

DR N. MED. PAWEŁ SZYMANOWSKI¹, MGR ANNA WÓJCIK², DR WIOLETTA KATARZYNA SZEPIENIEC¹, PROF. MARCIN JÓZWIK³¹Centrum Zdrowia Kobiety Gyneka, Kraków²Reha Plus, Kraków³Frauenklinik und Brustzentrum, Ostalb-Klinikum Aalen, Aalen, Niemcy

Kompleksowe leczenie schorzeń uroginekologicznych

Znaczenie fizjoterapii

Praca recenzowana

■ Nietrzymanie moczu oraz obniżenie narządów miednicy mniejszej według definicji WHO należy uznać za choroby społeczne. Szacuje się, że co trzecia pacjentka pojawiająca się w gabinecie lekarza ginekologa ma dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu.

W niemieckojęzycznym obszarze Europy osobom potrzebującym oferowana jest wyspecjalizowana opieka. W licznych miastach funkcjonują ośrodki uroginekologiczne, w których interdyscyplinarne współpracują lekarze uroginekologów, neurologów, urologów, chirurgów, fizjoterapeuci i psychoterapeuci. Także w tamtejszych mediach coraz częściej porusza się ten ważny, choć dla wielu kobiet wciąż wstydlivy, problem. Istotne jest, że zdecydowanej większości pacjentek można pomóc przynajmniej częściowo, podczas gdy nieleczone dolegliwości wpływają niekorzystnie na liczne aspekty życia rodzinnego, zawodowego i społecznego oraz pogarszają szanse na pełne wyleczenie. Osoby o ograniczonej możliwości normalnego wykonywania pracy zawodowej, uprawiania sportu, robienia zakupów i intymnego pożycia rozwijają poczucie osamotnienia i izolacji (2). Poniżej poda-

no zwięzły algorytm typowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u takich chorych.

Rozpoznanie

Kluczowe dla efektywnego leczenia jest ustalenie właściwego rozpoznania, najczęściej przez lekarza specjalizującego się w uroginekologii. Na badanie uroginekologiczne, w dużym skrócie, składają się elementy opisane poniżej.

W badaniu ginekologicznym określa się rodzaj i stopień obniżenia narządu rodowego, pęcherza i odbytnicy. Ocenia się stan odżywienia śluzówki pochwy, co jest szczególnie istotne u kobiet po menopauzie. W specjalnym badaniu ultrasonograficznym przedsiönka pochwy i dna miednicy ocenia się pęcherz, cewkę moczową oraz struktury sąsiadujące (3), a także nerki i moczowody. Często konieczne jest wykonanie badania urodynamicznego. Polega ono na pomiarze ciśnienia w pęcherzu ▶

TITLE: A complex treatment of urogynecological conditions. The role of physiotherapy

STRESZCZENIE: Schorzenia uroginekologiczne są częstym problemem kobiet dojrzałych i starszych. Efektywna pomoc jest możliwa dopiero po ustaleniu dokładnego, właściwego rozpoznania, najczęściej przez specjalizującego się w uroginekologii ginekologa lub urologa. Nowoczesne leczenie obejmuje fizjoterapię, farmakoterapię z uwzględnieniem hormonalnej terapii zastępczej oraz postępowanie operacyjne, a także zmianę przyzwyczajzeń i psychoterapię, zatem powinno odbywać się zespołowo. Fizjoterapia jest często niedocenianym, a nieodłącznym elementem

postępowania, które w mniej zaawansowanych przypadkach może doprowadzić do pełnego wyleczenia pacjentki lub przynajmniej do znacznej poprawy. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby konieczne bywają leczenie operacyjne lub zabiegi inwazyjne uzupełnione fizjoterapią już od okresu rekonwalescencji.

SŁOWA KLUCZOWE: schorzenia uroginekologiczne, fizjoterapia, leczenie interdyscyplinarne

SUMMARY: Urogynecological conditions are frequent problems of middle-aged and elderly women. Effective help is possible after correct diagnosis made by gynecologist or urologist who are familiar with urogynecological approach.

Modern treatment encompasses physiotherapy, pharmacotherapy including hormone replacement therapy and operative treatment, as well as a modification of habits and psychotherapy, and therefore, should be interdisciplinary. Physiotherapy is often underestimated, but constitutes an inseparable element of treatment, which in less advanced cases may provide complete recovery or, at least, considerable improvement. In advanced stadia operative or invasive treatment may be required, with physiotherapy starting already in the early postoperative period.

KEYWORDS: urogynecological conditions, physiotherapy, interdisciplinary approach



fot. archiwum autorów

Fot. 1. Trening mięśni dna miednicy z instruktążem wykwalifikowanego fizjoterapeuty

► i w cewce moczowej poprzez wprowadzone cewniki wyposażone w czujniki elektroniczne, co pozwala w obiektywny sposób wykazać zaburzenia czynności pęcherza, cewki moczowej oraz mięśni dna miednicy (4).

W praktyce klinicznej podczas oceny obniżenia narządów miednicy mniejszej często stosuje się podział na trzy poziomy, przy czym uszkodzenie na poziomie I dotyczy więzadeł i struktur utrzymujących macicę, prowadząc do jej obniżenia lub wypadania. Uszkodzenie na poziomie II dotyczy powięzi pochwowo-pęcherzowej lub pochwowo-odbytniczej, powodując powstanie cystocele – wypuklenia pęcherza do wewnątrz pochwy – lub rektocele – wypuklenia odbytnicy – zaś za uszkodzenie na poziomie III przyjmuje się defekt struktur utrzymujących cewkę moczową. W cystocele uszkodzenie może lokalizować się na środku pochwy pod pęcherzem lub dotyczyć struktur mocujących pochwę bocznie, co ma duże znaczenie dla wyboru techniki leczenia (5).

Chociaż obniżenie narządu rodowego, pęcherza i odbytnicy może początkowo przebiegać bezobjawowo, to jednak w dalszym przebiegu choroby nierzadko dochodzi do utrudnionego oddawania moczu i jego zalegania w pęcherzu, częstomoczu, parć naglących oraz nawracających zakażeń dróg moczowych. Nietrzymanie moczu może występować

też bez jednoczesnego obniżenia narządów miednicy mniejszej.

Zaburzenia oddawania moczu

Wyróżnia się następujące formy zaburzeń oddawania moczu:

- pęcherz nadreaktywny – pacjentka odczuwa parcia naglące i nie jest w stanie utrzymać moczu przy niezależnym od woli skurczu pęcherza – to tzw. parcia naglące mokre; gdy pacjentka odczuwa skurcz pęcherza i towarzyszący mu dyskomfort, ale jest w stanie utrzymać mocz, są to tzw. parcia naglące suche;
- wysiłkowe nietrzymanie moczu – występuje, gdy zaburzeniu ulega mechanizm zamykania cewki moczowej; niekontrolowane oddawanie moczu podczas kaszlu, kichania i innych czynności wywołujących znaczny wzrost ciśnienia wewnątrzbrzuszego określa się jako wysiłkowe nietrzymanie moczu pierwszego stopnia; niekontrolowane oddawanie moczu w czasie ćwiczeń sportowych, biegu, tańca lub lekkiego wysiłku fizycznego klasyfikuje się jako wysiłkowe nietrzymanie moczu drugiego stopnia, zaś gubienie moczu w spoczynku, bez uczucia parcia, to trzeci stopień choroby;
- formy mieszane obu powyższych rodzajów nietrzymania moczu stanowią około $\frac{2}{3}$ przypadków;
- nietrzymanie moczu z przepelnienia – występuje, gdy z powodu obniżenia

narządu rodowego, w szczególności przedniej ściany pochwy i pęcherza moczowego, dochodzi do zagięcia cewki moczowej i utrudnionego wypływu moczu z przepelnionego pęcherza. W konsekwencji pacjentka, nie opróżniając pęcherza całkowicie, oddaje mocz często, lecz w małych ilościach;

- choroby neurologiczne i metaboliczne, pęcherz neurogeny, przetoki moczowo-płciowe i szczególne przypadki – stosunkowo rzadkie; wymagają złożonej diagnostyki oraz zindywidualizowanego leczenia, nie są zatem przedmiotem niniejszego opracowania.

Postępowanie terapeutyczne

Po ustaleniu dokładnego rozpoznania możliwe jest wdrożenie postępowania terapeutycznego. Mały stopień obniżenia narządów miednicy mniejszej najczęściej nie wymaga leczenia operacyjnego, a do uzyskania zadowalających wyników wystarcza odpowiednia fizjoterapia, u kobiet w okresie klimakterium uzupełniona miejscową terapią hormonalną. Estrogeny poprawiają ukrwienie i funkcjonowanie błony śluzowej pochwy, stan nabłonka i mięśniówki cewki moczowej i pęcherza moczowego, a także tkanki łącznej w obrębie dna miednicy. Dobre wyniki, szczególnie u kobiet młodych, uzyskuje się, stosując pessaria kostkowe, które po dopasowaniu wielkości pacjentka sama wprowadza do pochwy rano i wyjmuje na noc.

W przypadku obniżenia narządów powodującego zaburzenia funkcji pęcherza i odbytnicy, gdy próba leczenia zachowawczego i fizjoterapii nie powiodła się, należy rozważyć leczenie operacyjne. Jego celem jest przywrócenie prawidłowej anatomii i wzmocnienie struktur dna miednicy. Najczęściej są to zabiegi wykonywane przez pochwę, polegające na podniesieniu pęcherza i/lub odbytnicy przebiegające z pozostawieniem lub wraz z usunięciem macicy. Powszechnie stosuje się plastykę przedniej i tylnej ściany pochwy. Cystocele z uszkodzeniem bocznych struktur mocujących pochwę, dużego stopnia rektocele oraz przypad-

ki nawrotowe stanowią wskazanie do implantacji siatek polipropylenowych, tzw. siatek mesh. Po wrośnięciu uzupełniają i zastępują one zniszczone struktury anatomiczne, nadając dnu miednicy stabilność (6). Coraz częściej podczas operacji naprawczych wykorzystuje się techniki laparoskopowe, także z użyciem robota. Dobrym przykładem jest umocowanie kikutu pochwy lub szyjki macicy do kości krzyżowej na taśmie polipropylenowej (7). Już w drugiej dobie po zabiegu możliwe jest rozpoczęcie pierwszych ćwiczeń fizjoterapeutycznych, które ułatwiają mobilizację i przyspieszają rekonwalescencję. Po leczeniu operacyjnym wskazane jest dalsze stosowanie miejscowej terapii hormonalnej, a jeżeli występowały parcia nagłace – również farmakologiczne leczenie towarzyszącej nadreaktywności pęcherza moczowego. Terapia ta polega na podawaniu środków parasympatykolitycznych, które osłabiają działanie mięśnia wypieracza pęcherza (8). W odstępie około dwóch, a następnie sześciu tygodni po operacji wskazane jest badanie uroginekologiczne. Pacjentka powinna w tym czasie prowadzić oszczędzający tryb życia, a w szczególności nie dźwigać. Po sześciu tygodniach można rozpocząć pełną fizjoterapię.

Alternatywą dla pacjentek, które pomimo wskazań nie kwalifikują się do operacji naprawczej obniżenia narządu rodowego ze względu na stan ogólny lub wiek, może być zastosowanie pessariów w postaci pierścieni lub krążków dopochwowych. Rozwiązanie to ma jednak swoje wady: przedłużone pozostawanie pessarium w pochwie może utrudniać współżycie, a także sprzyjać zakażeniom pochwy.

Fizjoterapia

Fizjoterapia jest leczeniem z wyboru w przypadkach wysiłkowego nietrzymania moczu pierwszego stopnia, przy czym u kobiet w okresie klimakterium warto dodatkowo prowadzić miejscową terapię hormonalną. Nie spełniły się nadzieje pokładane w duloksetynie jako doustnym leku na wysiłkowe nietrzymanie moczu i nie jest już ona powszechnie stosowana (9).

W przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu drugiego stopnia postępowanie terapeutyczne można uzależnić od tego, jak bardzo schorzenie to przeszkadza pacjentce. Leczenie zachowawcze w formie fizjoterapii oferuje raczej częściową i przejściową poprawę niż całkowite trwałe wyleczenie. Opcję tę można rozważyć przede wszystkim u bardzo młodych pacjentek, na przykład gdy wysiłkowe nietrzymanie moczu wystąpiło po porodzie lub przy obecności przeciwwskazań do operatywy. Natomiast u pacjentek po czterdziestym roku życia oraz u wszystkich chorych na wysiłkowe nietrzymanie moczu III stopnia preferowane jest leczenie operacyjne: założenie podcewkowej taśmy beznapięciowej (ang. *tension-free vaginal tape*, TVT oraz *transobturator tape*, TOT) lub laparoskopowe operacje naprawcze z dostępu nadłonowego, na przykład operacja sposobem Burcha (10). Również w tych przypadkach po około dwóch, a następnie sześciu tygodniach po operacji pacjentka powinna poddać się kontrolnemu badaniu uroginekologicznemu. W okresie

pooperacyjnym pacjentka nie powinna dźwigać, warto również starać się nie dopuszczać do zaparć.

U pacjentek, u których metoda TVT/TOT nie przyniosła oczekiwanej poprawy, można zastosować okołocewkową iniekcję wypełniaczy, zmniejszając światło cewki moczowej i poprawiając tym samym dolegliwości związane z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (11). Po sześciu tygodniach rozpoczynana jest fizjoterapia. Ważne, aby pacjentka nauczyła się odpowiednich ćwiczeń i wykonywała je codziennie po kilka minut w celu utrwalenia wyniku operacji. W zaawansowanych i opornych przypadkach pęcherza nadreaktywnego niereagujących na terapię parasympatykolitykami możliwe jest ostrzyknięcie pęcherza moczowego botuliną, co przynosi poprawę na około 6-12 miesięcy. Leczenie operacyjne uzupełnione fizjoterapią i farmakoterapią pozwala wyleczyć ponad 90% oraz przynieść poprawę u 4-6% pacjentek (12).

Istnieje wiele metod leczenia zachowawczego w przypadku zaburzeń funkcjonalnych narządów miednicy mniejszej. Wśród najważniejszych wymienić należy ćwiczenia mięśni dna miednicy, zabiegi elektrostymulacyjne i terapię z wykorzystaniem biofeedbacku.

Rola specjalnych ćwiczeń fizycznych w zaburzeniach funkcjonalnych mięśni miednicy mniejszej jest trudna do przecenienia. Stosowane są one zarówno przed zabiegami operacyjnymi, jak i po nich. Z chwilą gdy na podstawie stanu pacjentki ▶

reklama ■

STUDIUM I ROZWIJAJ SIĘ Z PASJĄ

REKRUTACJA 2014/2015
10 lat Uczelni

WSEiT
Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii

STUDIA PODYPLOMOWE:

- Holistyczna opieka okołoporodowa
- Masaż w odnowie biologicznej
- Medyczny trener personalny
- Fizjoterapia w geriatrici
- Fizjoterapia w pediatrii
- Fizjoterapia w sporcie
- Terapia dysfunkcji narządu ruchu
- Terapia manualna tkanek miękkich
- Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju dziecka

Poznań, ul. Grabowa 22
www.wseit.edu.pl

► lekarz zdecyduje o możliwości rozpoczęcia treningu dna miednicy, ćwiczenia powinny być prowadzone przez dobrze przeszkolonych, przygotowanych pod względem teoretycznym i praktycznym fizjoterapeutów. Ćwiczenia te mają na celu wzmocnienie mięśni, poprawę ich siły, wytrzymałości i elastyczności oraz polepszenie odżywienia okolicznych tkanek. Trening, oprócz ćwiczeń wzmacniających, zawiera w sobie również takie elementy jak ćwiczenia równoważne i naukę optymalnego sposobu oddychania. Mają one na celu wzmocnienie działania mięśnia zwieracza cewki moczowej.

Trening mięśniowy stosuje się głównie w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu oraz pęcherza nadreaktywnego. Trening mięśni dna miednicy jest fundamentalną drogą postępowania w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu pierwszego stopnia, co potwierdzają liczne doniesienia naukowe i wyniki przeprowadzonych badań. Zdecydowanie lepsze efekty są osiągnięte w wyniku treningu, który jest nadzorowany przez specjalistę niż przez niespecjalistę (13). Dodatkową zaletą treningu mięśniowego u pacjentek z problemami w obrębie miednicy mniejszej jest to, że jego skuteczność i wyniki nie zależą od wieku pacjentek. Odnotowany jest również korzystny wpływ tych ćwiczeń na profilaktykę nietrzymania moczu u kobiet w okresie przedporodowym i poporodowym (14).

Zadanie fizjoterapeuty

Rolą fizjoterapeuty jest poinformowanie pacjentki o najkorzystniejszych dla niej możliwościach profilaktyki, a także przedyskutowanie potrzeby zmiany stylu życia i niektórych przyzwyczajeń. Ważnymi problemami związanymi z niekorzystnymi nawykami są przeciwdziałanie nadwadze lub jej zmniejszenie w przypadku kobiet otyłych, właściwe przyjmowanie płynów, zaprzestanie palenia tytoniu i rozwiązanie problemu zapać, jeżeli takie istniały (16). Fizjoterapeuta powinien poinformować, jakie zachowania mogą nadmiernie obciążać mięśnie dna miednicy i w jaki sposób takich niekorzystnych sytuacji unikać. Powinien on zachęcić zgłaszające się pacjentki do prowadzenia tak zwanych dzienniczek mikcji, które są narzędziem diagnostycznym, ale również doskonałą metodą samokontrolowania pacjentki oraz monitorowania postępów leczenia. Stały kontakt fizjoterapeuty i lekarza zapewnia optymalne efekty terapii.

Stymulacja elektryczna

Wykorzystywana od dawna w fizjoterapii stymulacja elektryczna znalazła też zastosowanie w uroginekologii. Dziś elektrostymulacja mięśni miednicy mniejszej jest rutynowo stosowanym środkiem terapeutycznym, przy czym pobudzenie elektryczne przekazywane jest do mięśni dna miednicy na drodze przerywanych bezpośrednich i pośred-

nich impulsów. W powszechnym użyciu dostępne są elektrody waginalne, które stosuje się ze specjalnie zaprogramowanymi parametrami.

Biofeedback

Biofeedback stosowany jest w rehabilitacji od ponad pięćdziesięciu lat do torowania normalnych wzorców ruchowych po urazie/uszkodzeniu. Jest to technika dostarczająca pacjentowi w czasie rzeczywistym biologicznej informacji zwrotnej, która w innym wypadku byłaby nieznana (17). W odniesieniu do mięśni dna miednicy z dużą skutecznością stosowany jest RTUS (*real-time ultrasound imaging*) biofeedback. Polega on na wysyłaniu krótkich sygnałów ultradźwiękowych do ciała pacjenta i rejestracji ich echa, przez co daje obraz struktur wewnętrznych. Pacjent otrzymuje na ekranie monitora informację na temat kształtu lub siły aktywności mięśniowej w danej chwili. Dużą skuteczność biofeedbacku w zaburzeniach mięśni dna miednicy wykazali Dietz i wsp., którzy stwierdzili, że spośród 56 zbadanych kobiet aż 32 nauczyły się właściwej aktywacji mięśni w czasie krótszym niż 5 minut (18). Z kolei Ariail i wsp. opisali możliwość zastosowania biofeedbacku dla ponownego treningu mięśni dna miednicy po porodzie, potwierdzając, że może być on użytecznym narzędziem do reedukacji i rehabilitacji mięśni miednicy mniejszej u tych pacjentek (19). Inne stosowane metody terapii z użyciem biofeedbacku wiążą się z wykorzystaniem perineometru mierzącego ciśnienie lub elektromiografii mięśni dna miednicy.

Podsumowanie

Podsumowując, należy podkreślić, że trening mięśni dna miednicy wciąż pozostaje jedną z najskuteczniejszych metod leczenia zachowawczego i nieodłącznym elementem rekonwalescencji pooperacyjnej. Badania naukowe dowodzą, że jego efekty przewyższają nawet korzyści płynące z elektrostymulacji czy stosowania biofeedbacku. □

Piśmiennictwo dostępne na stronie www.rehabilitacja.elamed.pl



Fot. 2. Przykładowe ćwiczenie mięśni miednicy mniejszej