

Rola lekarza domowego

Agencja Polityki Zdrowia i Badań (AHCPR) w Stanach Zjednoczonych wytypowała zaburzenie nietrzymania moczu jako jedno z siedmiu wymagających opracowania postępowania w praktyce klinicznej. Stwierdzono też, że w celu poprawy zdrowia społeczeństwa co najmniej 60% placówek podstawowej opieki zdrowotnej powinno do roku 2005 rutynowo prowadzić u osób starszych badania przesiewowe, wykrywające nietrzymanie moczu.

Jak rozpoznać NTM

Niestety już 10 lat temu tygodnik "Time" określał nietrzymanie moczu mianem ostatniego z ukrytych (closed-closet) tematów. Wielu chorych nadal niechętnie zgłasza ten problem swojemu lekarzowi. Blisko połowa cierpiących nie inicjuje rozmowy z lekarzem na ten temat, ponieważ czuje się zażenowana lub nie wierzy

trzymania moczu powinien stać się stałym elementem badania w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu. Winien on wprost zapytać, czy pacjentowi zdarza się popuszczanie moczu. Jeśli odpowiedź jest pozytywna, należy przeprowadzić diagnostykę i leczenie. Stwierdzono, że zwiększając liczbę kobiet omawiających ten problem z lekarzem o 30% (z 41% do 71%) można wyeliminować aż 50000 przypadków umiarkowanego i ciężkiego nietrzymania moczu rocznie. W rozmowie z pacjentem warto podkreślać fakt, że nietrzymanie moczu jest zwykle przejawem uleczalnego zaburzenia.

Rodzaje nietrzymania moczu

Terminem nietrzymanie moczu określa się niekontrolowane wyciekanie moczu w takim nasileniu, iż jest to postrzegane jako problem. Wyróżnia się następujące rodzaje: nietrzymania moczu towarzyszące

skojarzonego z parciem na mocz, nietrzymanie z przepełnienia pęcherza moczowego. Czynnościowe występuje jeśli nietrzymanie moczu nie jest związane ze zmianami dolnego odcinka dróg moczowych. Leczenie zależy od rodzaju nietrzymania moczu.

Czysta postać, czyli nietrzymanie wysiłkowe właściwe pojawia się w momencie nagłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej, np. kichania, śmiechu, schylania się i innych czynności. W warunkach prawidłowych niekontrolowanemu wpływaniu moczu podczas pracy tłoczni brzusznej zapobiega jednoczesny wzrost oporu w cewce moczowej. Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest zwykle spowodowane nadmierną ruchomością szyi pęcherza, czasami wraz z niedomogą zwieracza cewki moczowej. Uruchomienie tłoczni brzusznej powoduje wypchnięcie szyi pęcherza w dół poza obręb miednicy. Część bliższa cewki moczowej poddana jest przeniesionemu z jamy brzusznej ciśnieniu wewnątrz pęcherzowemu, które przewyższa opór cewki moczowej. Niektórzy pacjenci mają pierwotną niedomogę cewki moczowej, co powoduje wyciekanie moczu już przy minimalnym zwiększeniu ciśnienia w jamie brzusznej i minimalnie zwiększonej ruchomości szyi pęcherza.

Typ mieszany nietrzymania moczu ma cechy nietrzymania wysiłkowego i z parciem na mocz. Występuje najczęściej u kobiet w podeszłym wieku. Jednoczesne występowanie objawów nietrzymania wysiłkowego i z parciem na mocz zgłasza około 40% chorych z tą dolegliwością. Lekarze pierwszego kontaktu najlepiej radzą sobie z leczeniem czystej postaci wysiłkowego nietrzymania moczu oraz postaci mieszanej.

Do nietrzymania z przepełnienia dochodzi w następstwie nadmiernego rozciągnięcia ścian pęcherza na skutek upośledzenia kurczliwości mięśnia wypieracza. Wśród wielorakich przyczyn tego zaburzenia można wymienić uszkodzenie pęcherza spowodowane przewlekłym przepełnieniem u chorych na cukrzycę lub



w możliwość pomocy. Próbuje zaradzić kłopotom używając wkładek higienicznych lub absorbujących podpasek.

Tymczasem wywiad dotyczący nie-

chorobom dolnego odcinka dróg moczowych, wysiłkowe nietrzymanie moczu, nietrzymanie z parciem na mocz, mieszana postać wysiłkowego nietrzymania moczu

łagodny rozrost stercza. Pacjenci mogą zgłaszać, iż mocz wypływa podczas mikcji cienkim strumieniem, skarżyć się na wyciek kroplami, objawy nietrzymania wysiłkowego lub z parciem na mocz.

Nietrzymanie może też mieć charakter nieustannego wypływania moczu, co zdarza się w przypadku niewydolności zwieracza cewki moczowej lub przetówki cewki moczowej u chorych po napromieniowaniu, zabiegu chirurgicznym albo urazie.

Wywiad

Badanie chorego z nietrzymaniem moczu należy rozpocząć od wnikliwego zebrania wywiadów internistycznych, neurologicznych i dotyczących układu moczowo-płciowego. Należy uzyskać informacje na temat czynników ryzyka, chorób towarzyszących, przebytych operacji i przyjmowanych leków. Aby określić rodzaj nietrzymania moczu, lekarz powinien poznać szczegółowy opis odczuwanych przez pacjenta dolegliwości. Rozpoczynając rozmowę można zadać kilka pytań, które pozwolą odróżnić nietrzymanie wysiłkowe od nietrzymania z parciem na mocz. Należy również zapytać o inne dolegliwości ze strony układu moczowego (moczzenie nocne, objawy dyzuryczne, oddawanie moczu poprzedzone okresem nietrzymania, moczzenie mimowolne, konieczność uruchomienia tłoczni brzusznej, słaby lub przerywany strumień moczu, bolesne oddawanie moczu), ilość wypijanych płynów, rytm wypróżnień, zmiany aktywności seksualnej i wcześniejsze leczenie nietrzymania moczu. Konieczne jest również dokonanie oceny czynników środowiskowych i społecznych takich jak warunki bytowania, sprawność chodu i możliwość dotarcia na czas do toalety. Czas trwania oraz częstota epizodów nietrzymania moczu pomaga określić dziennik oddawania moczu. Wywiady pomogą lekarzowi wykluczenie czynnościowego i ciągłego nietrzymania moczu.

Badanie specjalistyczne

W każdym przypadku należy przeprowadzić badanie brzucha i narządów płciowych. Przed badaniem pacjent po-

Pytania przydatne w diagnostyce nietrzymania moczu

Czy ma pan(i) jakieś kłopoty z pęcherzem moczowym ?

Od jak dawna ?

Czy mówił(a) pana(i) o nich wcześniej lekarzowi ?

Jak często zdarza się niemożność nietrzymania moczu, jak dużo moczu wypływa ?

Kiedy dochodzi u pana(i) do mimowolnego oddawania moczu ?

Czy zauważył(a) pan(i), jakie zajęcia i sytuacje sprzyjają nietrzymaniu moczu ?

Czy nietrzymanie przeszkadza panu(i) w tych zajęciach, jak często ?

Czy nietrzymanie zdarza się podczas śmiechu, kaszlu, w drodze do toalety ?

Czy nietrzymanie moczu często sprawia, że rezygnuje pan(i) z robienia tego, na co miał(a)by pan(i) ochotę ?

Jak często nosi pan(i) wkładkę higieniczną ?

Czy stosuje pan(i) środki zabezpieczające przed moczeniem się ?

Czy chciał(a)by pan(i) spróbować leczenia zachowawczego przed skierowaniem do specjalisty ?

winien oddać mocz, który należy poddać analizie laboratoryjnej. Aby wykluczyć uszkodzenie korzeni nerwów S1-S2 należy przeprowadzić badanie neurologiczne okolicy krocza, oceniając czucie bólu, napięcie zwieracza cewki moczowej oraz odruch opuszkowo-jamisty.

Ilość moczu zalegającego w pęcherzu należy określić ewakuując mocz przez cewnik Foleya. Jeśli objętość moczu przekracza 100 ml lub 20% moczu oddanego podczas mikcji, jest to objaw nieprawidłowy.

Podczas badania narządów miednicy trzeba określić zwiotczenie przedniej, tylnej i górnej ściany pochwy, do której może wpuklać się pęcherz moczowy, odbytnica albo inne części jelita. Należy zwrócić szczególną uwagę na przednią ścianę pochwy w miejscu, gdzie sąsiaduje ona z szyją pęcherza i cewką moczową. Nadmierna ruchomość cewki moczowej, którą można stwierdzić przy badaniu miednicy polecając pacjentce mocno zakaszać lub wykonując próbę Valsavy, występuje zwykle u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Po wprowadzeniu cewnika Foleya i wypełnieniu balonika można wy badać go palpacyjnie przez pochwę i ocenić ruchomość szyi pęcherza oraz cewki moczowej. Inną metodą jest wprowadzenie do cewki moczowej zwilżonego żelem ułatwiającym poślizg albo parafiną wacika na pręciku. Zarówno w spoczynku, jak i podczas próby Valsavy pręcik powinien pozostawać w położeniu równoległym do dna miednicy. Unoszenie się pręcika ku górze wskazuje

na nadmierną ruchomość cewki moczowej i szyi pęcherza.

Następnie można podać do pęcherza moczowego przez cewnik odmierzoną ilość sterylnej wody o temperaturze pokojowej, aby uchwycić pierwsze odczucie wypełnienia pęcherza, uczucie całkowitego wypełnienia i określić maksymalną pojemność. Po usunięciu cewnika powtórnie ocenia się wydolność zwieracza podczas pracy tłoczni brzusznej, kaszlu i innych prób prowokacyjnych. Nieprowokowany wpływ moczu przemawia za nietrzymaniem z parciem na mocz połączonym z niestabilnością mięśnia wypieracza, natomiast możliwość sprowokowania wycieku moczu sugeruje czystą postać wysiłkowego nietrzymania moczu.

Dokładne określenie przyczyny nietrzymania moczu może wymagać wykonania szczegółowych badań diagnostycznych. Należą do nich: cystometria, badanie usg pęcherza moczowego i nerek, badanie elektrofizjologiczne zwieracza cewki moczowej, cystoureteroskopia, pomiar przepływu moczu i badanie urodynamiczne z wykorzystaniem techniki wideo. Badania te wykonują specjaliści.

Terapia

Niektóre stany, powodujące lub nasilające nietrzymanie moczu, są odwracalne i powinny być leczone równocześnie z prowadzeniem innych badań terapeutycznych. Należą do nich: otyłość, zakażenie dróg moczowych, zanikowe zapalenie cewki moczowej lub pochwy, zalega-

nie zbitych mas kałowych. Możliwym do uniknięcia czynnikiem wyzwalającym nietrzymanie moczu jest stosowanie niektórych leków (w tym również dostępnych bez recepty), używanie kofeiny i innych środków moczopędnych.

U kobiet z nietrzymaniem wysiłkowym oraz związanym z parciem na mocz można zastosować jedną z kilku metod leczenia, np. chirurgiczną korektę ruchomości szyi pęcherza. Większość lekarzy zaleca w pierwszym rzędzie leczenie zachowawcze (terapia behawioralna, fizjoterapia, leczenie farmakologiczne, anatomiczne wkładki podporowe i mechaniczne) stosowane samodzielnie lub w skojarzeniu. Kobiety decydują się początkowo na jedną z niezabiegowych metod leczenia, choć zabiegi chirurgiczne cechuje wysoki wskaźnik wyleczeń. Również u kobiet, które poddano zabiegowi chirurgicznemu, ale nadal zgłaszają dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu, można prowadzić leczenie zachowawcze.

Terapia behawioralna i fizjoterapia polegają na ćwiczeniu mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla), ćwiczeniach z wykorzystaniem obciążonych wkładek dopochwowych, zastosowaniu urządzeń wykorzystujących biologiczne sprzężenie zwrotne (redukcja mięśni miednicy), modyfikacji behawioralnej i stymulacji elektrycznej. Lekarz pierwszego kontaktu może bez trudu nauczyć pacjentkę wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy (skurcze mięśni otaczających pochwę), które stanowią efektywne uzupełnienie innych metod leczniczych. Biologiczne sprzężenie zwrotne polega na rejestracji siły skurczu mięśni okołopochwowych za pomocą perineometrów i dostarczeniu pacjentce informacji o pracy tych mięśni; stanowi to pozytywne wzmocnienie zwiększające skuteczność wykonywanych ćwiczeń. Dostępność tej metody jest



jednak ograniczona, gdyż wiąże się z koniecznością specjalistycznego wyposażenia gabinetu. Terapia behawioralna to techniki ćwiczeń pęcherza moczowego (np. częste oddawanie moczu, ustalenie harmonogramu wypróżnień), zmniejszenie ilości przyjmowanych płynów, wykluczenie z diety kofeiny i innych środków o działaniu moczopędnym. Stymulację elektryczną wykorzystuje się w celu wywołania biernych skurczów mięśni otaczających cewkę moczową oraz mięśni dna miednicy za pomocą sondy wprowadzonej do odbytnicy lub do pochwy.

Leczenie farmakologiczne sprawdza się jedynie w przypadku nietrzymania z parciem na mocz. Zastosowanie znajdują leki cholinolityczne, jak chlorek oksybutyniony (Ditropan), lub trójpierścieniowe leki antydepresyjne, które hamują mimowolne skurcze pęcherza moczowego. Do innych zalecanych należą leki z grupy agonistów receptorów α -adrenergicznych, które zwiększają opór cewki moczowej, oraz u kobiet po menopauzie estrogeny, które wpływają korzystnie na

stan narządów miednicy.

Do anatomicznych i mechanicznych wkładek zalecanych kobietom z nietrzymaniem moczu należą pesaria, tampony, standardowe kapturki antykoncepcyjne, wkładki podpierające szyję pęcherza moczowego i stosowane czasowo wkładki zamykające cewkę moczową. Stwierdzono, że właściwie dopasowane wkładki przywracają u niektórych kobiet zdolność trzymania moczu. Wkładki te mogą jednak spowodować uciśnięcie lub niedrożność cewki moczowej, odleżyny pochwy i być przyczyną dyskomfortu pacjentki, która może mieć także trudności z ich wkładaniem i wyjmowaniem. Pesarium podpierające szyję pęcherza unosi okolicę ujścia cewki moczowej z pęcherza. Nabłonek pochwy u kandydatek do tego rodzaju terapii powinien zo-

stać przygotowany aparatem estrogenowym, a ze względu na konieczność okresowego usuwania i czyszczenia wkładek niezbędne są wizyty kontrolne.

Zamiast wkładek dopochwowych z dobrym skutkiem stosowane są wkładki przeznaczone do czasowego zamykania cewki moczowej. Wewnętrzna wkładka kontrolująca oddawanie moczu - to wkładka jednorazowego użytku, którą pacjentka umieszcza w cewce moczowej w sytuacjach zwiększonego ryzyka wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu (np. podczas ćwiczeń fizycznych) i w innych wymagających tego okolicznościach. Przed oddaniem moczu wkładkę wyjmuje się, wypuszczając powietrze z balonika utrzymującego wkładkę w cewce. W 80% przypadków wkładka jest w pełni skuteczna; u niewielkiego odsetka kobiet występuje przemijająca objawowa bakteriuria lub krótkotrwały krwimocz. W celu zamknięcia ujścia cewki moczowej można używać także małych jednorazowych nakładek piankowych (Impress). Są one skuteczne u kobiet

z wysiłkowym nietrzymaniem moczu o łagodnym oraz umiarkowanym nasileniu, nie powodują przy tym istotnych objawów niepożądanych.

Kiedy do specjalisty

Uzasadnieniem do skierowania chorego do specjalisty mogą być trudności w ustaleniu rozpoznania, gdy np. objawy stwierdzone w badaniu klinicznym nie odpowiadają zgłaszanym dolegliwościom. Do innych wskazań należy niepowodzenie leczenia farmakologicznego i fizjoterapii, krwimocz oraz schorzenia współistniejące (np. nawracające objawowe zakażenie dróg moczowych, objawy znacznych

trudności z opróżnianiem pęcherza moczowego, objawowe wypadanie narządów miednicy małej, zatrzymanie dużej ilości moczu w pęcherzu po mikcji).

Lekarze pierwszego kontaktu mogą również określić prawidłowość samej mikcji, np. stwierdzając objawy podrażnienia lub zaporowe. Objawy zaporowe wymagają natychmiastowego skierowania pacjenta do urologa. Natomiast objawy podrażnienia mogą być związane z niestabilnością mięśnia wypieracza lub z nietrzymaniem z parciem na mocz, które z powodzeniem może leczyć lekarz pierwszego kontaktu. Do specjalisty należy także skierować chorego w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego.

Opracowała **Maria Weber**
na podstawie piśmiennictwa:

Peter M. Knapp - *Posgraduate Medicine* 4/1998; *US Agency for Health Care Policy and Research. Urinary Incontinence in adults. Publication AHCPR no 92-0038*; Ouslander JG. *Urinary incontinence: out of the closet. JAMA* 1989; Palmer MH, German PS, Ouslander JG. *Risk factors for urinary incontinence one year after nursing home admission. Res. Nurs Health.* 1991; Marshall S. *Conservative management of stress urinary incontinence. Urology* 3/1991.

Rodzaje nietrzymania moczu

Rodzaj	Objawy kliniczne	Patofizjologia	Stany towarzyszące
CZYSTA POSTAĆ WYSIŁKOWEGO NIETRZYMANIA MOCZU	Wypływanie moczu przy kichaniu, śmiechu, kaszlu, schylaniu się i innych czynnościach	Nadmierna ruchomość szyi pęcherza, niedomoga zwieracza cewki moczowej (wrodzona lub nabyta)	Stan po operacji stercza, uraz, poród, napromienianie, liczne zabiegi na układzie moczowym niedobór estrogenów
NIETRZYMANIE Z PARCIEM NA MOCZ	Nagła, niepowstrzymana potrzeba oddania moczu; do objawów należy oddawanie moczu w nocy i moczenie nocne; częste u osób w podeszłym wieku	Mimowolne skurcze pęcherza (nadraktywność mięśnia wypieracza)	Uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (udar, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, guzy, stwardnienie rozsiane, poszerzenie komór mózgu bez wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego, uszkodzenia rdzenia kręgowego), objawy po napromienianiu
NIETRZYMANIE Z PRZEPEŁNIENIA	Cienki strumień moczu, opróżnianie pęcherza kroplami, objawy nietrzymania wysiłkowego lub z parciem na mocz	Nadmierne rozciągnięcie pęcherza moczowego spowodowane upośledzeniem kurczliwości mięśnia wypieracza	Zamknięcie odpływu moczu, stosowanie niektórych leków, przewlekłe nadmierne wypełnianie pęcherza moczowego, unieruchomienie, ciężkie uszkodzenie funkcji poznawczych