono koncepcję HUS jako narzędzia, którym można mierzyć jakość snu. Godziny nieprzerwanego snu (HUS) są określane jako długość czasu pomiędzy zaśnięciem a pierwszym przebudzeniem w celu oddania moczu (wywołanym parciem na mocz). Wykazano, że zmniejszenie częstotliwości oddawania moczu w nocy koreluje z wydłużeniem HUS i poprawą

QoL, co sugeruje, iż występuje zależność pomiędzy częstotliwością oddawania moczu w ciągu nocy, HUS i jakością życia.

Aktualnie coraz szerzej do oceny jakości snu jest używana aktygrafia. Jest to metoda wykorzystująca miernik ruchu założony na nadgarstek, który rejestruje aktywność fizyczną pacjenta w czasie nocy. Miernik jest wielkości małego zegarka i nie jest uciążliwy dla chorego. Podłączenie miernika do komputera i obróbka przy pomocy specjalnego programu pozwala na przedstawienie graficznie aktywności badanego w czasie snu, odczytanie momentów pionizacji i przemieszczania się, a na tej podstawie kalkulację tzw. skuteczności snu (biorąc pod uwagę różną głębokość snu w ciągu nocy według koncepcji HUS). Stosowanie aktyigrafii w połączeniu z dziennikiem snu jest aktualnie zalecanym sposobem pomiaru jakości odpoczynku nocnego.

Leczenie

Leczenie LUTS w przebiegu BPH kojarzyło się do niedawna z farmakoterapią oscylującą wokół problemu powiększonego stercza. Poznanie zagadnień związanych z czynnością dolnych dróg moczowych oraz wielu czynników wpływających na powstanie LUTS pozwala patrzeć na problem nokturii bardziej całościowo, a także indywidualizować leczenie w zależności od przyczyn powstania patologii.

W warunkach fizjologicznych nie więcej niż 33-35% objętości moczu wydalanego w czasie całej doby jest produkowane w nocy. Stan, w którym odsetek ten jest większy nazywamy poliurią nocną, która w większości przypadków jest spowodowana niedoborem hormonu antydiuretycznego w podeszłym wieku. Taką etiologię nokturii należy brać pod uwagę szczególnie u chorych, którzy sami relacjonują, iż według ich oceny oddają dużo moczu w ciągu nocy, a porcje moczu są tak samo duże jak w ciągu dnia. Stwierdzenie znacznego odsetka

objętości moczu wydalanego w godzinach nocnych pozwala rozważać leczenie substytucyjne hormonem antydiuretycznym (desmopresyną). Postępowanie takie nie ma co prawda ustalonych standardów, ale u wybranych chorych może w znaczący sposób zmniejszać nokturie, poprawiając ich jakość życia.

Wnioski

Nokturia jest objawem, który może być spowodowany przez wiele stanów chorobowych, dlatego należy zwracać szczególną uwagę na wykrycie czynników (poza BPH), które mogą wywoływać częste mikcje w porze nocnej, jak pęcherz nadreaktywny, poliuria nocna czy nawyki dotyczące spożywania płynów. Konieczność oddawania moczu kilka razy w ciągu nocy jest oceniana przez chorych na BPH jako najbardziej uciążliwy objaw choroby, który ma istotny wpływ na jakość snu i jakość życia. Konieczna jest zatem odpowiednia ocena nokturii zarówno w badaniach naukowych, jak i w codziennej praktyce klinicznej. Budzenie się w pierwszych godzinach po zaśnięciu ma największy wpływ na jakość snu, ponieważ najbardziej regenerująca organizm ludzki faza snu występuje w pierwszej części nocy. Dlatego w ocenie jakości snu jest ważne nie tylko pomiar częstotliwości mikcji nocnych, ale także określenie godzin nieprzerwanego snu (HUS), czyli czasu od zaśnięcia do pierwszego przebudzenia w celu oddania moczu. Do narzędzi umożliwiających prawidłową diagnostykę nokturii i związanej z nią jakości życia należą dzienniczek snu w połączeniu pomiarem objętości oddawanego moczu, pomiar HUS oraz kwestionariusz N-QoL. Z uwagi na możliwość miarodajnej oceny przyczyn częstomoczu nocnego leczenie ich powinno być indywidualnie dobrane u każdego chorego.

Powikłania po zabiegach uroginekologicznych

lek. med. Konrad Futyma, prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger
II Katedra i Klinika Ginekologii AM w Lublinie

W dniach 26-28 kwietnia w Lublinie odbyło się Ogólnopolskie Sympozjum Naukowe Sekcji Uroginekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego „Uroginekologia XXI wieku”. Tematyka Sympozjum spotkała się z bardzo dużym zainteresowaniem wśród lekarzy zajmujących się leczeniem wysiłkowego NTM i zaburzeń statyki narządów miednicy mniejszej u kobiet. W trakcie

wykładów mogli oni zapoznać się z najnowszymi technikami operacyjnymi, materiałami oraz obowiązującymi standardami diagnostycznymi i terapeutycznymi.

Poniżej prezentujemy wybrane zagadnienia przedstawione podczas sympozjum, dotyczące powikłań po zabiegach uroginekologicznych (więcej na temat nowości z sympozjum ukazało się w 7 numerze Newslettera NTM).

Ryzyko operacji

Szerokie zastosowanie biomateriałów w uroginekologii rekonstrukcyjnej niesie ryzyko wystąpienia różnego rodzaju powikłań. Rzadko są one przyczyną trwałego kalectwa lub bezpośrednią przyczyną zgonu pacjentki, jednak negatywne odczucia zwią-

cd na str. 9

Powikłania po zabiegach uroinekologicznych

od ze str. 7

zane z pogorszeniem jakości życia skłania pacjentki do poszukiwania specjalistycznej pomocy lekarskiej. U pacjentek po operacjach uroinekologicznych odsetek powikłań śród- i pooperacyjnych jest wysoki i sięga nawet 46%. Śródoperacyjnie najczęściej dochodzi do uszkodzenia ściany pęcherza moczowego, cewki, moczowodów oraz jelita grubego. Rzadziej występującymi powikłaniami są uszkodzenia nerwów miednicy mniejszej, krwiaki pola operacyjnego czy uszkodzenie jelita cienkiego. Postępowanie w przypadku uszkodzenia ściany pęcherza, cewki i moczowodów opiera się chirurgicznej rekonstrukcji ciągłości ścian oraz katetyryzacji. W przypadku uszkodzenia jelita konieczne jest również natychmiastowe zaopatrzenie chirurgiczne i intensywne antybiotykoterapia o szerokim spektrum działania. Powikłania erozyjne dotyczą do 10% operowanych kobiet. Najczęstszymi objawami erozji są upławy, krwawienia, dyspareunia,

bóle. W przypadku erozji taśmy do dróg moczowych nasilają się objawy dyzuryczne, może pojawić się krwinkomocz, infekcje dolnych dróg moczowych, a nawet zatrzymanie moczu. W przypadku wystąpienia erozji postępowanie kliniczne zależy od wielkości i umiejscowienia uszkodzenia, rodzaju siatki oraz obecności lub braku wykładników infekcji. W przypadku siatek monofilamentowych należy jedynie usunąć fragment wystający do światła pochwy, zastosować antybiotyk oraz miejscowo działające estrogeny. W przypadku implantów multifilamentowych należy dążyć do całkowitego usunięcia protezy. Jedynie takie radykalne postępowanie gwarantuje ustąpienie objawów i uchroni pacjentkę od nawrotów. Wystąpienie infekcji okolicy implantowanego graftu mogą prowadzić nawet do jego odrzucenia. Dlatego w przypadku zabiegów wykorzystujących syntetyczne materiały protezujące, należy bezwzględnie przestrzegać zasad aseptyki okołozabiegowej oraz stosować profilaktyczną antybiotykoterapię okołoperacyjną. W przypadku infekcji układu moczowego konieczne jest zastosowanie celowanej antybiotykoterapii po

wcześniejszym pobraniu moczu na posiew i wykonaniu antybiogramu. Intensywne i odpowiednio ukierunkowane leczenie powikłań pozwoli na uniknięcie zaprzepaszczenia efektu terapeutycznego i pogorszenia jakości życia pacjentek.

Ukryte nietrzymanie moczu

Innego rodzaju „powikłaniem“ operacyjnego leczenia zaburzeń statyki narządu płciowego kobiet jest wystąpienie wysiłkowego NTM. Ukryte nietrzymanie moczu związane z zaburzeniami statyki występuje nawet u 80% kobiet. Dlatego wydaje się, że diagnostyka urodynamiczna powinna być rutynowo przeprowadzana u pacjentek z II, III i IV° wypadania narządu płciowego wg klasyfikacji POP-Q. Pozwoli to na dokonanie pełnego rozpoznania i ewentualne jednoczasowego zastosowania odpowiedniego leczenia w trakcie pierwotnie planowanego zabiegu korygującego. Takie postępowanie istotnie zwiększa komfort życia pacjentek po zabiegach i nie wpływa negatywnie na funkcjonowanie kobiety. ■

cystistat®

Sodium hyaluronate

Cierpisz na zespół bolesnego pęcherza?

cystistat® odbudowuje warstwę ochronną nabłonka pęcherza.


SymPhar

Więcej informacji: SymPhar Sp. z o.o., ul. Włoska 1, 00-777 Warszawa
tel. (22) 822 93 06, www.symphar.com

BIONICHE
PHARMA GROUP LIMITED

CE 0473

CYS/062007-01