

Wstyd opóźnia udzielenie pomocy

Anna Jarosz



Fot. RISHAD - stock.adobe.com

Wielu z nas śmiało i bez żadnych hamulców wypowiada się na tematy polityczne, społeczne, dotyczące wychowania dzieci, ale nadal nie potrafimy otwarcie rozmawiać o niektórych problemach zdrowotnych. Tak jest w przypadku inkontynencji, zarówno tej dotyczącej moczu, jak i stolca. Szkoda, bo przecież współczesna medycyna oferuje różne i skuteczne metody leczenia tych dolegliwości. Dlaczego tak postępujemy? W większości przypadków ze wstydu lub z przekonania, że o „tych sprawach” się nie rozmawia.

Inkontynencja to nie tylko problem medyczny, fizyczny, ale także społeczny i emocjonalny, który nierzadko jest przyczyną lęków, izolacji społecznej, ograniczenia aktywności, wycofania się, a nawet depresji. Wstyd, który towarzyszy wielu osobom dotkniętym nietrzymaniem moczu i stolca, jest złym doradcą, ponieważ sprawia, że chorzy nie szukają pomocy u specjalistów. Nie ma się czego wstydzić, to schorzenia jak wszystkie inne, które nie tylko można, ale i należy leczyć. Ich przyczyny są bardzo zróżnicowane, złożone i bardzo często nie mają żadnego związku z osobistymi zaniedbaniami pacjenta.

Na szczęście sytuacja się nieco zmienia, zwłaszcza gdy chodzi o nietrzymanie moczu. Coraz więcej osób chce żyć bez ograniczeń, bez obaw, że może dojść do zawstydzającego zdarzenia. Chcą się leczyć, chcą się zabezpieczać nowoczesnymi środkami chłonnymi.

Większa świadomość

– *Współistnienie nietrzymania moczu i stolca dotyczy 3 proc. populacji* – mówi dr n. med. Andrzej Pomian, ginekolog z Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie. – *Statystyki te dotyczą kobiet i mężczyzn, chociaż ob-*

serwuje się niewielką przewagę pań. Ważnym czynnikiem ryzyka podwójnej inkontynencji jest także wiek. U kobiet liczba przebytych porodów, a zwłaszcza porodów zabiegowych, podczas których wykorzystano próżniociąg lub kleszcze położnicze. Dużą grupę pacjentów z podwójną inkontynencją stanowią osoby z obciążeniami neurologicznymi i demencją. Warto podkreślić, że w ostatnich latach zmienia się podejście do nietrzymania moczu i nietrzymania stolca. Większa jest świadomość kobiet, ale też lekarze, nie tylko ginekolodzy, wprost pytają pacjentki, czy zmagają się z nietrzymaniem moczu lub stolca. Dość szybko rośnie też zainteresowanie ginekologów uroginekologią. To bardzo dobry trend, ale mówię to z perspektywy lekarza pracującego w dużym mieście. W mniejszych miejscowościach z pewnością dostępność do opieki uroginekologicznej jest mniejsza - dodaje dr Andrzej Pomian.

Lekarz podkreśla, że „nietrzymanie moczu” jest bardzo ogólnym określeniem problemu. Właściwie większość, nawet młodych kobiet, przeżyło epizod niekontrolowanego wycieku moczu, ale u większości jest to problem przewlekłe obniżający jakość życia.

- W rzeczywistości, jeśli mamy mówić o pacjentkach, które wymagają pomocy farmakologicznej czy operacyjnej z powodu inkontynencji to problem dotyczy 15 proc. kobiet - podkreśla ekspert. - Epidemiologia zjawiska jest - w różnych źródłach - zróżnicowana, bo są różne kryteria klasyfikacji problemu. Z mojego doświadczenia wynika, że wychodzimy z czasów, gdy pacjentki latami zmagaly się z nietrzymaniem moczu. Większość kobiet zgłasza się po pomoc, gdy nasilenie problemu utrzymuje się przez rok do trzech lat. Ale to nie oznacza, że nie ma pacjentek, które z pójściem do specjalisty zwlekają kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt lat. Jako ginekolodzy najczęściej zajmujemy się leczeniem nietrzymania moczu i w przeszłości nieco mniej uwagi poświęcaliśmy inkontynencji stolca. To się zmieniło. Widzimy oba problemy u części naszych pacjentek. Nie dysponujemy własnymi danymi, ale z literatury wynika, że nietrzymanie stolca może współistnieć u 15 proc. pacjentek z nietrzymaniem moczu.

Po porodzie też się zdarza

Wyróżnia się dwa główne typy nietrzymania moczu u kobiet: wysiłkowe nietrzymanie moczu oraz nietrzymanie moczu z powodu parć naglających. U mężczyzn problem ten wygląda nieco inaczej.

- Przyczyną schorzenia mogą być zmiany anatomiczne, niewydolność mechanizmu zwieraczaowego, który w chwili wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej nie działa i dochodzi do gubienia moczu. To wysiłkowe nietrzymanie moczu - wyjaśnia dr Andrzej Pomian. - Nietrzymanie moczu z powodu parć naglających wynika najczęściej z nadreaktywności pęcherza moczowego. Można powiedzieć, że reaguje on nadmiernie, nieproporcjonalnie do objętości moczu w pęcherzu. I nawet przy niewielkim wypełnieniu pęcherza moczem dochodzi do skurczu mięśnia wypieracza, co jest przyczyną

gubienia moczu i uczucia parcia na mocz. Pacjentki ciężarne i bezpośrednio po porodzie są szczególną grupą naszych podopiecznych, ponieważ u nich dość często dochodzi do inkontynencji moczu i stolca. W okresie połogu oraz kilka miesięcy po porodzie nietrzymanie moczu i stolca występują częściej. U większości pacjentek problem mija, ale jego wystąpienie jest czynnikiem ryzyka wystąpienia inkontynencji w przyszłości.

Rozmowa to podstawa

Aby postawić prawidłową diagnozę, konieczne jest staranne zebranie wywiadu. Jak podkreślają specjaliści, pacjenci dobrze wiedzą, że cierpią na nietrzymanie moczu, a prawidłowo zebrany wywiad pozwala w 90 proc. przypadków odpowiednio zidentyfikować typ nietrzymania moczu.

- W trudniejszych przypadkach wykonujemy badanie USG czy badanie fizykalne z wykorzystaniem wziernika, aby potwierdzić swoje podejrzenia oraz wykluczyć inne przyczyny, patologie, które skutkują gubieniem moczu - wyjaśnia dr Andrzej Pomian.

Sposób leczenia inkontynencji jest uzależniony od przyczyny, która ją wywołuje. Jedną z metod leczenia schorzenia jest fizjoterapia uroginekologiczna.

- Fizjoterapia jest działaniem w pierwszej linii leczenia - dodaje ekspert. - U wielu pacjentek poprzez takie działania można uzyskać istotną poprawę. Ale fizjoterapią możemy uzyskać wzmocnienie tkanek, na które mamy wpływ, czyli mięśnie. Jeżeli mamy do czynienia z uszkodzeniem tkanki łącznej, to za pomocą fizjoterapii nie zlikwidujemy tego defektu, ale możemy wzmocnić mięśnie dna miednicy. Zachęcamy pacjentki do korzystania z fizjoterapii, zarówno tej z pomocą specjalisty, jak i do samodzielnego wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy. Fizjoterapię można polecać przy wysiłkowym nietrzymaniu moczu, przy parciach naglających oraz przy nietrzymaniu stolca. Dzięki niej każdy pacjent może uzyskać zauważalną poprawę. Warto dodać, że kobietom w okresie po menopauzie, które mają problem z trzymaniem moczu, można zaproponować hormonalną terapię dopochwową. Gwałtowny spadek produkcji estrogenów daje tzw. objawy wypadowe, np. uderzenia gorąca, ale także objawy urogenitalne, czyli dolegliwości związane z atrofią pochwy, takie jak uczucie suchości. Następstwem tego niedoboru jest wysiłkowe nietrzymanie moczu czy parcia naglące. Dopochwowe podanie hormonów przekłada się na kontynencję moczu, co pozytywnie odbierają pacjentki - mówi specjalista.

Dobry wybór

Znaną i sprawdzoną metodą leczenia nietrzymania moczu jest neuromodulacja krzyżowa.

- Międzyzleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie jest jednym z 13 ośrodków w kraju, które stosują tę procedurę, czyli zestawu do neuromodulacji krzyżowej - mówi dr Andrzej Pomian. - Neuromodulacja krzyżowa jest refundowana

przez NFZ dla pacjentek z pęcherzem neurogennym, który powoduje nietrzymanie moczu z parę naglących i w przypadku zalegania moczu. Nie jest refundowana w przypadku nietrzymania stolca, chociaż wiadomo, że jest skuteczna w trzech wymienionych wcześniej przypadkach. Miarą skuteczności neuromodulacji krzyżowej jest co najmniej 50-procentowa poprawa. Oznacza to, że jeśli ktoś musiał oddawać mocz np. 16 razy dziennie, to po zabiegu powinien mieć maksymalnie 8 mikcji. Kryterium poprawy o 50 proc. dotyczy również zalegającego moczu.

Zabieg neuromodulacji krzyżowej jest podzielony na dwa etapy. Pierwszy etap zabiegu - wszczepienie elektrody do kości krzyżowej i pobudzanie jej zewnętrznym stymulatorem - przechodzi 60-80 proc. pacjentów. Po pozytywnym przejściu tego procesu wszczepia się wewnętrzny stymulator. Nie u wszystkich pacjentów udaje się uzyskać poprawę. Całkowita skuteczność tej metody oceniana jest na 50-60 proc. Procedura jest odwracalna. Jeśli pacjent jest z jakiegoś powodu niezadowolony z urządzenia, można usunąć stymulator i elektrodę.

Trzeba też pamiętać, że powinno się kontrolować stan baterii, dzięki której urządzenie działa. Bateria starcza na okres od 3 do nawet 15 lat.

Bez definicji

Nie ma jednej i jasnej definicji, która w precyzyjny sposób opisywałaby od jakiego momentu i nasilenia problemu możemy mówić o nietrzymaniu stolca. Generalnie przyjmuje się, że można o nim mówić, gdy pacjent nie panuje, nie może powstrzymać opróżnienia odbytnicy w odpowiednim momencie i w sposób zgodny z przyjętymi normami społecznymi. Jeśli takie zdarzenia mają miejsce dwa razy w miesiącu i utrzymują się przez co najmniej cztery lata, można mówić o nietrzymaniu stolca.

To definicyjne ujęcie problemu. W praktyce bywa różnie. Część pacjentów, co podkreślają eksperci, szuka pomocy w chwili, gdy zaobserwują u siebie problem. Niestety zdecydowana większość trafia do lekarza, gdy inkontynencja jest już bardzo mocno nasiloną. Są i tacy, którzy nigdy nie będą szukali pomocy.

- Skala tego zjawiska jest bardzo mocno niedoszacowana - stwierdza dr n. med. Marcin Tchorzewski, chirurg, proktolog z Centrum Medycznego MCC. - W Polsce nie ma też badań epidemiologicznych, które mogą określić skalę pro-

blemu. Ze światowych statystyk wynika, że inkontynencja stolca w zależności od płci i wieku może dotyczyć nawet 25 proc. społeczeństwa. To bardzo dużo. W Polsce padają różne szacunki. Niektórzy specjaliści podają, że problem dotyka 3-11 proc. osób. Realnie jednak tych osób jest znacznie więcej, bo wiele nie zgłasza się po pomoc. W naszym społeczeństwie wszystko, co jest związane z odbytem, uznawane jest



Fot. Prostock-studio - stock.adobe.com

za wstydlive. Zbyt mało mówi się tym, że inkontynencja stolca może mieć poważne konsekwencje zdrowotne, w tym również psychiczne. Człowiek, który nie może kontrolować defekacji, żyje w ciągłym napięciu, w stresie, często izoluje się od społeczeństwa, nie wychodzi z domu w obawie przed kompromitacją czy niewyobrażalnym wstydem. Problem dotyczy młodych i starszych, kobiet i mężczyzn. Wśród podopiecznych domów pomocy społecznej inkontynencja kału dotyczy połowy pensjonariuszy.

Lista przyczyn występowania nietrzymania stolca jest bardzo długa. - Mechanizm kontrolowania oddawania stolca jest u człowieka bardzo skomplikowany. Polega on na czynności mięśniowej, nerwowej i współdziałaniu z innymi układami, w tym z układem pokarmowym - dodaje ekspert. - Wiele zależy także od psychiki. Ogólnie rzecz ujmując, można powiedzieć, że nietrzymanie kału ma związek z osłabieniem aparatu zwieraczowego. Aparat ten to nie jeden mięsień, to grupa mięśni (zwieracz zewnętrzny, wewnętrzny, łonowo-odbytniczy, mięsień dźwigacz odbytu). Trzeba też pamiętać o mięśniach miednicy mniejszej, które zapewniają odpowiednie ułożenie odbytnicy. A więc już sama budowa anatomiczna wskazuje na złożoność problemu. Osłabienie, zaburzenie czynności lub zła koordynacja którejś ze wspomnianych struktur może być przyczyną in-

kontynencji. Nie można zapominać także o chorobach ogólnoustrojowych. Do nietrzymania stolca mogą prowadzić inne choroby, np. stwardnienie rozsiane, twardzina układowa, cukrzyca z rozwiniętą neuropatią. Kolejną przyczyną są urazy, które powstają u kobiet podczas porodu. Nie chodzi tu tylko o nacięcie krocza, ale także o np. poród kleszczowy, czas porodu, dużą masę ciała dziecka. Szacuje się, że powikłany poród u pierworódek aż w 40 proc. przypadków może prowadzić do uszkodzenia zwieracza. Choroby dna miednicy to także przyczyna nietrzymania stolca. Do nietrzymania kału mogą przyczyniać się również zapalne choroby jelit, radioterapia stosowana w leczeniu raka szyjki macicy czy prostaty. U osób, które przeszły zabiegi chirurgiczne w obrębie jelita grubego czy odbytu aż w 60 proc. przypadków dochodzi do nietrzymania stolca. I wreszcie choroby ośrodkowego układu nerwowego (choroba Parkinsona, Alzheimera), udary, guzy mózgu, otępienie starcze. Inkontynencja kału może pojawić się u osób cierpiących na zespół jelita drażliwego, przy uporczywych biegunkach lub zaparciach – wylicza ekspert.

wpływające na schorzenie, uwzględniać choroby towarzyszące i stan pacjenta.

Podstawowym badaniem jest klasyczne badanie proktologiczne z oceną kanału odbytu i odbytnicy. – Odcinek przewodu pokarmowego odpowiedzialny za trzymanie stolca to bardzo mała struktura – u kobiet ma długość 2,5 cm, u mężczyzn nieco ponad 3 cm. Całkowita grubość mięśni zwieraczy to około 1 cm. To niewielki pierścień, ale o kluczowym znaczeniu. Diagnostyka nie może ograniczyć się do oceny samego pierścienia, ale musi obejmować także struktury otaczające oraz te, które mają na niego wpływ. Dla prawidłowej oceny należy wziąć pod uwagę wyniki badań endoskopowych: kolonoskopii, anoskopii, obrazujących: USG przezodbytniczego (niezwykle cenne dla oceny stanu zwieraczy) rezonansu magnetycznego czy tomografii. Grupa badań czynnościowych pozwala ocenić siłę skurczu mięśni, sprawność zamykania się zwieracza oraz czynność nerwową. Manometria odbytu to badanie, które służy do oceny funkcji zwieraczy odbytu i odbytnicy poprzez pomiar ciśnienia w tym rejonie. W przypadku

zaawansowanego nietrzymania stolca potrzebne są także badania neurologiczne, ocena przewodnictwa nerwowego i mięśniowego – tłumaczy Marcin Tchórzewski.

Jednym z takich badań jest elektromiografia, która ocenia unerwienie mięśni i czynność nerwów obwodowych. Ważnym, ale niechętnie wykonywanym badaniem jest defekografia, czyli badanie radiologiczne, w którym ocenia się zachowywanie się odbytu i odbytnicy na różnych etapach defekacji. – Rezonans magnetyczny to też przydatne badanie. Przy ocenie inkontynencji stolca diagnostyka może być bardzo szczegółowa i rozbudowana, ale musi być taka, jeśli chcemy dogłębnie

z badać problem i wprowadzić właściwą terapię. Musimy holistycznie podchodzić do każdego pacjenta, przeprowadzić dokładny wywiad, dzięki któremu poznamy nie tylko objawy samego nietrzymania, ale także kondycję układu pokarmowego, nerwowego, historię medyczną i zabiegową pacjenta – podkreśla ekspert.

Razem, ale osobno

Nietrzymaniu stolca często towarzyszy nietrzymanie moczu, zwłaszcza u osób starszych. Współistnienie schorzeń może dotyczyć 2-10 proc. dorosłych i ma związek z uszkodzeniem nerwów, ze słabą kondycją lub uszko-



Fot. Drazen - stock.adobe.com

Precyzja w diagnozowaniu

Długa lista przyczyn, które mogą prowadzić do nietrzymania stolca, sprawia, że postawienie prawidłowej diagnozy wymaga nie tylko doświadczenia, ale także ogromnej uważności. Nie ma jednej ścieżki postępowania, nie ma jednego badania, które pozwala postawić prawidłowe rozpoznanie.

– Na prawidłową diagnostykę schorzenia składa się wiele elementów – mówi Marcin Tchórzewski. – Dokładne zebranie wywiadu jest nieodzownym i początkowym elementem każdego procesu diagnostycznego. Pytania muszą obejmować objawy, początek, przebieg, charakter, czynniki

dzeniem mięśni dna miednicy, osłabieniem zwieraczy czy też z zespołami otępiennymi.

- Niestety, przy podwójnej inkontynencji konieczne jest często przeprowadzenie oddzielnych badań diagnostycznych, aby ustalić przyczynę nietrzymania moczu i kału. Niewiele jest badań wspólnych dla tych dwóch problemów medycznych - wyjaśnia ekspert. - W terapii tych schorzeń konieczne jest uświadomienie pacjenta, wyjaśnienie mu, jak działają mięśnie dna miednicy i czemu służą. W standardowym postępowaniu terapeutycznym nie udaje się jednocześnie leczyć inkontynencji moczu i kału, co ma związek z innymi strukturami anatomicznymi tych obszarów ciała. Niektóre metody leczenia, np. treningi mięśni, elektrostymulacja czy tzw. biofeedback, czyli nauka kontrolowania przez pacjenta funkcji poprzez informację zwrotną, w obu schorzeniach przynosi dobre rezultaty. Ale jest wiele elementów leczenia, które muszą być ukierunkowane na jedną lub drugą dolegliwość.

Czas działać

Inkontynencja, co już zostało powiedziane, może bardzo negatywnie wpływać na nasze życie i zdrowie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Nie trzeba się utwierdzać w przekonaniu, że inkontynencja to efekt starzenia się organizmu. Wyzbycie się fałszywego wstydu ma kluczowe znaczenie, ponieważ to on blokuje wszystkie sensowne działania, które mogą uwolnić nas od dokuczliwych dolegliwości.

- Dla pacjenta zmagającego się z inkontynencją niezwykle ważne jest znalezienie ośrodka, który specjalizuje się w leczeniu tych schorzeń - podkreśla dr Marcin Tchórzewski.

- Nie jest to proste, bo nie ma ich zbyt wiele. Ale warto się wysilić i znaleźć odpowiedniego specjalistę, który po wnikliwej diagnostyce zaproponuje właściwe leczenie. Zazwyczaj każdą terapię rozpoczynamy od leczenia farmakologicznego, ale w tym zakresie możliwości są ograniczone. Warto dodać, że część procesu leczenia nietrzymania stolca polega na regulacji wypróżnień, czyli na uwolnieniu się od biegunek lub zaparć. Nie ma leku, który wzmacnia zwieracz i dzięki terapii zaczyna on lepiej działać. Stosujemy leki, które w pośredni sposób wzmacniają zwieracz. Ale nie działa tu taki mechanizm jak przy poważnej infekcji, kiedy podajemy antybiotyk i niszczymy bakterie, które wywołały chorobę. Możemy zaproponować leczenie wspomagające, które jest skuteczne u 20 proc. pacjentów. Przypomnę biofeedback, czyli rodzaj fizjoterapii, która poprzez naukę świadomego skurczu i rozluźniania mięśni wspomaga i wzmacnia mięśnie zwieracza oraz mięśnie dna miednicy. Pacjent musi się nauczyć specjalnych ćwiczeń. To terapia, która wymaga cierpliwości i staranności ze strony pacjenta. Można też stosować elektrostymulację doodbytniczą. Jest skuteczna, ale również wymaga od pacjenta cierpliwości. W niektórych przypadkach nietrzymania stolca można wkroczyć z chirurgią. Jednak relatywnie rzadko stosuje się takie zabiegi.



JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna **Polska Akcja Humanitarna**

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów.

Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna **Polski Czerwony Krzyż**

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna **Caritas Polska**

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiorów i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

Trzeba jednak mieć świadomość, że po chirurgicznej rekonstrukcji zwieraczy wraz z upływem czasu ulegają one degeneracji. Istnieje też możliwość odtworzenia zwieracza odbytu z mięśnia pośladkowego, smukłego lub wszczepienie sztucznego zwieracza (protezy). To operacje bardzo skomplikowane i zarezerwowane dla szczególnych przypadków medycznych. Gdy wszystkie metody zawiodą pozostaje wyłknięcie stomii – podsumowuje dr Tchórzewski.

Rzetelność i staranność

Neuromodulacja krzyżowa stosowana jest na świecie od ponad 25 lat. W Polsce była także uznaną metodą leczenia, ale refundację w ramach NFZ wprowadzono dopiero w 2019 roku i tylko w odniesieniu do nietrzymania moczu. Nie ma refundacji dla osób zmagających się z nietrzymaniem stolca.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych to zabieg, który polega na wszczepieniu stymulatora, który wysyła impulsy elektryczne do nerwów krzyżowych. Impulsy przywracają prawidłową pracę dolnych dróg moczowych i dna miednicy. Zabieg polega na wszczepieniu elektrody do przestrzeni w kości krzyżowej celem stymulacji nerwów krzyżowych S3 pod kontrolą aparatu rentgenowskiego, a następnie wyprowadzeniu elektrody na zewnątrz i połączeniu z zewnętrznym stymulatorem. To testowa faza zabiegu, która trwa około 2 tygodni. W tym okresie elektrody są zasilane przez stymulator zewnętrzny. Jeśli następuje 50-procentowa poprawa, urządzenie wszczepiane jest na stałe. Jeśli nie osiągnięto wystarczająco dobrego rezultatu, elektrody zostają usunięte.

– *Wszyscy pacjenci zmagający się z nietrzymaniem moczu powinni być bardzo dokładnie zdiagnozowani przez specjalistę – podkreśla Janusz Borzyński, przewodniczący Sekcji Neurourologii UroConti. – Konieczne jest poznanie nie tylko fizycznych dolegliwości pacjenta, ale także zagłębienie się w jego psychikę. Ważne jest i to, aby zanim zaproponuje się wszczepienie neuromodulatora, wykorzystać mniej inwazyjne metody leczenia, np. farmakologię, fizjoterapię. Neuromodulacja jest skuteczną metodą leczenia pęcherza nadreaktywnego. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, że neuromodulator trafił do mnie po blisko półtorarocznej obserwacji i wielu badaniach zleconych przez urologa oraz po wykorzystaniu innych metod leczenia. Gdy okazały się nieskuteczne, zaproponowano mi neuromodulator. Jeszcze przed zabiegiem dokładnie wytłumaczono mi, jak działa neuromodulacja i czego mogę się spodziewać. Byłem przygotowany fizycznie i psychicznie do zabiegu. Ale zdarza się, że pacjenci bez odpowiedniego przygotowania trafiają na zabieg tuż przed jego wykonaniem. Nie są przygotowani, nie wiedzą, co ich czeka. Trzeba mieć świadomość, że neuromodulator nas nie uleczy. To leczenie wspomagające, które znacznie poprawia komfort życia.*

Niezwykle ważna jest opieka po zabiegu wszczepienia elektrod. W okresie testowania metody, czyli sprawdzania

jej skuteczności u konkretnej osoby, potrzebny jest stały kontakt ze specjalistami.

– *W okresie testowania metody prowadzi się dziennik mikcji. Tylko tak można ocenić jej skuteczność u danej osoby – mówi Janusz Borzyński. – Jeśli liczba wizyt w toalecie się zmniejsza, a ilość moczu w pęcherzu się zwiększa, to oznacza, że neuromodulator spełnia swoje funkcje. Wtedy przechodzi się do drugiego etapu zabiegu, czyli wszczepienia, tuż pod skórą, do mięśnia pośladkowego pozostającego przez dwa tygodnie na zewnątrz neuromodulatora. Często jestem pytany, czy urządzenie jest bezpieczne. Tak, bezpieczne. Korzystam z niego już ponad 5 lat. Poza tym jest to zabieg odwracalny. Jak mówi pan Janusz, z neuromodulatorem trzeba się oswoić. Przez kilka miesięcy po wszczepieniu pacjenci stają się nieco bardziej wyczuleni na swoje samopoczucie. Gdy coś zabolę, gdy muszą kilka razy w nocy wstać do toalety, czy gdy zaniepokoi ich działanie urządzenia sterującego, zaczynają nieco panikować.*

– *W pierwszych miesiącach po wszczepieniu neuromodulatora pacjent powinien mieć nieograniczony dostęp do lekarza, aby poznać odpowiedź na nurtujące go pytania. Dla specjalisty to mogą być błahе pytania, ale dla pacjenta to ważna życiowa sprawa – wyjaśnia Janusz Borzyński. – Uważam, że przez pierwszy rok pacjent powinien mieć wyznaczone co najmniej 2–3 terminy wizyty i stawiać się w przychodni szpitalnej na kontrolę, by sprawdzić, czy urządzenie prawidłowo funkcjonuje, czy nie zostało np. mechanicznie uszkodzone. Neuromodulator jest ciałem obcym w naszym organizmie, dlatego mamy prawo się niepokoić. Sam tego doświadczyłem. Gdy zobaczyłem nowy komunikat na sterowniku lub miałem wrażenie, że neuromodulator przestał działać, wpadłem w panikę. Pomimo to, że był to okres świąteczny, skontaktowałem się z lekarzem i szybko uzyskałem pomoc, ale dobrze pamiętam swój strach. Wystarczyła krótka rozmowa telefoniczna jasnym i zrozumiałym dla pacjenta językiem, by wszystko wróciło do normy. Chodzi też o regularne sprawdzanie stanu baterii. Ja posługuję się dwoma urządzeniami – sterownikiem i urządzeniem do komunikowania neuromodulatora ze sterownikiem, ale przecież tak samo pilnujemy poziomu baterii np. w naszych telefonach. Różnica jest tylko taka, co zobaczyłem po roku i to mnie bardzo uspokoiło, że urządzenia wymagają naładowania nie częściej niż co 3–4 miesiące. Każdy z nas inaczej reaguje, mamy różny poziom odporności psychicznej, dlatego apelujemy do lekarzy o wyrozumiałość dla naszych obaw i – być może – uciążliwych pytań, ale to nam najbardziej zależy, aby praca specjalistów nie poszła na marne, a komfort naszego życia był lepszy. Pacjent pozostawiony bez opieki żyje w dużym napięciu psychicznym, często tak ogromnym, że rezygnuje z wygody, jaką gwarantuje neuromodulator. Z własnego doświadczenia wiem, jak wygląda planowanie dnia pod kątem dostępności do toalet i z ilu aktywności trzeba rezygnować. Teraz żyję na luzie i poza oczywistymi skutkami wynikającymi z mojego numeru pesel, mogę korzystać w pełni z komfortu życia – mówi pan Janusz.*