

# Współpraca uroginekologa z fizjoterapeutą jest niezbędna do zapewnienia pacjentom kompleksowej opieki

Maja Markłowska-Tomar



Fot. sutlalk - istockphoto.com

**U**roginekologia to relatywnie nowa dziedzina medycyny, która powstała w odpowiedzi na potrzeby i oczekiwania pacjentów zmagających się z chorobami układu moczowo-płciowego. Chcąc im zapewnić kompleksową opiekę, uroginekolodzy powinni ściśle współpracować z fizjoterapeutami i wspólnie z nimi ustalać indywidualny plan leczenia dla każdego pacjenta. Powinni, ale w praktyce nie zawsze tak się dzieje. Dlaczego?

W wielu krajach uroginekologia jest oddzielną specjalizacją lekarską. W Polsce nie została do tej pory wyodrębniona, choć podejmowano takie starania. Zwolenniczką uznania uroginekologii za oddzielną specjalność jest prof. Ewa Barcz, kierownik Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie, autorka wydanej w 2017 r. książki „Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy”.

*– Od lat postulujemy utworzenie podspecjalizacji szczegółowej z uroginekologii jako czwartej, po endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, perinatologii oraz ginekologii onkologicznej, podspecjalizacji położnictwa i ginekologii. Tłumaczymy urzędnikom Ministerstwa Zdrowia, że to*

*ogromna specjalizacja, która funkcjonuje w wielu krajach. Ze choć polscy lekarze mogą już dziś zdobyć specjalizację europejską z tej dziedziny, a polskie ośrodki mogą zdobyć certyfikat Europejskiego Towarzystwa Uroginekologicznego EUGA (European Urogynaecological Association), ani europejska specjalizacja, ani certyfikat EUGA nic nie zmieniają z punktu widzenia edukacji podyplomowej w Polsce – powiedziała w wywiadzie dla „Gazety Lekarskiej” prof. Ewa Barcz.*

Mimo czynionych przez nią wysiłków, Ministerstwo Zdrowia nie podjęło dotąd decyzji w sprawie wyodrębnienia uroginekologii, nie ma więc możliwości formalnego kształcenia lekarzy w tym kierunku w Polsce. Nie znaczy to jednak, że nie ma w naszym kraju specjalistów, którzy posiadają szeroką wiedzę z pogranicza ginekologii, urologii i proktologii oraz zajmują się diagnostyką i leczeniem schorzeń dna miednicy, czyli układu mięśniowo-powięziowego i struktur podtrzymujących narządy płciowe i narządy jamy brzusznej. Chodzi o takie schorzenia jak: wysiłkowe nietrzymanie moczu, nadreaktywność pęcherza moczowego, pęcherz neurogeny, zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej (pęcherza, cewki moczowej, macicy, pochwy, jelit odbytnicy), zespoły bólowe w obrębie miednicy mniejszej, czy przetoki moczowo-płciowe.

## Na wizytę do uroginekologa powinny zgłosić się osoby, które borykają się z:

- niekontrolowanym wypływem moczu podczas aktywności fizycznej, śmiechu, kichania czy kaszlu;
- uciążliwym, częstym oddawaniem moczu, zwłaszcza w nocy;
- uczuciem dyskomfortu w okolicy krocza;
- nawracającymi infekcjami dróg moczowych lub dróg rodnych;
- dolegliwościami bólowymi podczas menstruacji, współżycia czy wypróżniania;
- zaburzeniami trzymania gazów i stolca;
- wysuwaniem narządów miednicy mniejszej przez pochwę.

### Interdyscyplinarny zespół gwarancją utrzymania efektu leczenia

Jednak do tego, aby leczenie zakończyło się sukcesem, a jego efekty były długotrwałe, potrzebna jest fizjoterapia uroginekologiczna, która dysponuje dużymi możliwościami diagnostycznymi. Fizjoterapeuci mogą np. przeprowadzać elektromiografię mięśni (EMG) dna miednicy, manometrię anorektalną (badanie pozwalające na ocenę czynności zwieraczy odbytu poprzez pomiar ciśnienia w odbytnicy i odbycie), funkcjonalne USG krocza, ćwiczenia z biofeedbackiem EMG i manometrycznym. Są więc w stanie wnieść sporo do właściwego rozpoznania, które nie powinno się opierać jedynie na badaniu manualnym.

Mimo że o roli fizjoterapii uroginekologicznej mówi się coraz więcej, nadal wielu lekarzy nie kieruje na nią swoich pacjentów. Ograniczają się zwykle do przekazania kartki z listą ćwiczeń i zalecenia, by pacjenci wykonywali te ćwiczenia w domu. Niektórzy tego w ogóle nie robią, inni popełniają błędy, bo nikt ich nie poinstruował i nie sprawdził, czy dobrze ćwiczą. Gdyby wykonywali zlecone ćwiczenia pod okiem fizjoterapeuty, mogliby nauczyć się prawidłowych wzorców ruchowych i przez to ustrzegliby się błędów.

- *Dlatego my, fizjoterapeuci, musimy docierać do lekarzy* - mówi dr n. med. Tadeusz Trzpis, specjalista fizjoterapii, współzałożyciel międzynarodowej Fundacji AENON wspierającej badania i leczenie zaburzeń uroginekologicznych, stowarzyszony w Międzynarodowym Towarzystwie Uroginekologicznym IUGA. Dobrym rozwiązaniem jest według niego organizowanie spotkań edukacyjnych dla urologów, ginekologów i proktologów. Dr Trzpis spotyka się z nimi w szpitalnych oddziałach urologicznych, ginekologicznych i chirurgicznych. Przedstawia siebie i metody swojej pracy, tłumaczy, że fizjoterapeuci w terapii dna miednicy opierają się na standardach i wynikach badań - Evidence Based Medicine (EBM).

Dla niego wzorem do naśladowania jest francuska fizjoterapia uroginekologiczna, która - jak podkreśla - ma najdłuższą, bo 40-letnią historię, i najwyższy poziom w Europie. Jednak niezależnie od tego, która ze szkół

będzie miała wpływ na rodzącą się dopiero polską fizjoterapię uroginekologiczną - francuska, niemiecka, czy może szwajcarska, to łączy je jeden cel: poprawa jakości życia pacjentów z problemami dna miednicy.

- *Fizjoterapia uroginekologiczna, inaczej niż dotychczasowe podejście, które „podzieliło” dno miednicy między urologów, ginekologów i proktologów, obejmuje całe dno miednicy i holistyczne problemy, które są z nim związane.*

*Fizjoterapeuta zwraca uwagę na oddech, pracę przepony, pracę klatki piersiowej i cały szereg skomplikowanych procesów w obrębie dna miednicy, których w żaden sposób nie da się oddzielić od siebie* - mówi dr Tadeusz Trzpis, który przyjmuje pacjentów w Centrach Rehabilitacji Gerónimo w Tarnowie. Jego zdaniem fenomen fizjoterapii polega właśnie na tym, że łączy ona wszystkie te elementy w pracy nad mięśniami dna miednicy.

We Francji każdej kobiecie po porodzie i każdemu mężczyźnie po zabiegu prostatektomii refunduje się cykl 10 zabiegów i sondę do fizjoterapii uroginekologicznej. Wciąż są tam doskonalone techniki operacyjne i zmieniane standardy postępowania w przypadku zaburzeń dna miednicy. Przykładem jest znaczne obniżenie dna miednicy, które jest obecnie bezwzględny wskazaniem do fizjoterapii uroginekologicznej, a nie do operacji. Zmianie uległo również podejście do zabiegów z zakresu plastyki dna miednicy - w miejsce sztucznych implantów, które do niedawna zastępowały więzadła i powięzie, wykorzystywane są własne więzadła pacjenta. Taki zabieg, wykonywany hybrydową techniką Richtera, jest jednak przeprowadzany dopiero w sytuacji, gdy pacjentka została poddana prehabilitacji i ma wzmocnione mięśnie dna miednicy, a wyniki przeprowadzonego procesu fizjoterapii nie są dla niej zadowalające.

- *Tylko połączenie sił, czyli prehabilitacyjnej fizjoterapii dna miednicy i zabiegu operacyjnego z następową fizjoterapią, daje większą gwarancję utrzymania dobrego efektu leczenia* - mówi dr Tadeusz Trzpis.

Fizjoterapia może przynieść dobre efekty również u pacjentów skarżących się na ból w obrębie dna miednicy. Warto więc wykorzystać jej potencjał i uwzględnić w budowaniu zespołów interdyscyplinarnych, do któ-



Fot. Ridofranz - istockphoto.com

rych - jak przekonuje dr Tadeusz Trzpis - należy zaprosić również położne, którym kobiety ufają i które zapewniają pacjentkom poczucie komfortu. - Byłoby idealnie, gdyby członkowie takiego zespołu, czyli urolog, ginekolog, proktolog, fizjoterapeuta i położna, wzajemnie się wspierali - mówi.

### Kiedy rozpocząć fizjoterapię dna miednicy?

W opinii fizjoterapeutów najlepszym momentem do podjęcia fizjoterapii jest sytuacja, w której nie doszło jeszcze do powikłań pooperacyjnych. - *Chodzi o prehabilitację, czyli uświadamianie pacjentom przed operacją, jakie mogą być jej następstwa anatomiczne i jakich zmian mogą się spodziewać w obrębie dna miednicy. Z kolei prehabilitacja dna miednicy u kobiety w ciąży mogłaby ją ochronić przed pęknięciem krocza w czasie porodu* - tłumaczy dr Tadeusz Trzpis.

Prehabilitacja, jak podkreśla, to zadanie i przyszłość dla całych zespołów terapeutycznych. Szczególna jest rola fizjoterapeutów w tym gronie, gdzie lekarze, którzy wykonując na przykład operację prostatektomii, niejednokrotnie ratują życie pacjentom, zaś fizjoterapeuci pracują nad zapewnieniem po tej operacji należytej jakości życia. - *Obecnie większość pacjentów po prostatektomii radykalnej ma nietrzymanie moczu i zaburzenia erekcji. To*

*poważne problemy, z którymi nie poradzą sobie sami, a nie zawsze wiedzą, do kogo mogą się zgłosić po pomoc* - mówi współzałożyciel Fundacji AENON, która organizuje szkolenia z zakresu fizjoterapii urologicznej i ginekologicznej. Osoby, które kończą te szkolenia są według dr. Trzписа dobrze przygotowane do pracy z pacjentami z zaburzeniami dna miednicy.

### Jak wybrać właściwy gabinet fizjoterapii uroginekologicznej?

Na pytanie, na co pacjent powinien zwrócić uwagę, żeby mieć pewność, że trafił do kompetentnego fizjoterapeuty, dr Tadeusz Trzpis odpowiada: - *Jeśli ktoś jest specjalistą fizjoterapii, a oprócz tego zgłasza specjalność z fizjoterapii uroginekologicznej i w swojej ofercie ma elektromiografię dna miednicy, funkcjonalne USG krocza, biofeedback i możliwości badania manometrią*



**Warto wykorzystać potencjał fizjoterapii w budowaniu zespołów terapeutycznych.**

*anorektalną, to należy przypuszczać, że zna się na rzeczy. Osoba dysponująca takim warsztatem terapeutycznym jest dobrze przygotowana do pracy z pacjentem.*

Dobry gabinet fizjoterapii uroginekologicznej to według współzałożyciela Fundacji AENON taki, który posiada narzędzia umożliwiające dokonywanie w sposób obiektywny oceny stanu dna miednicy i pozwalające na obiektywne wykonywanie ćwiczeń.