

Wielolekowość w profilaktyce i leczeniu nietrzymania moczu

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Neumann-Podczaska

Instytut Senioralny Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Warszawie,

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Fot. zetata - stock.adobe.com

Wielolekowość jest jedną z najbardziej typowych cech medycyny wieku podeszłego. Definiuje się ją jako jednoczesne stosowanie wielu leków, przy czym najczęściej przyjmowanym w literaturze progiem liczbowym dla wielolekowości jest pięć, a w przypadku tzw. ciężkiej wielolekowości 10 leków.

Wielolekowość - przyczyny, konsekwencje kliniczne

Charakterystyczna dla starości wielochorobowość, która łączy się ze stosowaniem wielolekowych schematów leczenia zalecanych w rekomendacjach klinicznych, oznacza często jednoczesne stosowanie u pacjenta z czterema czy pięcioma schorzeniami kilkunastu preparatów. Według licznych danych wielolekowość jest coraz powszechniej występującym zjawiskiem wśród osób starszych i choć częstość jej występowania zależy od środowiska zamieszkania i charakterystyki badanej populacji, generalnie rosnący trend obserwowany jest nieustannie od wielu lat.

Przyczyny wielolekowości są różnorodne. Oprócz wielochorobowości i korzystania przez osoby starsze z konsultacji wielu leczących niezależnie od siebie specjalistów, należy do nich rosnący trend samoleczenia, również wśród osób starszych.

Samoleczenie, jeśli jest odpowiedzialnie prowadzone, rozpatrywać należy jako zjawisko pozytywne, które, będąc wyrazem brania przez ludzi odpowiedzialności za własne zdrowie, ma istotne znaczenie dla odciążenia systemu opieki zdrowotnej. Pamiętać jednak należy, że samoleczenie podejmowane bez konsultacji z fachowymi przedstawicielami służby zdrowia, na podstawie treści reklam czy rekomendacji sąsiadów, może zagrażać bezpieczeństwu

zdrowotnemu osób starszych. Na rosnący trend samoleczenia wpływ ma również systematycznie rosnąca ilość reklam w sektorze produktów leczniczych dostępnych bez recepty oraz suplementów diety.

Wielolekowość, czasem niezbędną, aby skutecznie i bezpiecznie kontrolować przebieg licznych schorzeń występujących równocześnie u pacjenta, stać się może zagrożeniem dla sprawności funkcjonalnej. Istnieją silne dowody wskazujące na wyraźną korelację pomiędzy nasileniem wielolekowości a częstością występowania działań niepożądanych. Podkreśla się również związek wielolekowości ze wzrostem ryzyka interakcji lek - lek oraz lek - choroba, a także z występowaniem wielkich zespołów geriatrycznych, np. niedożywienia, upadków, nietrzymania moczu.

Wielkie zespoły geriatryczne (zwane inaczej geriatrycznymi gigantami) to często występujące u osób starszych wieloprzyczynowe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej. Stany te mają również liczne konsekwencje i powinny być rozumiane szerzej niż pojedyncze schorzenia. Co ważne, późno rozpoznane i nieoptymalnie leczone mogą zdecydowanie pogarszać jakość życia starszych osób, prowadząc do tzw. kaskad geriatrycznych i niesprawności.

Nietrzymanie moczu jako wielki zespół geriatryczny

Nietrzymanie moczu jest jednym z wielkich zespołów geriatrycznych. Jego etiologia jest wieloczynnikowa i obejmuje zarówno fizjologiczne aspekty starzenia się, jak i czynniki patologiczne, takie jak wielochorobowość (np. cukrzyca, niewydolność serca, depresja, otępienie, choroba Parkinsona), obejmującą także często zaburzenia ruchowe,

spadek masy ciała i osłabienie siły mięśniowej (sarkopenia), a także zespół kruchości (ang. frailty syndrom). Jedną z ważnych etiologicznych przyczyn nietrzymania moczu jest wielolekowość.

Konsekwencje nietrzymania moczu są wielorakie i istotnie wpływają na obniżenie jakości życia. Zaliczyć do nich należy:

- izolację społeczną;
- depresję;
- splątanie;
- upadki, a w ich konsekwencji złamania;
- zakażenia układu moczowego;
- zmiany skórne;
- zwiększone obciążenie opiekunów.

Udowodniono także, że nietrzymanie moczu związane jest ze wzrostem śmiertelności, stanowi ponadto jedną z podstawowych przyczyn instytucjonalizacji osób starszych.

W obliczu złożoności etiologicznej nietrzymania moczu i destrukcyjnego wpływu na jakość życia pacjentów, szczególną uwagę zwrócić należy na konieczność prowadzenia całościowej oceny geriatrycznej u wszystkich pacjentów starszych zagrożonych występowaniem nietrzymania moczu. Ocena ta prowadzona powinna być przez interdyscyplinarny zespół geriatryczny złożony z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, dietetyka, farmaceuty i terapeutę zajęciowego, a także opiekunów i/lub bliskich pacjenta.

Celem całościowej oceny geriatrycznej jest szybka identyfikacja potencjalnie odwracalnych przyczyn nietrzymania moczu i taka indywidualizacja postępowania, której efektem będzie optymalizacja leczenia (w tym farmakoterapii, fizjoterapii, interwencji behawioralnych) oraz prewencja powikłań, a w konsekwencji maksymalizacja jakości życia pacjenta.

Do potencjalnie odwracalnych przyczyn przejściowego nietrzymania moczu należą:

- ograniczona mobilność (w tym często związane z tym sarkopenia i zespół kruchości);
- zaparcia;
- zakażenia dróg moczowych;
- splątanie;
- zanikowe zapalenie błony śluzowej pochwy;
- wielolekowość.

Wczesna identyfikacja tych przyczyn jest kluczowa, daje bowiem szansę na wdrożenie leczenia przyczynowego, a w konsekwencji na uniknięcie rozwoju utrwalonego nietrzymania moczu.

Rola wielolekowości w prewencji i leczeniu nietrzymania moczu

U pacjentów starszych z wielochorobowością i wielolekowością zawsze należy brać pod uwagę wielolekowość jako czynnik ryzyka nietrzymania moczu. Elementem kompleksowej oceny geriatrycznej powinna być zatem zawsze

szczegółowa analiza stosowanej przez pacjenta farmakoterapii, z uwzględnieniem leków dostępnych bez recepty i suplementów diety, a także preparatów pochodzenia naturalnego.

Do najczęściej stosowanych leków, które mogą wywoływać nietrzymanie moczu, należą:

- diuretyki (pętlowe - np. furosemid i tiazydy - np. hydrochlotiazyd) stosowane w niewydolności serca i nadciśnieniu - leki te zwiększają produkcję moczu, przez co nasilają objawy parcia naglącego;
- inhibitory konwertazy angiotensyny (np. perindopril) stosowane m.in. w nadciśnieniu - w mechanizmie uporczywego kaszlu mogą nasilać nietrzymanie moczu wysiłkowe;
- leki blokujące receptory alfa (np. doksazosyna) stosowane w przerostie prostaty i nadciśnieniu - poprzez rozluźnienie zwieracza pęcherza i cewki moczowej mogą wywołać lub nasilić nietrzymanie moczu wysiłkowe;
- leki blokujące kanał wapniowy (np. amlodypina) stosowane m.in. w nadciśnieniu - w mechanizmie rozkurczu mięśni gładkich ryzyko upośledzenia opróżniania pęcherza, zalegania moczu i zaparcia;
- leki uspokajające (np. lorazepam), nasenne (np. diazepam), antypsychotyczne (np. kwetiapina) - leki te w mechanizmie nadmiernej sedacji układu nerwowego oraz powodowania tzw. zespołu antycholinergicznego mogą wywoływać splątanie, zawroty głowy, zaburzenia poruszania się, unieruchomienie i spadek kurczliwości wypieracza, a w konsekwencji zaleganie moczu i nasilenie nietrzymania moczu z przepełnienia;
- leki antycholinergiczne - należy tu wiele grup leków, również dostępnych bez recepty lekarskiej (np. loratadyna, drotaweryna, skopolamina, difenhydramina), oksybutynina, doksepina) - w mechanizmie powodowania tzw. zespołu antycholinergicznego mogą powodować m.in. zaburzenia funkcji poznawczych (w tym splątanie), zaparcia, zaleganie moczu, suchość w jamie ustnej. Szczególnie niebezpieczne może być łączenie kilku preparatów o silnym efekcie antycholinergicznym - sprzyja to bowiem kumulacji działań niepożądanych (np. łączenie loratadyny zastosowanej bez recepty w samoleczeniu objawów alergii z hydroksyzyną zleconą na uspokojenie lub równoczesne samoleczenie przeziębienia preparatem z difenhydraminą i dolegliwości skurczowych jelit za pomocą drotaweryny).

Wskazówki praktyczne

Wielolekowość jest typową cechą medycyny geriatrycznej, a zarazem jedną z odwracalnych przyczyn nietrzymania moczu, będącego wielkim zespołem geriatrycznym. W procesie leczenia pacjentów starszych z objawami nietrzymania moczu kluczowa jest rewizja wszystkich pobieranych preparatów i optymalizacja farmakoterapii.