

KSIĄŻECZKA INFORMACYJNA

SPECJALIŚCI O NIETRZYMANIU MOCZU

Zadanie finansowane przez Miasto Wrocław

Wrocław miasto spotkań

www.wroclaw.pl

dr n. med. Aleksandra Piątek
dr n. med. Maciej Zalewski

Oddział Ginekologii
SPZOZ MSWiA we Wrocławiu

W tej książeczce znajdziesz informacje o:

- rodzajach nietrzymania moczu i tym jak można je leczyć
- rodzajach zabiegów, które mogą zostać Ci zaproponowane w szpitalu, ich przebiegu, skuteczności i powikłaniach
- metodach profilaktyki nietrzymania moczu
- tym, w jaki sposób radzić sobie z “okazjonalnym” nietrzymaniem moczu
- co zrobić jeżeli oprócz nietrzymania moczu występuje także obniżenie narządu rodnego
- tym czy zabiegi medycyny estetycznej i regeneracyjnej mogą poprawić problem nietrzymania moczu.
- jaki wpływ ma hormonalna terapia menopauzalna na nietrzymanie moczu i jakie leczenie możemy zastosować
- jak radzić sobie z pogorszeniem nastroju związanym z menopauzą

CZĘŚĆ I

Nietrzymanie moczu - dlaczego występuje.

CZĘŚĆ II

Nietrzymanie moczu - diagnostyka i leczenie.

CZĘŚĆ III

Metody profilaktyki nietrzymania moczu.

CZĘŚĆ IV

Metody radzenia sobie z “okazjonalnym nietrzymaniem moczu.

CZĘŚĆ V

Ginekologia estetyczna i regeneracyjne - czy działa?

CZĘŚĆ VI

Hormonalna terapia menopauzalna a nietrzymanie moczu.

CZĘŚĆ VII

Nietrzymanie moczu i depresja.

CZĘŚĆ I

NIETRZYMANIE MOCZU - DLACZEGO WYSTĘPUJE

Nietrzymanie moczu jest problemem kobiet nasilającym się wraz z wiekiem. Podczas gdy występuje u jednej na trzy kobiety w średnim wieku, dotyczy nawet połowy kobiet po menopauzie. Wpływ na jego występowanie mają zarówno postępujący wiek, choroby (cukrzyca, astma, alergie), przebyte ciążę i porody, operacje, a także nieprawidłowe nawyki jak na przykład używki - papierosy.

Otyłość (BMI > 30) podnosi ryzyko nietrzymania moczu aż trzykrotnie w porównaniu do kobiet o prawidłowej masie ciała!

Tabela 1. Czynniki ryzyka nietrzymania moczu oraz możliwości ich modyfikacji.

CZYNNIK RYZYKA	W JAKI SPOSÓB WPŁYWA	CZY MOŻNA GO ZMODYFIKOWAĆ
starszy wiek	m.in. gorsza jakość tkanek, niższy poziom hormonów	zdrowy tryb życia, leczenie chorób towarzyszących terapia hormonalna - w tym miejscowa
otyłość	przewlekły ucisk na narządy miednicy mniejszej, wzrost ciśnienia śródbrzusznego	redukcja masy ciała
ilość porodów	uszkodzenia struktur miednicy mniejszej	fizjoterapia uroginekologiczna
cukrzyca typu drugiego	wtórne do cukrzycy uszkodzenia naczyń i nerwów, często współistnieje z otyłością	wczesne wykrycie i leczenie choroby
histerektomia (usunięcie macicy)	zaburzenie statyki narządu rodowego	operacje oszczędzające, fizjoterapia uroginekologiczna
palenie papierosów	niedotlenienie tkanek, przewlekły kaszel zwiększają ryzyko nietrzymania moczu	rzucenie palenia

Wg klasyfikacji Stameya wyróżniamy 3 stopnie wysiłkowego nietrzymania moczu, w zależności od nasilenia dolegliwości. Są one zawarte w Tabeli 2, wraz z proponowanym postępowaniem leczniczym. Leczenie operacyjne jest proponowane pacjentkom z 2. i 3. stopniem nasilenia dolegliwości.

Tabela 2. Klasyfikacja stopni nietrzymania moczu wg Stameya oraz możliwe opcje postępowania.

stopień	kiedy następuje wyciek	możliwe opcje leczenia
1	w pozycji stojącej - podczas śmiania się, kichania	fizjoterapia, tampony, pessary, postępowanie nieoperacyjne - ginekologia regeneracyjna
2	podczas wysiłku fizycznego o średnim nasileniu (bieganie, wchodzenie po schodach)	leczenie operacyjne, fizjoterapia, tampony, pessary, postępowanie nieoperacyjne - ginekologia regeneracyjna
3	podczas minimalnego wysiłku - także podczas leżenia	leczenie operacyjne, fizjoterapia, tampony, pessary

Wyróżniamy główne postaci nietrzymania moczu: wysiłkowe, z parcia (czyli pęcherz nadreaktywny), z przepełnienia oraz postaci mieszane i inne, rzadziej występujące rodzaje. W zależności od typu nietrzymania moczu, leczenie może się różnić. Postacie mieszane nietrzymania moczu mogą wymagać terapii łączonych. Typy nietrzymania moczu oraz ich leczenie zostały przedstawione w Tabeli 3.

Tabela 3. Rodzaje nietrzymania moczu oraz ich leczenie

rodzaj	kiedy występuje	leczenie
wysiłkowe	podczas kaszlu, śmiania się, wysiłku	- zachowawcze - operacyjne np. slingi podcewkowe, kolposuspensja sposobem Burcha - czynniki wypełniające np. Bulkamid
z parć (pęcherz nadreaktywny)	nagle uczucie parcia na pęcherz powoduje konieczność oddania moczu	- leczenie farmakologiczne - w razie nieskuteczności leczenia farmakologicznego - iniekcje botoksu dopęcherzowe
z przepełnienia	w przypadku zalegania moczu, gdy występuje jego utrudniony odpływ np. przy obniżeniu narządu	- pessary, tampony - leczenie operacyjne przyczyn zalegania
mieszane	kilka przyczyn	terapia łączona
inne: np. moczenie, moczenie nocne, pozacewkowe, neurogenne		- zależne od przyczyn

CZĘŚĆ II

NIETRZYMANIE MOCZU: DIAGNOSTYKA I LECZENIE

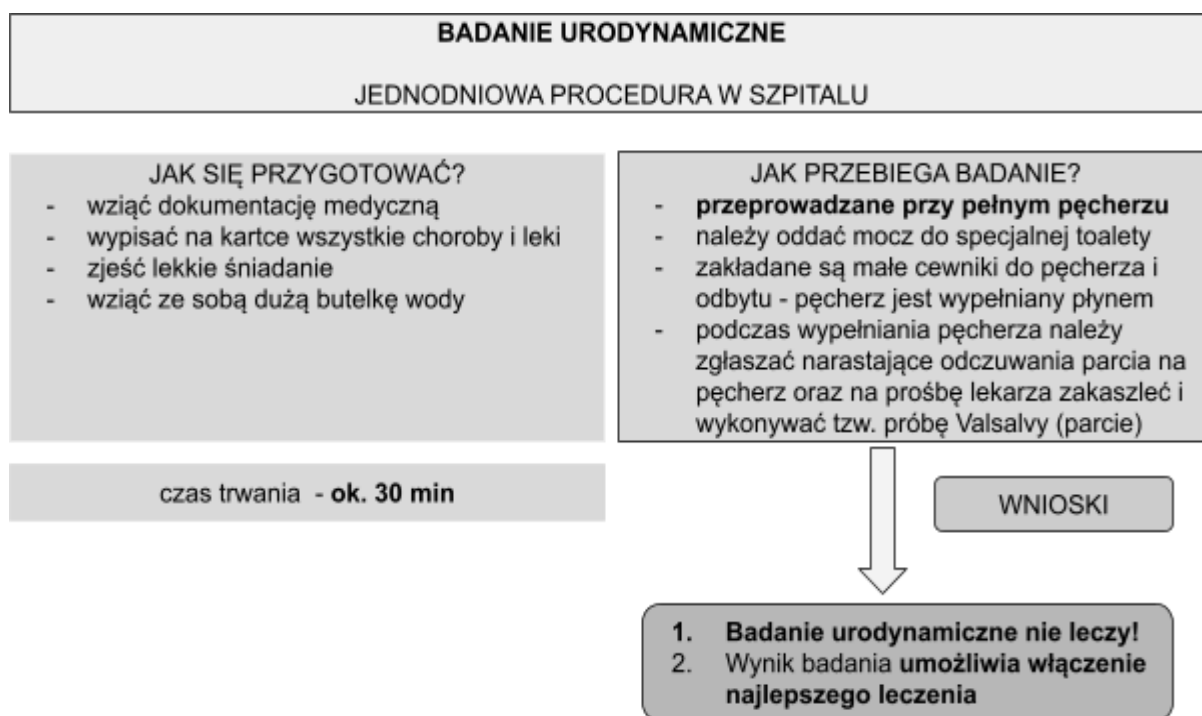
A. DIAGNOSTYKA

Żeby włączyć odpowiednie leczenie, konieczna jest rozmowa z pacjentką, przeprowadzenie wywiadu medycznego na temat zgłaszanych dolegliwości. Często na podstawie samego opisu dolegliwości można postawić diagnozę. Dodatkowo, ważnych informacji może dostarczyć badanie ginekologiczne i badanie ultrasonograficzne (usg).

Do badań, które warto wykonać, szczególnie gdy nietrzymanie moczu pojawiło się niedawno lub zmienił się jego charakter, należą badanie ogólne moczu i ewentualnie, w razie wątpliwości, posiew moczu.

W razie braku pewności co do charakteru nietrzymania moczu, proponowane jest badanie urodynamiczne. Opis przygotowania i przebiegu badania jest przedstawiony na rysunku 1.

W razie braku pewności co do charakteru nietrzymania moczu, proponowane jest **badanie urodynamiczne**. Opis przygotowania i przebiegu badania jest przedstawiony na rysunku 1.



Rys. 1. Badanie urodynamiczne - przygotowanie i przebieg.

Do najczęstszych zabiegów nietrzymania moczu należą:

- kolposuspcja (poniesienie tkanek pochwy) sp. Burcha
- założenie taśm podcewkowych
 - beznapięciowa taśma przezpochwowa TVT (*tension-free vaginal tape*) - zakładana załonowo (nacięcie nad spojeniem)
 - TVT-O - zakładana przez otwory zasłonięte (nacięcie w pachwinach)

Jeżeli zabiegi okażą się nieskuteczne, używa się specjalnych wypełniaczy cewki moczowej - jednak czas skuteczności ich działania jest ograniczony czasowo.

KOLPOSUSPENSJA SPOSOBEM BURCHA

Kolposuspensja sposobem Burcha jest metodą operacji laparoskopowej. Wykonuje się ją gdy jest konieczność jednoczesowej operacji obniżenia ściany przedniej pochwy z zerwaniem bocznym - wtedy łączy się ją z operacją Richardsona.

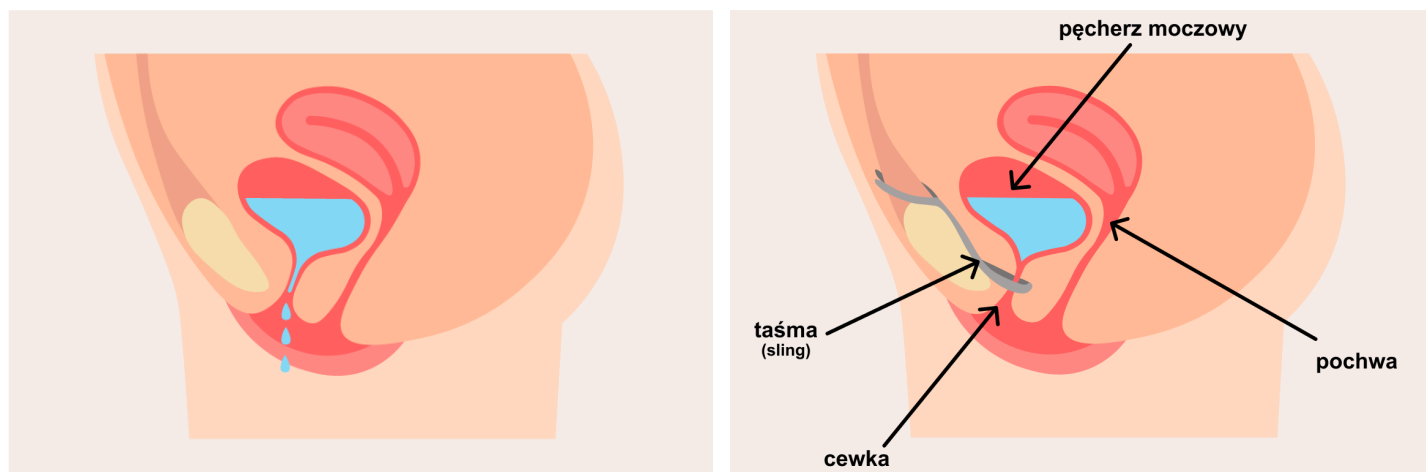
Alternatywą do zabiegu kolposuspensji jest implantacja taśm podcewkowych TVT lub TOT.

PRZYGOTOWANIE I PRZEBIEG ZABIEGU:	
<ol style="list-style-type: none">1. Przyjęcie do szpitala - dzień przed zabiegiem.2. Zalecana dieta lekkostrawna kilka dni przed zabiegiem.3. Należy spakować ubrania na zmianę, zrobić listę swoich chorób, operacji, stosowanych leków.4. Konsultacja anestezjologiczna - zabieg jest zawsze wykonywany w znieczuleniu ogólnym.5. Zabieg laparoskopii - jedno większe nacięcie w pępku i 3 mniejsze nacięcia (5mm) w dole brzucha. Polega na podwieszeniu tkanek okołocewkowych do więzadła grzebieniowego kości łonowej. Czyli: stabilizuje się cewkę moczową, żeby nie "otwierała się" podczas wysiłku i żeby nie dochodziło do wycieku moczu.6. Wypis najwcześniej dzień po zabiegu. Czas pobytu zależy od przebiegu zabiegu i dolegliwości.	
PRZECIWWSKAZANIA:	MOŻLIWE POWIKŁANIA:
<ol style="list-style-type: none">1. Przeciwwskazania do laparoskopii (liczne zabiegi brzuszne, cięcia cesarskie, niewyrównane choroby ogólnoustrojowe).2. Cięża.3. Aktywne stany zapalne w organizmie.	<ol style="list-style-type: none">1. Uszkodzenia sąsiadujących narządów (uszkodzenie pęcherza, jelit).2. Krwotoki i krwawienia.3. Konwersja, czyli zmiana zabiegu na laparotomię - otwarcie brzucha.4. Przemijające lub długotrwałe dolegliwości bólowe w rzucie rany lub w miednicy mniejszej.5. Zakażenia ran pooperacyjnych.6. Problemy z oddawaniem moczu (np. zatrzymanie moczu)
CO PO ZABIEGU?	
<ol style="list-style-type: none">1. Ściągnięcie szwów i pierwsza kontrola w Poradni w 7. dobie po zabiegu.2. Zastrzyki przeciwkrzepliwne na 10 dni. Leki przeciwbólowe np. nimesulid w razie potrzeby.3. Kontrola w Poradni po 4 tygodniach4. Unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów - do max. 5 kg.5. Zwolnienie lekarskie na ok. 2 tygodnie.	

Rys. 2. Zabieg kolposuspensji sposobem Burcha - przygotowanie, przebieg, przeciwwskazania, powikłania i postępowanie pozabiegowe.

TAŚMY PODCEWKOWE

Zabiegi założenia taśm podcewkowych służą wytworzeniu sztucznego "hamaka" podpierającego cewkę, dzięki któremu nie dochodzi do wycieku moczu podczas kaszlu, kichania czy wysiłku. Zabieg jest wykonywany przezpochwowo, małe nacięcia do pociągnięcia taśmy mogą być w pachwinach lub nad spojeniem łonowym (rys. 3).



Rys. 3 Obraz cewki przed i po założeniu slingu (taśmy podcewkowej) tutaj: TVT.

Na świecie ten rodzaj operacji stosuje się już od ok. 30 lat, badania wykazują długotrwałą skuteczność metody - po wielu latach nawet 90% pacjentek nie zgłasza nietrzymania moczu!

Pomimo dużej skuteczności leczenia, zabiegi są związane z dużym ryzykiem powikłań okołozabiegowych - uszkodzenia pęcherza w przypadku TVT dotyczą nawet 6% zabiegów, uszkodzenia naczyń z krwawieniem - 3% operacji.

Planowanie ciąży jest tylko względnym przeciwwskazaniem - w opisanych przypadkach ciąż po założeniu taśm nie stwierdzono nawrotu nietrzymania moczu.

PRZYGOTOWANIE I PRZEBIEG ZABIEGU:

1. **Przyjęcie do szpitala - dzień przed zabiegiem.**
2. Dopochwowo **kremy z estrogenem** 2x w tygodniu po pół aplikatora - min. **4 tyg. przed zabiegiem.**
3. Zalecana **dieta lekkostrawna** kilka dni przed zabiegiem.
4. Należy spakować ubrania na zmianę, wkładki, zrobić listę swoich chorób, operacji, stosowanych leków.
5. Konsultacja anestezyjologiczna - zabieg **w znieczuleniu podpajęczynówkowym** (częściej) **lub ogólnym.**
6. Zabieg wykonywany **przezpochwowo** - nacięcie w pochwie na ok. 1 cm oraz dwa mniejsze nacięcia (5mm) w pachwinach lub nad spojeniem łonowym.
Polega na założeniu taśmy pod cewkę moczową, która ma działać jak hamak, czyli: **stabilizuje cewkę moczową**, żeby nie "otwierała się" podczas wysiłku i żeby nie dochodziło do wycieku moczu.
7. **Wypis najwcześniej dzień po zabiegu.** Czas pobytu zależy od przebiegu zabiegu i dolegliwości.

PRZECIWWSKAZANIA:

1. Przeciwwskazania do zabiegu (niewyrównane choroby ogólnoustrojowe).
2. Ciąża lub planowanie ciąży.
3. Aktywne stany zapalne w organizmie.

MOŻLIWE POWIKŁANIA:

1. Uszkodzenia sąsiadujących narządów (uszkodzenie pęcherza, naczyń).
2. Krwotoki i krwawienia. Zakażenia ran pooperacyjnych.
3. Przemijające lub długotrwałe dolegliwości bólowe w pachwinach, udach lub w miednicy mniejszej.
4. Problemy z oddawaniem moczu (np. zatrzymanie moczu)
5. Bolesne współżycie.

CO PO ZABIEGU?

1. Szwy są rozpuszczalne - nie trzeba ich ściągać.
2. Zastrzyki przeciwzakrzepowe na 10 dni. Leki przeciwbólowe np. nimesulid w razie potrzeby.
3. Przewlekle dopochwowo **kremy zawierające estrogen**: 2x w tygodniu po pół aplikatora.
4. Kontrola w Poradni po 4 tygodniach.
5. Unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów - do max. 5 kg.
6. Zwolnienie lekarskie na ok. 2 tygodnie.

Rys. 4. Zabieg założenia slingów podcewkowych (TVT i TOT) - przygotowanie, przebieg, przeciwwskazania, powikłania i postępowanie pozabiegowe.

BULKING AGENTS - ŚRODKI WYPEŁNIAJĄCE

Leczenie nietrzymania moczu za pomocą wypełniaczy polega na wstrzyknięciu specjalnego wypełniacza (np. Urolon, Bulkamid, Durasphere) w okolice cewki moczowej, co wzmacnia jej strukturę i poprawia zdolność zatrzymywania moczu. Zabieg ten jest małoinwazyjny, przynosi ulgę pacjentom z wysiłkowym nietrzymaniem moczu u których pozostałe metody leczenia operacyjnego nie odniosły spodziewanego efektu.

PRZYGOTOWANIE I PRZEBIEG ZABIEGU:	
<ol style="list-style-type: none">1. Przyjęcie do szpitala - dzień przed zabiegiem.Badanie ogólne moczu przez zgłoszeniem się do szpitala.Zalecana dieta lekkostrawna kilka dni przed zabiegiem.Należy spakować ubrania na zmianę, wkładki, zrobić listę swoich chorób, operacji, stosowanych leków.Konsultacja anestezjologiczna - zabieg w znieczuleniu podpajęczynówkowym (częściej) lub ogólnym.Zabieg wykonywany przezcewkowo. Polega na założeniu kamery do pęcherza - cystoskopu i podaniu przez specjalny kanał roboczy materiału wypełniającego w ścianę cewki moczowej w celu jej uszczelnienia.Wypis najwcześniej dzień po zabiegu.	
PRZECIWWSKAZANIA:	MOŻLIWE POWIKŁANIA:
<ol style="list-style-type: none">Przeciwwskazania do zabiegu (niewyrównane choroby ogólnoustrojowe).Ciąża lub planowanie ciąży.Aktywne stany zapalne w organizmie.	<ol style="list-style-type: none">Zakażenie układu moczowego.Trudności w oddawaniu moczu (konieczność czasowego cewnikowania).Ból pęcherza po zabiegu.Reakcje alergiczne na toksynę botulinową.
CO PO ZABIEGU?	
<ol style="list-style-type: none">Planowe kontrole w PoradniEfekt może się utrzymywać od 6 miesięcy do nawet 7 lat.	

Rys. 5. Zabieg wstrzyknięcia środków wypełniających - przygotowanie, przebieg, przeciwwskazania, powikłania i postępowanie pozabiegowe.

C. LECZENIE PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO

Pęcherz nadreaktywny, czyli uczucie parcia na mocz nawet pomimo niewielkiego wypełnienia pęcherza jest w prawie połowie przypadków związany z nietrzymaniem moczu. Parcie na pęcherz występuje niespodziewanie i przez to powoduje ogromny dyskomfort w codziennym funkcjonowaniu.

Brak możliwości przewidzenia parć nagłych jest związany z koniecznością dostosowania pod to nawyków: z opracowaniem codziennych schematów tras do pracy, sprawdzaniem lokalizacji najbliższych toalet, noszenia ze sobą ubrań na zmianę.

Zmiana stylu życia: zrezygnowanie z kofeiny, trening pęcherza, treningi z fizjoterapeutą uroginologicznym oraz redukcja stresu (poprzez jogę, pilates, medytację) mogą być bardzo efektywne, ale często konieczne jest zastosowanie leków lub zastrzyków z kwasu botulinowego do pęcherza.

LECZENIE FARMAKOLOGICZNE

Przed włączeniem leczenia należy:

- sprawdzić czy nie ma zalegania moczu ani zmian organicznych np. guza (w usg)
- wykonać badanie ogólne moczu

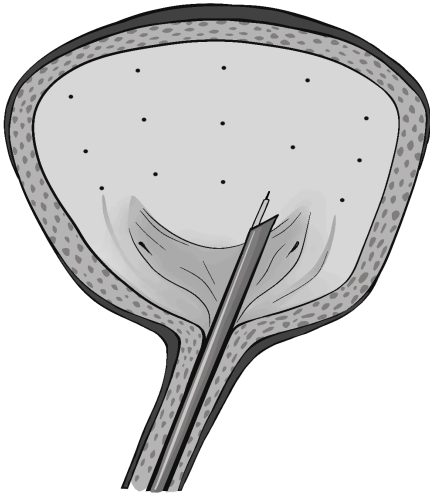
Leczeniem, które jest stosowane w pierwszej kolejności to preparaty antycholinergiczne. Pomimo korzystnego działania na parcia, częstomocz i oddawanie moczu w nocy (nykturię) można się spodziewać **efektów ubocznych: suchości w ustach, zaparc i objawów żołądkowo - jelitowych**. Leki te nie mogą być stosowane w jaskrze z wąskim kątem przesączania i w miastenii.

Solifenacyna (najczęściej stosowany), **oksybutynina**, **daryfenacyna**: lek należy stosować raz dziennie; nie ma znaczenia o jakiej porze i czy z posiłkami czy nie. W przypadku częstego oddawania moczu w nocy warto stosować go wieczorem. Zupełnie ustąpienie objawów po zastosowaniu leku stwierdza się u połowy pacjentów, redukcję objawów - u 55%.

Zamiast zwiększania dawki leku dodajemy najczęściej drugi lek w najniższej dawce - dzięki temu nie zwiększamy ryzyka działań niepożądanych.

Mirabegron: należy do leków sympatykomimetycznych. Można go stosować jako monoterapię lub łączyć z innymi lekami.

DOPEŁCZOWE PODANIE TOKSYNY BOTULINOWEJ



Leczenie pęcherza nadreaktywnego toksyną botulinową polega na podaniu niewielkich dawek botoksu bezpośrednio do mięśnia pęcherza moczowego. Zabieg ten wykonuje się przy pomocy kamery wprowadzanej do pęcherza - cystoskopu. Ma na celu zmniejszenie wzmożonej aktywności mięśni pęcherza. Pomaga on ograniczyć częstotliwość nagłego parcia na mocz, epizody nietrzymania moczu oraz zwiększyć pojemność pęcherza.

Rys. 6. Miejsca podania toksyny botulinowej do pęcherza przez cystoskop (rurka wprowadzana do pęcherza) ze specjalną igłą.

PRZYGOTOWANIE I PRZEBIEG ZABIEGU:	
<ol style="list-style-type: none">1. Przyjęcie do szpitala - procedura jednodniowa.Prawidłowy wynik badania ogólnego moczu - badanie przed przyjęciem do szpitala.Zalecana dieta lekkostrawna kilka dni przed zabiegiem.Należy spakować ubrania na zmianę, wkładki, zrobić listę swoich chorób, operacji, stosowanych leków.Konsultacja anestezjologiczna - zabieg może być w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym.Zabieg wykonywany przezcewkowo. Polega na założeniu kamery do pęcherza - cystoskopu i podaniu przez specjalny kanał roboczy toksyny botulinowej w formie pojedynczych wstrzyknięć w ścianę pęcherza.	
WSKAZANIA	
Zalecane dla osób z nietrzymaniem moczu z parć, którzy którzy nie reagują na leczenie farmakologiczne lub u których występują silne skutki uboczne tych leków.	
PRZECIWWSKAZANIA:	MOŻLIWE POWIKŁANIA:
<ol style="list-style-type: none">1. Uczulenie na toksynę botulinową lub składniki preparatu.2. Cięża.3. Aktywna infekcja układu moczowego .	<ol style="list-style-type: none">1. Zakażenie układu moczowego.2. Trudności w oddawaniu moczu (konieczność czasowego cewnikowania).3. Ból pęcherza po zabiegu.4. Reakcje alergiczne na toksynę botulinową.
CO PO ZABIEGU?	
<ol style="list-style-type: none">1. Efekt zabiegu utrzymuje się przez 6-12 miesięcy, po tym czasie zabieg należy powtórzyć.	

Rys. 7. Zabieg podania toksyny botulinowej do pęcherza - przygotowanie, przebieg, wskazania, przeciwwskazania, powikłania i postępowanie pozabiegowe.

CZĘŚĆ III

METODY PROFILAKTYKI NIETRZYMANIA MOCZU

opracowanie: dr n. o k. f.. Gabriela Kołodyńska

FIZJOTERAPIA

Wytyczne Międzynarodowego Towarzystwa ds. Kontynencji wskazują, iż leczenie nietrzymania moczu należy rozpocząć od zastosowania metod najbardziej bezpiecznych i najmniej inwazyjnych. Najnowsze doniesienia naukowe, podkreślają, iż należy do nich przede wszystkim fizjoterapia. Odpowiednio dobrane metody fizjoterapeutyczne powodują znaczną poprawę, a nawet całkowitą redukcję objawów.

Podstawową metodą fizjoterapeutyczną, która jest stosowana u pacjentek z nietrzymaniem moczu są ćwiczenia mięśni dna miednicy (określane inaczej jako ćwiczenia czynno-wzmacniające, trening mięśni dna miednicy lub trening sensoryczny). Nazywane są one także potocznie ćwiczeniami mięśni Kegla - od nazwiska ich pomysłodawcy. Trening ten jest zalecany u pacjentek ze wszystkimi typami nietrzymania moczu.

Zestawy ćwiczeń powinny być dobierane indywidualnie do możliwości pacjenta, a ich podstawowym elementem jest odpowiednia motywacja oraz zaangażowanie ćwiczącego. Niemniej jednak ważne jest, aby trening był wykonywany w prawidłowy sposób. Czasami zdarza się, iż pacjentka zamiast napinać mięśnie dna miednicy prze i w ten sposób następuje nasilenie dolegliwości uroginekologicznych. W związku z tym istotne znaczenie odgrywa stałe monitorowanie skuteczności treningu, a w przypadku braku poprawy lub też pogorszeniu objawów zaleca się przerwanie ćwiczeń.

Ćwiczenia mięśni Kegla polegają na naprzemiennym zaciskaniu ich i rozluźnianiu. Istotnym jest, aby, podczas zaciskania mięśni dna miednicy, mięśnie ud i pośladków powinny pozostać rozluźnione. Po drugie, istotna jest kontrola oddechu podczas ćwiczeń. Mięśnie należy zaciskać podczas wydechu, a rozluźniać na wdechu. Po trzecie, konieczna jest systematyczność – ćwiczenia wykonujemy po kilka razy dziennie, każdego dnia. Efekty mogą pojawić się już po kilku tygodniach.

Ćwiczenie 1

Pierwsze ćwiczenie to powolne zaciskanie i rozluźnianie mięśni Kegla. Zaciśnięcie, a następnie rozluźnienie, powinno trwać po 2 sekundy. Ćwiczenie można powtarzać w dowolnej liczbie serii – im więcej, tym lepiej.

Ćwiczenie 2

Drugie ćwiczenie polega na jak najmocniejszym zaciśnięciu mięśni na 5 sekund, a następnie 5-sekundowym rozluźnieniu. Po każdym rozluźnieniu można wykonać zacisk wytrzymałościowy, czyli zaciśnięcie mięśni Kegla z umiarkowaną siłą, ale na jak najdłużej – nawet do 1 minuty. Całość ćwiczenia należy powtórzyć 5–10 razy.

Ćwiczenie 3

Kolejnym rodzajem ćwiczenia jest szybkie zaciskanie i rozluźnianie mięśni. Należy zacisnąć mięśnie jak najmocniej na 2 sekundy, następnie na 2 sekundy rozluźnić, i tak w serii po 5–10 powtórzeń, po kilka razy dziennie.

Jeśli masz trudność ze zlokalizowaniem u siebie mięśni Kegla, porozmawiaj o tym z Twoim ginekologiem lub fizjoterapeutą uroginekologicznym, który pomoże Ci je odnaleźć i podpowie, jak wykonywać ćwiczenia.

URZĄDZENIA DO ĆWICZEŃ

W związku z występowaniem trudności w nauce wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy do treningu zaczęto wykorzystywać biologiczne sprzężenie zwrotne (**biofeedback**).

Technika ta w leczeniu nietrzymania moczu pozwala zobrazować pacjentce popełniane przez nią błędy oraz uczy efektywnego skurczu mięśni. Do terapii wykorzystywana jest specjalna sonda/głowica dopochwowa, którą umieszcza się w pochwie pacjentki. Biologiczne sprzężenie zwrotne umożliwia opanowanie umiejętności świadomych skurczów w obrębie właściwej grupy mięśniowej przy jednoczesnym rozluźnieniu innych mięśni. Biofeedback u pacjentek z nietrzymaniem moczu ma na celu poprawić pracę mięśni w zakresie szybkości reakcji, siły skurczu i wytrzymałości.

U pacjentek, które nie potrafią wykonać samodzielnego skurczu mięśni wykorzystywana jest przede wszystkim **elektrostymulacja mięśni dna miednicy**. Przesyłane przez urządzenie impulsy elektryczne wywołują skurcz mięśni, co w efekcie powoduje ich wzmocnienie.

Coraz większe zainteresowanie w leczeniu osób z nietrzymaniem moczu zyskuje także **stymulacja polem magnetycznym**. Działanie pola magnetycznego niskiej częstotliwości poprzez indukcję magnetyczną aktywizuje nerwy. Pole magnetyczne pobudza włókna nerwu sromowego, przez co poprawia siłę i szybkość kurczenia się mięśni dna miednicy.

W przypadku nietrzymania moczu 1. lub 2. stopnia, jako kontynuację fizjoterapii można zastosować urządzenia do ćwiczeń domowych. Zestaw obejmuje małe urządzenie dopochwowe, do którego instaluje się specjalną aplikację na telefonie. Ćwiczenia pozwalają, w zależności od napięcia mięśni Kegla, osiągać określone cele widoczne na ekranie telefonu. Do wyboru jest dużo wersji i poziomów gier. Umożliwiają one także ocenę postępów leczenia i tym samym stanowią motywację dla pacjentki.

Na polskim rynku dostępne są urządzenia firmy:

- Perifit : <https://pl.perifit.co/>
- Pelvifly: <https://pelvifly.com/>

MODYFIKACJE STYLU ŻYCIA

Podstawą każdej z opisanych powyżej terapii powinna być zmiana stylu życia, polegająca na uświadomieniu pacjentkom błędów popełnianych każdego dnia. Tylko wyeliminowanie zachowań, które wpływają na pojawienie się nieprawidłowości w mikcji może wpłynąć na skuteczność wprowadzonego leczenia. Niezależnie od typu nietrzymania moczu i podjętego sposobu leczenia korzystne efekty dają zmiany w zakresie stylu życia:

- **utrzymywanie prawidłowej masy ciała** – otyłość zwiększa ryzyko wystąpienia choroby
- **zbilansowana dieta oraz regularna aktywność fizyczna - wpływają na ruchy jelit (perystaltykę)**
- **zmniejszenie (lub zaprzestanie) spożycia alkoholu i kofeiny oraz napojów gazowanych**
- **rzucenie palenia** - palenie zwiększa ryzyko pęcherza nadreaktywnego, natomiast przewlekły kaszel który często towarzyszy palaczom, może powodować wysiłkowe nietrzymanie moczu;
- **unikanie zaparc** – po przez utrzymywanie zdrowej diety oraz picie odpowiedniej ilości wody
- **dbanie o prawidłowe nawyki toaletowe** – nie należy przec podczas oddawania moczu i stolca oraz oddawać moczu "na zapas";
- **dbanie o prawidłową postawę ciała podczas mikcji i defekacji** – podczas oddawania moczu i stolca należy przyjmować odpowiednią pozycję, podczas oddawania moczu: siedząc na toalecie stopy powinny być płasko oparte o podłogę, plecy proste, podczas oddawania stolca: pod stopy należy podłożyć nieduży stołeczek, zaokrąglić plecy. Należy unikać pozycji "na narciarza" przy oddawaniu moczu w toaletach publicznych;
- **trening mięśni dna miednicy** – ważne, aby ćwiczenia dna miednicy były odpowiednio dobrane: niektórzy potrzebują popracować nad ich siłą, inni nad wytrzymałością, a jeszcze inni nad rozluźnieniem. W tym celu warto skonsultować się z fizjoterapeutą.

CZĘŚĆ IV

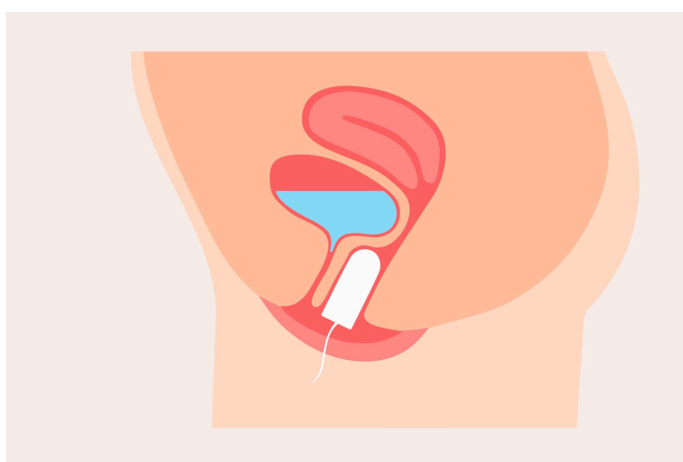
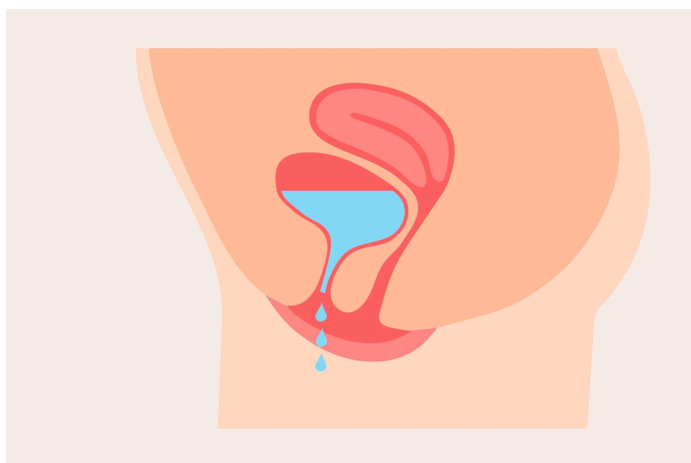
METODY RADZENIA SOBIE Z “OKAZJONALNYM “ NIETRZYMANIEM MOCZU

TAMPONY

Specjalne tampony wykonane z pianki (w Polsce dostępne są marki Uritam i Contam), które przy odpowiednim założeniu zapobiegają wyciekowi moczu, stosowane są podczas wysiłku fizycznego ale też na co dzień - żeby uniknąć wyciekom podczas kaszlu czy śmiechu.

Mogą być stosowane kilkakrotnie - po odpowiednim oczyszczeniu - lub jednorazowo do 12 godzin.

Przed użyciem należy zanurzyć go w ciepłej wodzie i wycisnąć, żeby zmienił swoją strukturę. Przy nietrzymaniu moczu tampon powinien mieć funkcję wspierającą cewkę - dlatego należy założyć go możliwie płytko - na tyle żeby wyczuwać palcem jego koniec.



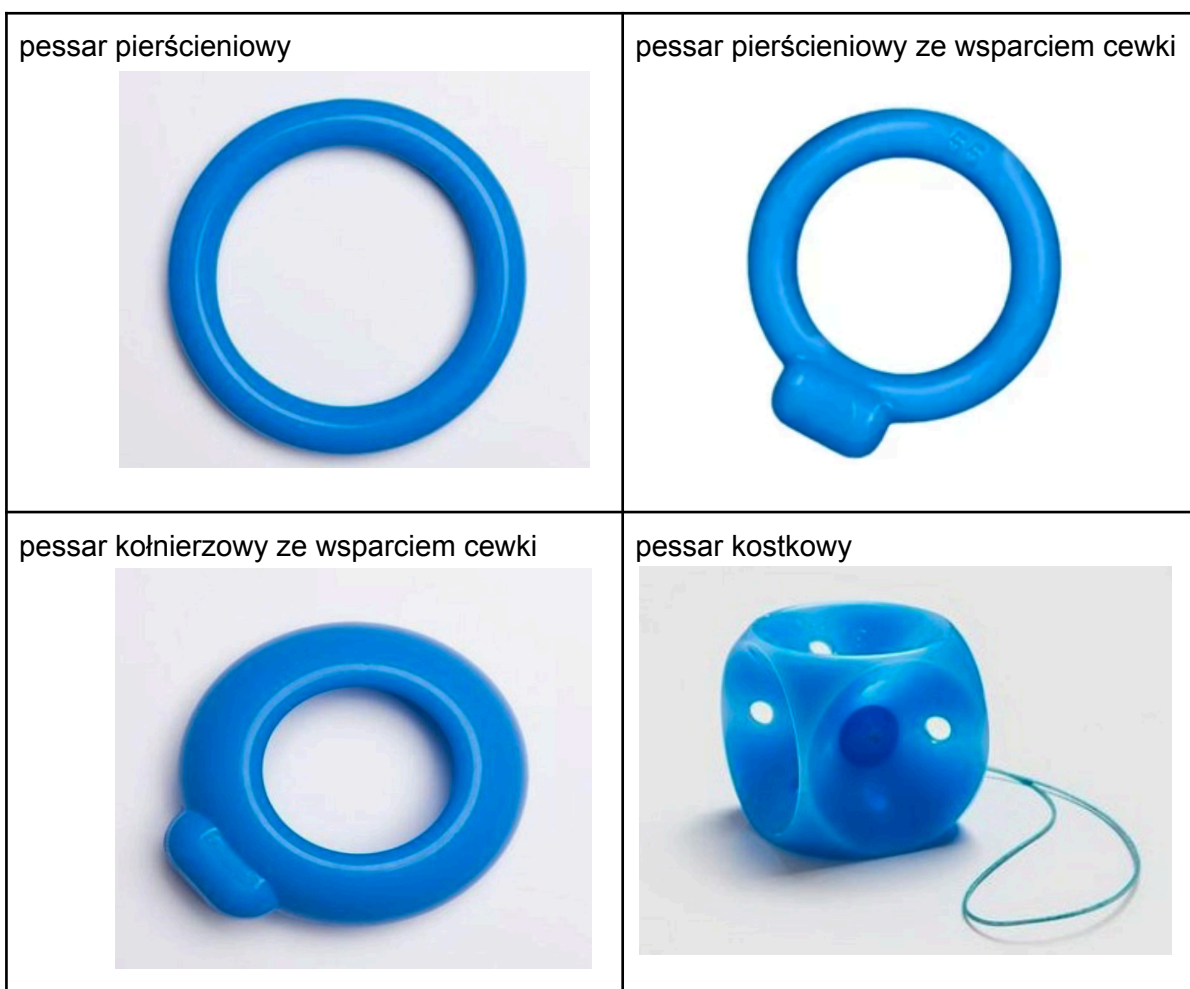
Rys. 6. Zastosowanie tamponów w przypadku nietrzymania moczu.
Ryciny udostępnione dzięki uprzejmości strony uritam.com

PESSARY

Pessary to silikonowe urządzenia, zakładane do pochwy w celu podniesienia lub wsparcia tkanek. W przypadku nietrzymania moczu, pessary powinny ucisnąć cewkę w kierunku kości łonowej. To najstarsza metoda zachowawczego leczenia obniżenia narządu rodneho i nietrzymania moczu.

Dobierając go, zwracamy uwagę na to czy pacjentka ma obniżenie narządu rodneho, czy współżyje, w jakich sytuacjach występuje nietrzymanie moczu. Najczęściej stosowane są pessary, które należy założyć rano i wyjąć wieczorem (do zakładania stosuje się specjalny żel, żeby uniknąć obtarć). U starszych pacjentek dopuszczalne są długotrwale stosowane pessary - ważny jest wtedy nadzór ginekologa, żeby uniknąć odleżyn i infekcji.

Pessary stosowane w nietrzymaniu moczu są w różnych rozmiarach i kształtach. Najczęściej stosowane są:



Rys. 6. Zastosowanie tamponów w przypadku nietrzymania moczu.

Zdjęcia pessarów dr Arabin udostępnione dzięki uprzejmości strony pessary.pl

1. Dobranie pessara udaje się jedynie u 60-90% pacjentek. Czynnikiem utrudniającym jego dobranie są poprzednie zabiegi ginekologiczne, wąskie wejście do pochwy, krótka długość pochwy i obniżenie tylnej ściany pochwy.
2. Po roku zaledwie 16% kobiet decyduje się kontynuować stosowanie pessara.
3. Pessar nie powinien wypadać przy kaszlu, kichaniu i nie powinien powodować uczucia dyskomfortu.

WKŁADKI CHŁONNE

Wkładki urologiczne stosuje się jak **podpaski** - mają zastosowanie w niewielkim, lekkim i średnim nietrzymaniu moczu. W przypadku bardzo nasilonego nietrzymania moczu stosuje się **pieluchomajtki**.

Refundacja wyrobów chłonnych nie dotyczy kobiet jedynie z nietrzymaniem moczu, objęte są nią pacjentki u których występuje wtórnie do m.in. chorób nowotworowych lub ich leczenia, a także upośledzenia, wad nerwowych lub układu moczowego lub ich uszkodzeń układu moczowego w wyniku urazu.

CZĘŚĆ V

GINEKOLOGIA ESTETYCZNA I REGENERACYJNA - CZY DZIAŁA?

Metody leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu metodami nieoperacyjnymi.

A . *Energy-based devices*: LASER, HIFU i RF

Metody oparte na energii elektrycznej (*energy-based devices*) są stosowane z użyciem specjalnych głowic dopochwowych. Zdania na temat ich bezpieczeństwa są różne - towarzystwa naukowe wskazują na konieczność przeprowadzania większych badań. Jest to związane z brakiem informacji na temat długotrwałych efektów po ich zastosowaniu.

Dodatkowo, z uwagi na zgłoszenia o występowaniu przewlekłego bólu, odczucia pieczenia oraz bolesnego współżycia, **stosowanie laserów i radiofrekwencji zostało opatrzone ostrzeżeniem ze strony amerykańskiej organizacji FDA**, odpowiedzialnej za bezpieczeństwo i kontrolę żywności i leczenia.

Radiofrekwencja (RF) wydaje się mieć najlepszy profil bezpieczeństwa oraz wysoką skuteczność leczenia. Leczenie opiera się na wytwarzaniu ciepła, które stymuluje zmianę struktury kolagenu oraz obkurczanie leczonej tkanki. Dzięki temu dochodzi do stabilizacji szyi pęcherza oraz poprawy w zakresie nietrzymania moczu. Zabieg wymaga ok. 4 powtórzeń w okresie 2 tygodni, a ostateczny efekt zabiegu jest osiągnięty po ok. 90 dniach.

Skuteczność lasera frakcyjnego w leczeniu dolegliwości menopauzalnych jak: bolesne współżycie, suchość czy pieczenie pochwy, została potwierdzona. Zabieg warto powtórzyć jeszcze raz lub dwukrotnie w odstępie 6-8 tygodni. Powoduje on przebudowę tkanek pochwy u kobiet z atrofią. Jego **pozytywny wpływ został potwierdzony w leczeniu nietrzymania moczu** o niewielkim nasileniu.

HIFU, czyli High Intensity Focused Ultrasound to technologia wykorzystująca skoncentrowane ultradźwięki. Jest dostępna dosyć krótko na polskim rynku, a jej urządzenia nie wymagają certyfikacji medycznej. Jego działanie na tkanki jest głębsze i mocniejsze niż w przypadku lasera, jednak jest mniej przebadane. U młodszych kobiet nawet jednorazowe zastosowanie daje długotrwały efekt.

B. OSTRZYKIWANIE OKOLIC CEWKI FIBRYNĄ

Naturalny materiał odwirowany z krwi pobranej od Pacjentki podawany jest w okolicę cewki moczowej. Badania naukowe wykazały znaczącą poprawę w zakresie wysiłkowego nietrzymania moczu, utrzymującą się po 6 miesiącach od podania. Pomimo bezpieczeństwa substancji (jest pobrana z własnego organizmu) oraz jej działania - Ograniczenia podawania zastrzyków są związane z chorobami pacjentki - nie mogą być zastosowane przy większości chorób autoimmunologicznych.

C. OSTRZYKIWANIE OKOLIC CEWKI TROPOKOLAGENEM

Terapia polega na depozycji tropokolagenu w tkankach okołocewkowych, który ma tworzyć naturalne biorusztowanie i "wzmocnić cewkę". Preparat ma bardzo dobry profil bezpieczeństwa, jednak pełny efekt jest osiągalny po kilku podaniach leku. Nie ma jeszcze opublikowanych badań na temat skuteczności leków, chociaż wstępne doniesienia (do tej pory na małej grupie pacjentek) są obiecujące. Zastosowanie tropokolagenu wraz z fibryną powoduje większą skuteczność jego działania.

1. Z uwagi na ograniczoną ilość badań, nie są znane długotrwałe efekty i działania niepożądane metod leczenia dostępnych w gabinetach ginekologii estetycznej i regeneracyjnej.
2. Ich zastosowanie może być zalecane jedynie u kobiet z nietrzymaniem moczu o małym nasileniu.
3. Można łączyć metody oparte na energii z następowymi iniekcjami fibryny lub tropokolagenu w celu zwiększenia skuteczności terapii.

CZĘŚĆ VI

HORMONALNA TERAPIA MENOPAUZALNA A NIETRZYMANIE MOCZU

Z uwagi na obniżony poziom estrogenu po menopauzie, kobiety zgłaszają często dolegliwości o charakterze świądu, pieczenia lub suchości pochwy. Są to objawy tzw. **zespołu urogenitalnego**. Przebiega on także z dolegliwościami ze strony układu moczowego: uczuciem parcia, nawracającymi infekcjami oraz nietrzymaniem moczu. Także życie seksualne ulega pogorszeniu z uwagi na dolegliwości bólowe, a po współżyciu występują otarcia i rany w pochwie.

Leczeniem jest uzupełnienie estrogenu - jednak nie zawsze włączenie terapii hormonalnej jest możliwe i zalecane.

A. PLASTRY lub TABLETKI

Hormonalna terapia menopauzalna (HTM) może być włączona nawet kilka lat przed menopauzą - już wtedy występują uderzenia gorąca, poty i zaburzenia snu.

Leczenie powinno być włączone nie później niż 10 lat po ostatniej miesiączce lub do 60 roku życia.

U kobiet z zachowaną macicą, terapia opiera się na estrogenie (którego brakuje po menopauzie) i progesteronie - który zmniejsza ryzyko zmian nowotworowych macicy związanych z estrogenem. Po operacji usunięcia macicy stosujemy tylko plastry lub tabletki z estrogenem.

Plastry hormonalne mają mniejszy wpływ na układ żołądkowo-jelitowy i powinny być naklejane 2 razy na tydzień, w różnych partiach ciała - żeby uniknąć odczynów alergicznych skóry. Nie należy ich stosować w okolicy piersi.

Tabletki stosowane są codziennie - stosujemy najmniejsze skuteczne dawki. Można też zastosować **wkładkę z progesteronem, żełe do stosowania na skórę** - opcji leczenia jest dużo.

należy uważać jeżeli:

- występują choroby wątroby / pęcherzyka żółciowego
- występują migreny
- jest ryzyko zakrzepicy/ zatorowości
- obciążenia rodzinne chorobami piersi

korzystny wpływ:

- na osteoporozę
- na ryzyko demencji
- na ryzyko choroby niedokrwiennej serca/ chorób naczyniowych
- poprawa gospodarki lipidowej
- na suchość pochwy, nietrzymanie moczu
- na ryzyko depresji

Rys. 7. Przeciwwskazania i korzystny wpływ hormonalnej terapii menopauzalnej.
autor: A. Piątek

B. LECZENIE MIEJSCOWE - DOPOCHWOWE

1. ESTROGENY

Już 4 tygodnie przed operacją nietrzymania moczu włączamy miejscowe leczenie preparatami z estrogenem, żeby zregenerować błonę śluzową pochwy. Dodatkowo, dużo kobiet zgłasza związaną z tym leczeniem poprawę w zakresie nietrzymania moczu.

Wpływ leku na organizm jest niewielki - dlatego nie boimy się go stosować przewlekłe, żeby utrzymać dobry efekt operacji i zmniejszyć ryzyko nawrotów.

4 tygodnie przed zabiegiem:

- najpierw 10 dni po ½ aplikatora
- później 2 razy na tydzień (np. w poniedziałek i czwartek) po:
 - pół aplikatora kremu
 - lub jednej globulce

po zabiegu (cały czas):

- 2 razy na tydzień (np. w poniedziałek i czwartek) po:
 - pół aplikatora kremu
 - lub jednej globulce

Rys. 8. Stosowanie kremów i globulek z estrogenami w okresie okołoperacyjnym
autor: A. Piątek

Co zrobić jeżeli przy zastosowaniu globulek odczuwa się pieczenie?

Na początku stosowania leku może być odczuwalne pieczenie - należy wtedy włożyć globulkę do szklanki z wodą na 10 minut lub przepłukać ją pod bieżącą wodą. Dolegliwości najczęściej mijają już przy 3-4 globulce.

Można też zacząć od stosowania kremu, a następnie zastosować terapię z globulkami.

2. PRASTERON

U kobiet, które źle tolerują kremy i globulki z estrogenami, można zastosować prasteron, czyli dihydroepiandrosteron (DHEA) - "hormon młodości" - naturalny hormon nadnerczy. Jego dopochwowe podanie powoduje poprawę w zakresie atrofii suchości pochwy i bolesnego współżycia.

Globulki dopochwowe stosuje się raz dziennie.

Według badań klinicznych, stosowanie dopochwowe preparatów z estrogenem i prasteronem (DHEA) nie zwiększa poziomu estrogenu we krwi, a co za tym idzie nie zwiększa ryzyka nowotworów piersi. Jednak, z uwagi na brak oficjalnych zaleceń nie powinny one być stosowane jako leczenie pierwszego rzutu.

C. TIBOLON

Z uwagi na podwyższone ryzyko raka piersi, u części kobiet stosowanie estrogenu jest niezalecane. Możemy wtedy rozważyć zastosowanie tibolonu - łagodzi objawy menopauzalne, w tym uderzenia gorąca, suchość i pieczenie pochwy, problemy z oddawaniem moczu, ale też zaburzenia nastroju czy zaburzenia snu. Zmniejsza ryzyko osteoporozy.

Nie zwiększa ryzyka nowotworów piersi i endometrium, dlatego **może być włączony u kobiet z podwyższonym ryzykiem raka piersi**, ale **nie może być stosowany u kobiet, które przeszły nowotwór piersi - zwiększa ryzyko nawrotu.**

Jest dostępny w formie tabletek do codziennego stosowania.

CZĘŚĆ VII

ASPEKT PSYCHOLOGICZNY NIETRZYMANIA MOCZU

opracowanie: mgr Ewelina Kazieczko - psycholog, położna

Nietrzymanie moczu jest chorobą medyczną, ale jego zasięg i skutki przyczyniają się do szerszej interpretacji tego problemu. Ma on charakter wieloaspektowy, dlatego sytuacja zdrowotna pacjentki coraz częściej rozpatrywana jest przez specjalistów wielu dziedzin (specjalistę lekarza ginekologa, lekarza urologa, fizjoterapeutę - terapeutę uroginekologicznego, położną, psychologa, specjalistów z zakresu zdrowia publicznego, ekonomistów, a nawet polityków). Wydaje się więc, że wieloaspektowe i holistyczne ujęcie choroby oraz wielospecjalistyczny sposób opieki nad pacjentkami jest uzasadniony i słuszny.

Inkontynencja często skutkuje wieloma problemami natury psychologicznej. Wielu badaczy problemu dostrzega konieczność zmiany nawyków higienicznych, modyfikację aktywności zawodowej, relacji społecznych, w tym intymnych. Objawy w dużym lub bardzo dużym stopniu obniżają samopoczucie kobiet, jakość życia i poczucie ogólnego stanu zdrowia. Z wielu powodów nietrzymanie moczu staje się sytuacją, do której część kobiet się nie przyznaje, nie poszukuje wsparcia w trudnej sytuacji czy fachowej pomocy medycznej. Poczucie wstydu i strachu opóźnia rozpoczęcie właściwego leczenia, które w wielu przypadkach może ograniczać się do fizjoterapii i wykonywania wspomnianych wyżej ćwiczeń dna miednicy.

Problemy z utrzymaniem higieny, koncentracja na możliwych skutkach nietrzymania moczu (estetyka zewnętrzna – moczenie ubrania, ewentualny nieprzyjemny zapach) często powodują poczucie wstydu, zakłopotanie, rezygnację z aktywności fizycznej, społecznej, zawodowej. Nierzadko choroba ta zaburza relację z najbliższymi, kontakty intymne, ogranicza możliwość spotkań rodzinnych i towarzyskich. Sytuacja wymusza zmianę stylu życia, ogranicza kreatywność chorych, powoduje rezygnację z wielu aktywności i planów życiowych. Redukuje możliwość podróży, wykonywania codziennych obowiązków (np.: zakupów). To prowadzi do pogorszenia samooceny, labilności emocjonalnej, stanów lękowych, a nawet depresji u kobiet.

Nie można pominąć aspektu ekonomicznego, w którym największą rolę odgrywa konieczność rezygnacji z pracy, nasilająca problemy finansowe kobiety, jej rodziny, a nawet społeczeństwa.

Izolacja kobiety w sytuacji choroby w wielu obszarach życia ogranicza szansę na uzyskanie wsparcia psychicznego, motywację do poszukiwania pomocy, zwiększa ryzyko lub nasila zaburzenia nastroju, w tym depresję.

Według badań nawet do 60% kobiet z nietrzymaniem moczu z pęcherzem nadreaktywnym zgłasza objawy depresyjne, a 62% przewlekły niepokój. Natomiast zauważa się pozytywny wpływ leczenia nietrzymania moczu na poprawę stanu psychicznego chorych. W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu, objawy depresyjne znacznie zmniejszyły się po operacji - przed zabiegiem były stwierdzane u 33%, a po 12 miesiącach od operacji zaledwie u 12% kobiet.

Praca psychologa z kobietą z nietrzymaniem moczu związana jest z pomocą w motywowaniu do poszukiwania pomocy medycznej oraz wsparcia społecznego. W wielu przypadkach kobiety muszą zmierzyć się z poczuciem własnego wstydu, świadomością utraty potencjału biologicznego, jak również postrzegania choroby przez społeczeństwo. Jest to również związane z modyfikacją definicji własnego zdrowia i roli społecznej. Rozmowa z psychologiem może więc pomóc zmienić negatywne wzorce myślenia o sobie i poprawić samopoczucie kobiety.

Rolą psychologa w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu jest również identyfikacja sytuacji psychicznej kobiety, świadomości własnej sytuacji zdrowotnej, gotowości do samoopieki. Ocena zasobów i przeszkód oraz motywacji do stosowania zaleceń leczniczych, a także wdrażanie strategii utrzymujących i maksymalizujących korzyści z działań prozdrowotnych.

Bardzo ważna jest gotowość kobiety do zmiany stylu życia, rezygnacja z przyzwyczajzeń, nawyków i nałogów, które nasilają nieprzyjemne objawy i utrzymanie postawy abstynencji od szkodliwych zachowań.

Rolą psychologa w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu jest także pomoc w definiowaniu indywidualnych potrzeb, kształtowanie umiejętności komunikacji potrzeb bliskiemu i dalszemu otoczeniu, poszukiwaniu skutecznych sposobów radzenia sobie z problemami. Jednym z nich jest praca z problemami natury psychologicznej, leczenie zaburzeń, w tym depresji. Modelowanie zachowań służących redukcji napięcia emocjonalnego oraz technik relaksacji.

Każdy etap konsultacji psychologicznej jest zindywidualizowany, ukierunkowany na potrzeby konkretnej kobiety. Odbywa się z poszanowaniem potrzeb, godności, gotowości pacjentki do współpracy z psychologiem. Nie narusza granic osobowych kobiety. Maksymalizuje zasoby do optymalizowania zdrowia

PORADY PSYCHOLOGA DLA PACJENTKI Z PROBLEMEM NIETRZYMANIA MOCZU

DOBROSTAN BIOLOGICZNY = DOBRE SAMOPOCZUCIE PSYCHICZNE

- Podejmij starania, aby przestrzegać zaleceń medycznych, dietetycznych oraz specjalisty fizjoterapii.
- Konsultuj stany, które Cię niepokoją. Poddaj się leczeniu. Eliminując trudności medyczne, stworzysz przestrzeń dla zdrowia psychicznego.

DOBRE NAWYKI = BRAK PRZYKRYCH NIESPODZIANEK

- Zidentyfikuj najskuteczniejsze dla Ciebie sposoby dbania o higienę, podejmij trening utrudnionych czynności (np. trening mikcji).
- Skorzystaj z profesjonalnych metod i porad dotyczących pracy z nietrzymaniem moczu. Ćwicz i utrwalaj umiejętności, aż staną się pozytywnymi nawykami. To ułatwia życie.
- Planuj świadomie swoje życie: rozpatruj ewentualne miejsca zaspokajania potrzeb fizjologicznych podczas wyjścia z domu. Zapewnij sobie dyskrecję w razie ewentualnej „awarii” poprzez zakładanie czarnej odzieży.

HIGIENA PSYCHICZNA = WIĘKSZE SIŁY DO LECZENIA = WIĘKSZY KOMFORT

- Spróbuj podzielić się swoimi troskami i niepewnościami z najbliższymi, albo z profesjonalistami.
- Jeśli jest to dla Ciebie wstydliva kwestia, nie potrafisz o tym rozmawiać z osobami z najbliższego otoczenia – spróbuj otworzyć się na naszą pomoc. Dla nas nietrzymanie moczu jest chorobą, z którą się spotykamy, tak jak nadciśnienie tętnicze czy cukrzyca. W naszym ośrodku diagnozujemy ją, leczymy. Pracujemy z kobietami na różnych płaszczyznach: medycznej, fizjoterapeutycznej, psychologicznej. Przede wszystkim – pomagamy!
- Kiedy zaczniesz działać – odczujesz poprawę w wielu aspektach swojego życia: medycznym, psychicznym, intymnym, społecznym, zawodowym.
- Podczas konsultacji psychologicznej specjalista będzie chciał poznać Twoją sytuację. Zapyta o jej pozytywne i negatywne aspekty, problemy, myśli. Jednocześnie postara się opracować z Tobą plan, jak zyskać siły i motywację do pracy związanej z leczeniem. Jeśli masz trudności z wyrażaniem myśli, nie potrafisz mówić o tym, co jest dla Ciebie trudne - zapisz wszystko na kartce. Będziesz mogła to przeczytać sama lub pokazać psychologowi podczas spotkania. Wszystko odbędzie się w takim zakresie, na jaki wyrażasz zgodę, jaki akceptujesz i jakiego potrzebujesz.
- Postaraj się zidentyfikować najlepsze dla Ciebie metody łagodzenia napięcia psychicznego i sposoby radzenia sobie ze stresem. Popularną techniką jest praca z oddechem – powolne, głębokie i świadome oddechy – zarówno w sytuacji poirytowania, jak i naglącej potrzeby oddania moczu. Wiele pacjentek oddała konieczność natychmiastowej mikcji dzięki pracy z oddechem.
- Poszukaj wsparcia u osób z podobnym problemem – np.: Stowarzyszenie Osób z nietrzymaniem moczu „UroConti”.
- W przypadku współistnienia problemów o naturze psychicznej bezwzględnie przestrzegaj zaleceń terapeutycznych (regularnie przyjmuj leki, realizuj etapy terapii).
- W chwilach przygnębienia, dłuższego smutku poszukuj pomocy u profesjonalisty – psychologa/psychoterapeuty.

PIŚMIENNICTWO

CZ. I

Danforth KN, Townsend MK, Lifford K, Curhan GC, Resnick NM, Grodstein F. Risk factors for urinary incontinence among middle-aged women. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(2):339-45.

Bender S, Borowski J, Borkowski T, Torz C, Radziszewski P. *Medycyna po Dyplomie* 2011(20); 6(183): 73-80.

Tulokas SA, Rahkola-Soisalo P, Gissler M, Mikkola TS, Mentula MJ. Pregnancy and delivery after mid-urethral sling operation. *Int Urogynecol J.* 202;32(1):179-186.

CZ. II

Bender S, Borowski J, Borkowski T, Torz C, Radziszewski P. *Medycyna po Dyplomie* 2011(20); 6(183): 73-80.

Tulokas SA, Rahkola-Soisalo P, Gissler M, Mikkola TS, Mentula MJ. Pregnancy and delivery after mid-urethral sling operation. *Int Urogynecol J.* 202;32(1):179-186.

CZ. IV

Al-Shaikh G, Syed S, Osman S, Bogis A, Al-Badr A. Pessary use in stress urinary incontinence: a review of advantages, complications, patient satisfaction, and quality of life. *Int J Womens Health.* 2018;10:195-201.

CZ. V

Ogrinc U.B., Senčar S., Lenasi H. Novel minimally invasive laser treatment of urinary incontinence in women. *Lasers Surg Med* 2015; 47 (9): 689–97.

Academic Committee of the Korean Society of Menopause; Lee SR, Cho MK, Cho YJ, Chun S, Hong SH, Hwang KR, Jeon GH, Joo JK, Kim SK, Lee DO, Lee DY, Lee ES, Song JY, Yi KW, Yun BH, Shin JH, Chae HD, Kim T. The 2020 Menopausal Hormone Therapy Guidelines. *J Menopausal Med.* 2020;26(2):69-98.

Razzaghi M, Asghari-Azghan A, Montazeri S, Razzaghi Z, Mazloomfard MM, Vafaee R. Intravaginal Pulsed Contractile Radiofrequency for Stress Urinary Incontinence Treatment; A Safety Study. *J Lasers Med Sci.* 2021;12:e56.

Ural ÜM. The effect of injectable platelet rich fibrin as a nonsurgical treatment of the female stress urinary incontinence. *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(5):2229-2236.

Jerzak M. Wpływ mezoterapii tropokolagenem na jakość życia kobiet z nietrzymaniem moczu – badanie wstępne. *Nowy Gabinet Ginekologiczny.* 2023;6:13-16

CZ. VI

Academic Committee of the Korean Society of Menopause; Lee SR, Cho MK, Cho YJ, Chun S, Hong SH, Hwang KR, Jeon GH, Joo JK, Kim SK, Lee DO, Lee DY, Lee ES, Song JY, Yi KW, Yun BH, Shin JH, Chae HD, Kim T. The 2020 Menopausal Hormone Therapy Guidelines. *J Menopausal Med.* 2020;26(2):69-98.

Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(8):CD001500.

Hussain I, Talaulikar VS. A systematic review of randomised clinical trials - The safety of vaginal hormones and selective estrogen receptor modulators for the treatment of genitourinary menopausal symptoms in breast cancer survivors. *Post Reprod Health.* 2023;29(4):222-231.

CZ. VII

Chmielewska D., Piecha M., Kwaśna K., Nietrzymanie moczu – problem współczesnej kobiety. *Przegląd Menopauzalny* 2013; 5: 378-384.

Frawley H.E., Dean S.G., Slade S.C. Pelvic-Floor Muscle Training a Physical Therapy or a Behavioral Therapy? A Call to Name and Report the Physical, Cognitive and Behavioral Elements. *Physical Therapy* 2017;97(4): 425-437.

Heszen I., Sęk H. *Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby.* W: Heszen I., Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia.* PWN, Warszawa 2012; 90-104.

Kalata U, Jarkiewicz MM, Barcz EM. Depression and anxiety in patients with pelvic floor disorders. *Ginekol Pol.* 2022 Nov 30. doi: 10.5603/GP.a2022.0130. Epub ahead of print.

Klimaszewska K. Społeczny aspekt nietrzymania moczu u kobiet. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* Vol.16, Nr 3(60)/2017. doi: 10.1515/pielxxiw-2017-0028

Rechberger T., Rechberger E. Jak leczyć nietrzymanie moczu. *Lekarz POZ* 2/2022; 121-129.

Stadnicka G, Janik M, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak A. Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2014; 20(2): 136–140.

Stowarzyszenie URO-CONTI, 2023. Raport Pacjent z NTM w Systemie Opieki Zdrowotnej. http://www.uroconti.pl/userfiles/file/Raporty/Raport_NTM_2023.pdf [dostęp w Internecie: 20.10.2024]