

Standardy postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu

Krótki przegląd zasad postępowania z uwzględnieniem roli fizjoterapii jako metody pierwszego rzutu w większości postaci nietrzymania moczu.

Ocena pacjenta

Diagnostyka powinna obejmować szczegółowy wywiad dotyczący objawów, czas trwania dolegliwości, wpływu na jakość życia oraz czynniki ryzyka (porody, operacje, choroby neurologiczne, leki). Zalecane narzędzia oceny to kwestionariusz ICIQ-UI SF oraz dzienniczek mikcji (przynajmniej 3 dni).

W badaniu fizykalnym oceniamy napięcie i siłę mięśni dna miednicy, obecność wypadania narządów miednicy mniejszej oraz objawy sugerujące chorobę ogólnoustrojową lub neurologiczną. W razie podejrzenia patologii współistniejącej konieczna jest dalsza diagnostyka (badania moczu, urologiczne lub ginekologiczne).

Postępowanie zachowawcze (pierwszy rzut)

Postępowanie nieoperacyjne jest podstawą leczenia i obejmuje:

- modyfikacje stylu życia: redukcja masy ciała przy nadwadze, ograniczenie kofeiny i płynów przed snem, leczenie zaparć;
- trening pęcherza (bladder training) w ostrych i przewlekłych postaciach pęcherza nadreaktywnego;
- ćwiczenia mięśni dna miednicy (PFMT) — pierwszy wybór w wysiłkowym i mieszanym nietrzymaniu moczu; program powinien trwać co najmniej 12 tygodni, najlepiej pod nadzorem terapeuty;
- biofeedback i elektrostymulacja jako wspomaganie PFMT w przypadkach z trudnościami w świadomej kontrakcji mięśni;
- pielęgnacja i środki pomocnicze (wkładki, pieluchomajtki) jako rozwiązanie doraźne i poprawiające jakość życia.

Farmakoterapia (np. antimuskarinicza, agonista beta-3 — mirabegron) oraz procedury inwazyjne rozważa się po ocenie skuteczności terapii zachowawczej lub przy przeciwwskazaniach do jej stosowania.

Rola fizjoterapeuty

Fizjoterapeuta prowadzi ocenę funkcji dna miednicy, układa indywidualny program PFMT, nadzoruje technikę wykonywania ćwiczeń oraz monitoruje postępy. Wskazane metody:

- trening mięśni dna miednicy z progresją obciążenia i funkcjonalnym wprowadzeniem do codziennych aktywności;
- biofeedback (EMG) celem zwiększenia świadomości i efektywności skurczów;
- elektrostymulacja w przypadku słabych mięśni lub gdy pacjent nie jest w stanie wykonać prawidłowego skurczu;
- ćwiczenia oddechowe, stabilizacja centralna i trening funkcjonalny wspomagający mechanikę miednicy.

Programy prowadzone pod nadzorem przynoszą większą skuteczność niż samodzielne ćwiczenia domowe.

Wskazania do konsultacji specjalistycznej i leczenia inwazyjnego

Konsultacja u urologa/ginekologa i rozważenie leczenia inwazyjnego (w tym procedur chirurgicznych, toksyna botulinowa do pęcherza, neuromodulacja) jest wskazana przy:

- braku poprawy po właściwie prowadzonym postępowaniu zachowawczym,
- ciężkim wpływie na jakość życia,
- podejrzeniu patologii strukturalnej lub neurologicznej,
- krwimoczcu lub nawracających zakażeniach dróg moczowych.

Podsumowanie: w większości przypadków pierwszym wyborem jest postępowanie zachowawcze z naciskiem na trening mięśni dna miednicy i modyfikacje stylu życia. Fizjoterapia odgrywa kluczową rolę w diagnostyce funkcjonalnej i rehabilitacji, a terapie inwazyjne rozważa się po ocenie efektywności terapii nieinwazyjnych.