

Współpraca ginekologa z fizjoterapeutą w leczeniu NTM

dr Elżbieta Narojczyk-Świeściak, specjalista ginekolog-położnik, II klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP w Warszawie

Nietrzymanie moczu - wybitnie uciążliwą dysfunkcją dolnych dróg moczowych

Nietrzymanie moczu (NTM) nie stanowi zagrożenia życia, ale jest wybitnie uciążliwą dysfunkcją dolnych dróg moczowych, która w znacznym stopniu pogarsza jakość życia kobiet w różnym wieku. International Continence Society (ICS) definiuje nietrzymanie moczu jako każdy niezależny od woli wyciek moczu stanowiący dla pacjentki problem higieniczny, zdrowotny lub społeczno-socjalny. Nietrzymanie moczu występuje 2-krotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn. Szacuje się, że około 10-25% kobiet po 30 r.ż. stale lub okresowo moczy się bezwiednie, zaś 30-50% kobiet po 60 r.ż. moczy się znacząco często. Z uwagi na starzenie się społeczeństw zagrożenie dalszym wzrostem zapadalności na tę dysfunkcję dna miednicy staje się realne. ICS wyróżnia pięć rodzajów NTM: wysiłkowe nietrzymanie moczu (najczęstsze u kobiet), naglące nietrzymanie moczu (OAB), mieszane NTM, nietrzymanie moczu z przepełnienia, nietrzymanie moczu pozazwieraczowe, przejściowe NTM.



Fot. #96797221 © morganka - Fotolia.com

Stanowisko Towarzystw Naukowych

Towarzystwa Naukowe: ginekologiczne, urologiczne oraz medycyny rodzinnej opublikowało stanowisko dotyczące diagnostyki i leczenia kobiet z NTM. Algorytmy diagnostyczno-terapeutyczne zawarte w tych dokumentach są spójne - w każdym przypadku NTM u kobiet zaleca się konsultację lekarską i rekomenduje się wstępne leczenie zachowawcze, które niesie ze sobą niskie ryzyko efektów niepożądanych. Elementami postępowania zachowawczego są zalecenia behawioralne: edukacja pacjentki, modyfikacja stylu życia, trening pęcherza oraz samodzielne lub nadzorowane przez fizjoterapeutę ćwiczenia mięśni dna miednicy lub zabiegi elektrostymulacji dna miednicy. Leczenie zachowawcze może być prowadzone łącznie z farmakoterapią lub bez niej.

Efekt terapeutyczny osiągnięty w wyniku ćwiczeń mięśni dna miednicy

Dotychczas wykazano lepsze wyniki leczenia zachowawczego jeśli ćwiczenia mięśni dna miednicy są nadzorowane przez fizjoterapeutę w porównaniu z wykonywaniem ćwiczeń bez takiego nadzoru (odpowiednio 80% i 35%). Dobry efekt terapii nadzorowanej obserwowano bez względu na wiek badanych kobiet. Podobne wyniki opisano w przeglądzie Cochrane obejmującym młode kobiety bez NTM zakwalifikowane do terapii profilaktycznej w okresie ciąży i po porodzie. Natomiast wyniki dwóch innych prac obejmujących kobiety z NTM i wypadaniem narządu rodowego nie wykazały korzystnego wpływu ćwiczeń na redukcję wypadania u 175 młodych pierworódek, po 4 miesiącach ćwiczeń po porodzie.

Zaobserwowano, że efekt terapeutyczny osiągnięty w wyniku ćwiczeń mięśni dna miednicy utrzymuje się dłużej, jeśli pacjentka dłużej wykonywała ćwiczenia (6 miesięcy vs 6-8 tyg.). W mieszanym NTM odnotowano lepsze wskaźniki ustępowania objawów u kobiet poddanych treningowi pęcherza z jednoczesnymi ćwiczeniami mięśni dna miednicy w porównaniu z kobietami przyjmującymi wyłącznie leki antycholinergiczne. Ze względu na niskie ryzyko efektów niepożądanych terapii zachowawczej, wydaje się, że większość kobiet z NTM powinna odnieść korzyści z takiego postępowania. Czynnikiem ryzyka niepowodzenia lub rezygnacji z leczenia zachowawczego na rzecz terapii zabiegowej są: ciężki stopień NTM, wiek < 55 r.ż., lepsze wykształcenie, przebyte operacje z powodu NTM, brak motywacji do ćwiczeń i oczekiwanie szybkiego ustąpienia objawów, brak regularności w wykonywaniu zaleceń terapeutycznych, obowiązki domowe/zawodowe wykluczające możliwość uczestniczenia w sesjach terapeutycznych, upośledzone funkcje poznawcze.

Na każdym etapie postępowania zachowawczego jest możliwa zmiana strategii na zabiegową. Jeśli w wyniku diagnostyki lekarskiej pacjentka wydaje się być dobrą kandydatką do leczenia zachowawczego i akceptuje je, to powinna być skierowana do fizjoterapeuty, który opracuje plan indywidualnego treningu mięśni dna miednicy i będzie ten trening nadzorował. Najważniejszym dowodem skuteczności prowadzonego leczenia zachowawczego jest obiektywne ustępowanie objawów i satysfakcja pacjentki z osiągniętej poprawy w utrzymaniu moczu. Postępy w nadzorowanej terapii zachowawczej i wyznaczanie jej kolejnych celów powinno być omawiane podczas wizyt kontrolnych pacjentki u lekarza oraz podczas regularnych spotkań lekarza prowadzącego i fizjoterapeuty.

W obszarze wspólnych działań medycznych lekarza i fizjoterapeuty mogą znaleźć się kobiety w każdym wieku, już cierpiące z powodu NTM, jak również pacjentki zdrowe oczekujące profilaktyki.