

Twoje Ciało, Twoje zdrowie (wstydlive choroby kobiet)



Broszura informacyjna dla kobiet

Projekt został dofinansowany ze środków Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w ramach Rządowego Programu – Fundusz Inicjatyw Obywatelskich.



Lubuskie Stowarzyszenie na Rzecz Kobiet „BABA”
65-001 Zielona Góra, Plac Matejki 3A
telefon: 068 454 9232, 0602 558017
www.baba.org.pl, e-mail: baba@baba.org.pl
<mailto:baba@baba.org.pl>

© Lubuskie Stowarzyszenie na Rzecz Kobiet
„BABA”

autorzy broszury:
dr Janusz Gawron
specjalista z zakresu położnictwa, ginekologii i endokry-
nologii
dr Andrzej Haliński
specjalista: chirurg dziecięcy, urolog FEBU

Spis treści:

Ginekologia:

1. Choroby przenoszone drogą płciową 7
2. Zakażenie dróg moczowych 19
3. Zaburzenia statyki narządu rodneho 23

Urologia:

1. Nietrzymanie moczu 27
2. Rodzaje nietrzymania moczu 31
3. Badanie u urologa i ginekologa 33
4. Leczenie 35
5. Pęcherz nadreaktywny 38
6. Zespół bolesnego pęcherza 39

Gdzie możesz szukać pomocy:

1. Droga pacjentko 41
2. Narodowy Fundusz Zdrowia..... 42

Ginekologia

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

Choroby zapalne narządów płciowych są jednymi z najczęstszych powodów zgłaszania się kobiet w wieku rozrodczym do lekarza ginekologa. Wynika ten fakt z sąsiedowności ze sobą dwu narządów: pochwy i sromu, które ze względu na topografię narażone są w jednakowym stopniu na inwazję czynników zakaźnych. Każde zakażenie sromu, poprzez przedsionek pochwy, może szybko przenieść się wyżej do pochwy i spowodować zaburzenie biocenozy pochwy. Skład drobnoustrojów w treści pochwowej jest zasadniczym czynnikiem wpływającym na równowagę mikrośrodowiska pochwy i często tę równowagę zaburza. Według danych światowych tego typu zaburzenia stwierdza się u 10-41% kobiet w wieku rozrodczym.

Biocenoza pochwy oznacza populację drobnoustrojów żyjących w pochwie kobiety. Pochwa i jej środowisko stanowią samodzielną wewnątrzustrojową biocenozę, której wykładnikiem jest pałeczka kwasu mlekowego. Podłożem dla rozwoju pałeczek kwasu mlekowego jest bogaty w węglowodany nabłonek pochwy. Określa się ją nawet „stróżem zdrowotności pochwy”, pełniącym istotną i ważną rolę w mechanizmach obronnych chroniących środowisko pochwy przed inwazją drobnoustrojów chorobotwórczych.

Pałeczki kwasu mlekowego utrzymują równowagę mikrośrodowiska pochwy poprzez:

- zapewnienie w środowisku pochwy niskiego pH: wytwarzany przez pałeczki kwasu mlekowego kwas mlekowy utrzymuje pH pochwy w granicach 3,8-4,2. Tak kwaśny odczyn środowiska uniemożliwia rozprzestrzenianie się mikroorganizmów chorobotwórczych;
- produkcję substancji przypominających bakteriocyny;
- stymulację układu odpornościowego;
- współzawodnictwo o składniki odżywcze;
- hamowanie namnażania się bakterii przez toksyczne produkty metabolizmu.

Wymienić można wiele czynników mogących spowodować zaburzenie biocenozy poprzez wyeliminowanie pałeczek kwasu mlekowego z pochwy. Są to między innymi:

- zmiany sytuacji hormonalnej w ustroju kobiety (pokwitanie, ciąża, połóg, przekwitanie, starość, cykl płciowy),
- rozmaite stany patologiczne żeńskich narządów płciowych,
- zabiegi chirurgiczne na pochwie i szyjce macicy,
- inwazja drobnoustrojów chorobotwórczych (nieprzestrzeganie higieny i błędy higieniczne, stosowanie tamponów dopochwowych, aktywność

seksualna, dewiacje seksualne, środki antykoncepcyjne),

- niekontrolowane działanie chemioterapeutyków.

Zakażenie pochwy i sromu najczęściej pozostaje ustalone na podstawie objawów klinicznych, bez wykonania podstawowych testów diagnostycznych. Nieprawidłowo ustalone rozpoznanie prowadzi do stosowania nieskutecznego i często kosztownego leczenia, doprowadzając do zaburzeń ekosystemu pochwy.

Każda kobieta zgłaszająca się na badanie ginekologiczne z objawami subiektywnymi wskazującymi na zakażenie (upławy z pochwy, świąd i pieczenie sromu i pochwy, częstomocz i ból przy oddawaniu moczu), powinna mieć określoną kwasność wydzieliny pochwowej za pomocą wskaźnika papierkowego. Fałszywe wyniki pomiaru uzyskujemy u kobiet z krwawieniem miesięczkowym, krwawieniem poza miesiączką, po odbytych stosunku płciowym oraz u ciężarnych z odpływaniem płynu owodniowego, ponieważ wydzieliny te są zasadowe. Następnie należy pobrać wydzielinę z pochwy na dwa szkiełka podstawowe i po dodaniu 0,9% roztworu soli można stwierdzić obecność komórek jeżowych, poruszających się rzęsistków pochwowych lub elementy drożdży. Na drugie szkiełko dodajemy kroplę 10% KOH w celu nasilenia rybiego zapachu, a następnie wykonujemy badanie mikroskopowe na obecność grzybów, jeżeli wcześniej ich elementy nie zostały wykryte na szkiełku pokrytym roztworem soli.

Wyróżnia się 3 główne zakażenia pochwy:

- bacterial vaginosis (BV),
- grzybicze zapalenie pochwy i sromu,
- rzęsistkowe zapalenie pochwy i sromu.

Wśród przyczyn niezakaźnych należy wyróżnić: alergiczne zapalenie pochwy i sromu związane z nadwrażliwością na leki, zapachowe mydła, dezodoranty, detergeny zawarte w proszkach do prania, lateks z którego zbudowane są prezerwatywy, wkładki wewnątrzmaciczne, bieliznę z tworzyw sztucznych.

BACTERIAL VAGINOSIS

Jest to zespół zaburzeń ekosystemu pochwy charakteryzujący się nadmiernym wzrostem liczby bakterii, głównie beztlenowych, w wyniku czego klinicznie stwierdza się jednorodną wydzielinę, o cuchnącym rybim zapachu. To zakażenie nigdy nie przechodzi w zapalenie. Dotyczy zmiany stosunków ilościowych i jakościowych własnej flory bakteryjnej pochwy. Rozpoznaje się je na podstawie stwierdzenia $\text{pH} > 4,5$ wydzieliny z pochwy, cuchnącego rybiego zapachu po dodaniu 10% roztworu KOH, obecności komórek jeżowych i jednorodnej konsystencji wydzieliny. Zapobieganie wystąpieniu BV jest trudne, gdyż nie jest znana przyczyna występowania. Leczenie BV jest proste oraz skuteczne. Stosuje się leki doustne w postaci tabletek lub krem miejscowo.

GRZYBICZE ZAPALENIE POCHWY I SROMU

Jest to najczęstsza przyczyna zgłaszania się kobiet do ginekologa. Ocenia się, że 75% kobiet w okresie rozrodczym przeżyło jeden epizod grzybiczego zapalenia pochwy i sromu, a 40-50% dwa lub więcej. Występuje w postaci ostrej, najczęściej wywoływanej przez *Candida albicans*, i nawrotowej. Wystąpienie 3 lub więcej epizodów w ciągu roku upoważnia do rozpoznania grzybicy nawrotowej. Szacuje się, że około 20% przypadków grzybicy pochwy przebiega bezobjawowo lub skąpo objawowo. Zgłaszane dolegliwości obejmują bardzo silny świąd pochwy i sromu oraz pieczenie, szczególnie przy oddawaniu moczu, kiedy słony mocz drażni skórę sromu. Inne dolegliwości to podrażnienie, ból przy stosunku oraz upławy przypominające grudki twarogu. Stwierdza się obrzęk i zaczerwienienie sromu i ścian pochwy. W badaniach laboratoryjnych należy określić pH wydzieliny pochwowej ($\text{pH} < 4,5$) oraz jej ocenę w preparacie bezpośrednim po dodaniu 0,9% NaCl i 10% KOH w celu stwierdzenia strzępków grzybni.

Zapobieganie zakażeniom grzybiczym pochwy i sromu jest trudne, gdyż drożdże w fazie saprofitycznej stanowią prawidłową mikroflorę pochwy.

Leczenie polega na stosowaniu leków doustnie lub miejscowo do pochwy. W zapaleniach ostrych przynosi bardzo dobre efekty. W postaciach nawrotowych leczenie jest trudne ze względu na wykazywaną oporność przez grzyby chorobotwórcze.

RZĘSISTKOWE ZAPALENIE POCHWY

Wywoływane jest przez pierwotniaka rzęsistka pochwowego. Jest to typowa choroba przenoszona drogą kontaktów płciowych. Ocenia się występowanie tej choroby w Polsce na 1,4-4,5%. Rozpoznanie jest ustalane na podstawie objawów – zwykle występuje obfita, pianista wydzielina koloru żółtego lub zielonkawego, której może towarzyszyć rybia woń, a jej pH zwykle wynosi $>4,5$. Duża część pacjentek odczuwa w pochwie i w okolicy sromu dyskomfort, ból i pieczenie. U niektórych występuje głęboki ból przy stosunkach. Potwierdzeniem rozpoznania rzęsistkowicy jest stwierdzenie w obrazie mikroskopowym obecności ruchliwych, zaopatrzonych w witkę organizmów. Pomocne w szybkim rozpoznaniu rzęsistkowicy jest stwierdzenie charakterystycznego wyglądu tarczy szyjki macicy z licznymi drobnymi czerwonymi punkcikami na powierzchni, która wyglądem przypomina truskawkę.

W przypadku rzęsistkowicy wraz z pacjentką należy leczyć jej partnera seksualnego. Nawracająca rzęsistkowica może wskazywać na to, że pacjentka ma wielu partnerów albo, że partner pacjentki ma wiele partnerek.

Leczenie polega na podawaniu leków doustnie przez co najmniej 7 dni. Przy lekach stosowanych w leczeniu rzęsistkowicy bezwzględnie nie należy pić napojów alkoholowych. W rzęsistkowicach nawrotowych można rozważyć szczepienie szczepionką przeciwrzęsistkową (Solco-Trichovac).

ZAPALENIE SPOWODOWANE CHLAMYDIĄ TRACHOMATIS

Chlamydia trachomatis są jednym z najczęstszych patogenów bakteryjnych przenoszonych drogą płciową. Stanowią ponad połowę nierzeżączkowych zakażeń cewki moczowej. Zakażenie stwierdza się głównie w krajach rozwiniętych i regionach wielkomiejskich. Częstość zakażeń związana jest przede wszystkim z dużą aktywnością seksualną i częstą zmianą partnerów. U kobiet Chlamydia mogą powodować zapalenie cewki moczowej, zapalenie szyjki macicy, zapalenie miednicy małej, a także prowadzić do ciąży ekotopowej, niepłodności i przewlekłego bólu w miednicy. U mężczyzn mogą wywoływać zapalenie cewki moczowej, ostre zapalenie najądrzy, a także powodować niepłodność, przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego, odczynowe zapalenie stawów oraz zwężenie cewki moczowej. U kobiet ciężarnych zakażenia chlamydiami wiążą się z powikłaniami ciąży, w tym z porodem przedwczesnym i poporodowym zapaleniem błony śluzowej macicy. Zakażenie okołoporodowe noworodka może być przyczyną noworodkowego zapalenia spojówek i płuc. Zakażenie chlamydiami zwiększa także ryzyko zakażenia HIV. Zakażenie chlamydiami u ok. 70% kobiet i dużego odsetka mężczyzn przebiega bezobjawowo.

Istnieje wiele testów wykrywających Chlamydia, w których wykorzystuje się wymazy z kanału szyjki macicy i cewki moczowej lub próbki moczu. Wprowadzenie testów wykorzystujących próbki moczu pozwala na rutynowe pobieranie materiału bez badania ginekologicznego,

co jest łatwiejsze do zaakceptowania przez pacjentki i lekarzy.

KIŁA

Kiła jest układową chorobą zakaźną szerzącą się głównie na drodze kontaktów płciowych, wywołaną bakterią – krętkiem bladym. Zakażenie kiłą następuje najczęściej poprzez bezpośredni kontakt i przeniesienie krętków białych z osoby chorej, będącej w okresie zakaźnym, na zdrową. W wielu krajach, w tym i w Polsce, prowadzony jest szczegółowy rejestr zachorowań. Z ich analizy wynika, że warunki społeczne, ekonomiczne i polityczne, obyczajowe oraz tendencje w zachorowalności na inne choroby przenoszone drogą płciową pozostają w korelacji z szerzeniem się kiły.

Ryzyko zakażenia w czasie kontaktu płciowego z osobą chorą zależy od wielu czynników i zostało oszacowane na około 25-30% dla kiły pierwszego okresu oraz 50-60% dla kiły drugiego okresu. Do obfitego rozwoju krętków dochodzi w węzłach chłonnych i tkankach w pobliżu miejsca wtargnięcia. Każdy narząd ludzki, łącznie z ośrodkowym układem nerwowym, może być celem inwazji krętków.

Ze względu na mechanizm zakażenia kiłę możemy podzielić na:

- nabytą,
- wrodzoną, która jest następstwem zakażenia płodu w łonie matki.

W rozpoznaniu kiły, obok obrazu klinicznego, decydujące znaczenie odgrywają badania laboratoryjne. Badania bezpośrednie pozwalają na wykrycie krętka bladego w skórze lub innych tkankach oraz pośrednich, polegających na wykryciu w surowicy krwi czy płynie mózgowo-rdzeniowym przeciwciał przeciw krętkom bladym.

Najsukuteczniejszym antybiotykiem stosowanym w leczeniu kiły pozostaje nadal penicylina. Z tego względu u chorych uczulonych na penicyliny zaleca się wykonanie testów skórnych alergicznych i zastosowanie odczulania. Po dostatecznym leczeniu wszyscy chorzy objęci są kontrolnymi badaniami klinicznymi i serologicznymi.

HIV

Wirus upośledzenia odporności (HIV) jest czynnikiem wywołującym zespół nabytego niedoboru odporności (**AIDS**). Epidemiologia AIDS rozpoczęła się we wczesnych latach 80. XX wieku, w pierwszym okresie naznaczona była poczuciem beznadziejności i rozpacz.

Znamy dwa wirusy HIV: HIV-1 oraz HIV-2. Charakterystyczną cechą HIV jest duża zmienność antygenowa. Częste zmiany zwiększają prawdopodobieństwo powstania wariantu wirusa o szczególnych cechach przetrwania w środowisku ustrojowym. Mechanizm szybkiej mutacji pozwala wirusowi na ucieczkę przed odpowiedzią odpornościową.

Rezerwuarem wirusa i źródłem zakażenia jest zakażony człowiek. HIV integruje się z materiałem genetycz-

nym komórek gospodarza i pozostaje w nich do końca życia danego osobnika. Źródłem zakażenia może być zarówno bezobjawowy nosiciel, nawet niezadający sobie sprawy ze swej infekcji, jak i człowiek wykazujący objawy chorobowe zakażenia HIV. Między zakażeniem HIV a powstaniem pełnoobjawowego AIDS mija co najmniej kilkanaście miesięcy, a najczęściej kilka lat. Do zakażeń HIV-1 dochodzi najczęściej drogą kontaktów heteroseksualnych, dlatego coraz częściej pojawiają się doniesienia na temat rezerwuarów HIV-1 innych niż krew (u kobiet w układzie moczowo-płciowym). Zakażenie może nastąpić poprzez kontakt homoseksualny oraz od zakażonej HIV matki do dziecka. Możliwość ograniczenia transmisji HIV od matki do dziecka wskazuje na potrzebę identyfikacji kobiet zakażonych HIV, które są w ciąży lub mają bliskie plany bycia w ciąży.

W Polsce dopuszczalne jest jedynie dobrowolne wykonywanie badań w kierunku zakażeń HIV. Jednak liczba wykonywanych badań jest niewielka w stosunku do korzyści.

HPV

Zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) następuje drogą płciową. Występuje u wszystkich ras i grup społecznych ludzi na całym globie ziemskim. Wirusy HPV zakażają wyłącznie nabłonki skóry i błon śluzowych, prowadząc do powstania nowotworu nabłonkowego. Zakażenie powstaje w wyniku urazu skóry lub mikro-

urazu naskórka albo błony śluzowej. Zakażenie HPV występuje zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, szczególnie w wieku od 16 do 25 lat.

Zakażenie niektórymi genotypami HPV sprzyja powstawaniu raka szyjki macicy. Zmiany o charakterze zaawansowanej dysplazji śródnabłonkowej są stwierdzane u kobiet powyżej 25 lat, a największa częstotliwość raka szyjki macicy u kobiet powyżej 35 lat. Najczęściej izolowanymi ze zmian nowotworowych typami HPV są typy 16 i 18, to ponad 85% przypadków.

Zakażenie HPV może mieć formę subkliniczną (bez zauważalnych objawów) lub z licznymi rozrostowymi zmianami występującymi w okolicy narządów płciowych, okolicy okołodbytniczej pod postacią:

- kłykciny kończyste uszypułowane o wyglądzie kalafiora i barwie skóry lub zaczerwienionej skóry,
- grudki kopulaste cieliste,
- brodawki płaskie o barwie czerwono-różowej lub czerwono-brązowej.

Objawy, które mogą wystąpić, to uczucie pieczenia, świąd, ból i krwawienie. U kobiet kłykciny najczęściej zajmują wargi sromowe, przedsionek pochwy i okolicę odbytu. U mężczyzn zmiany wywoływane zakażeniem HPV stwierdza się na napletku i żołądździ, a ponadto w cewce moczowej, na trzonie prącia, mosznie i okolicy okołodbytniczej.

Rozpoznanie zmian związanych z HPV obejmuje badanie lekarskie, cytologię, kolposkopię, badanie histologiczne oraz testy laboratoryjne wykrywające DNA HPV.

Metody cytologiczne i histologiczne stanowią podstawę postępowania klinicznego, jednak nie dają możliwości typowania wirusów. Do tego służą metody laboratoryjne wykrywające kwasy nukleinowe HPV.

W przyszłości stosowanie łączne szczepionki przeciwko HPV w celu zapobiegania zakażeniom niektórymi typami HPV dużego ryzyka oraz miejscowych leków wzmacniających odporność u kobiet powinno zmniejszyć liczbę kobiet z nieprawidłowymi wynikami cytologii szyjki macicy i następczym rakiem szyjki macicy. **Byłoby to prawdziwe dobrodziejstwo dla zdrowia kobiet.**

ZAKAŻENIE DRÓG MOCZOWYCH

Układ moczowy, który wytwarza i przechowuje mocz, leży w ścisłym sąsiedztwie narządu rodnego i w pobliżu dolnego odcinka przewodu pokarmowego, gdzie bytuje dużo bakterii. Okolica okołocewkowa skolonizowana jest przez bakterie mogące wywołać zakażenie układu moczowego. Pomimo mechanicznego wypłukiwania bakterii podczas oddawania moczu, przy niesprzyjających sytuacjach może dochodzić do wnikania bakterii do cewki i pęcherza moczowego, wywołując zapalenie na drodze wstępującej.

Kobiety, wydawałoby się zdrowe, zgłaszają zwykle objawy dyzuryczne, często opisywane jako dyskomfort w dole brzucha, któremu towarzyszy częste oddawanie moczu i nagłe parcie na mocz, ale bez objawów gorączki i ogólnych zakażenia. Mimo że tkliwość w okolicy spojenia łonowego i ból są objawami zakażenia, to jednak występują tylko u 20% kobiet. Chociaż zakażenie pochwy mogą wywoływać objawy dyzuryczne, to jednak większość kobiet z dysurią, której nie towarzyszy obecność wydzieliny z pochwy, ma zakażenie układu moczowego, a nie zapalenie pochwy.

W zapaleniu cewki moczowej proces zapalny i zakażenie lokalizują się w samej cewce moczowej. Czynnikiem chorobotwórczym są zazwyczaj, przenoszone drogą płciową, patogeny, jak np. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* lub *Trichomonas vaginalis*. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni, uskarżają się na dyskomfort w czasie oddawania moczu, zwykle nie mają objawów

bólowych w okolicy spojenia łonowego lub konieczności częstego oddawania moczu.

W celu potwierdzenia zakażenia zwykle wykonuje się testy laboratoryjne.

Leczenie zakażenia zwykle polega na stosowaniu leków przeciwbakteryjnych. Na wybór odpowiedniego środka leczniczego ma wpływ charakterystyka pacjentki: wiek, obecność ciąży, lokalizacja zakażenia oraz współwystępujące choroby.

Ustalenie rozpoznania i leczenie pacjentów z zakażeniem układu moczowego jest zwykle proste, lecz u niektórych, jak np. ciężarnych i osób starszych, rozpoznanie i leczenie stanowi złożone wyzwanie dla lekarza.

NIETRZYMANIE MOCZU

Jest to niezwykle istotny problem nie tylko medyczny, ale również społeczny. Badania wykazują, że na różne formy nietrzymania moczu cierpi w Polsce ponad 30% kobiet, a w okresie menopauzy 45%. Pierwszy szczyt zapadalności przypada na okres około menopauzalny a następnie obserwuje się stały wzrost częstości występowania w wieku starczym. Pomimo faktu rozpowszechnienia choroby, liczne dane dowodzą, że nie wszystkie chore zgłaszają się z tym problemem do lekarza. Kobiety uważają, że jest to częściowa cena, jaką płacą za urodzenie dziecka. Wiele kobiet uważa także, że jest to dolegliwość związana z naturalnym procesem starzenia i jednocześnie odczuwają lęk i zakłopotanie z powodu konieczności ujawnienia tej dolegliwości.

Do udowodnionych czynników ryzyka nietrzymania moczu należą:

- wiek ściśle wiąże się z częstością występowania problemów,
- płeć żeńska choruje 5x częściej niż mężczyźni,
- otyłość sprzyja 3x większej możliwości wystąpienia problemu,
- ciąża sprzyja pojawieniu się dolegliwości w wieku starszym,
- poród, szczególnie fizjologiczny, ma wyraźny związek z nietrzymaniem moczu, zwłaszcza wysiłkowym, poprzez zmiany w mięśniach przepony moczowo-płciowej,
- operacje w miednicy mniejszej,
- zaburzenia hormonalne, szczególnie brak estrogenów we wczesnej menopauzie, prowadzący do zmian zanikowych sromu, przedsionka pochwy i samej pochwy oraz zmian zanikowych i obniżenia napięcia mięśniowego przepony moczowo-płciowej. Prowadzi to do poszerzenia światła cewki moczowej,
- stany zapalne dróg moczowych.

Istnieje wiele systemów klasyfikacji nietrzymania moczu. Najbardziej praktyczny wydaje się podział na:

- Wysiłkowe nietrzymanie moczu, które charakteryzuje się wyciekami moczu w chwili nagłego wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej (kichanie,

kaszel, schylenie się, dźwiganie ciężarów). Jest to najczęstsza postać – występuje u 50 - 70% kobiet. Klinicznie wyróżnia się trzy stopnie zaawansowania: I-wyciekanie moczu przy znacznym i nagłym wzroście ciśnienia w jamie brzusznej, II-wyciekanie moczu przy umiarkowanym wzroście ciśnienia, np. przy wstawaniu, chodzeniu, III-wyciek moczu w pozycji leżącej.

- Nagłace nietrzymanie moczu charakteryzuje się nagłą niepowstrzymaną potrzebą oddania moczu, której towarzyszą mimowolne skurcze pęcherza moczowego. Do podstawowych objawów należą także częste oddawanie moczu w nocy i moczenie nocne.
- Nietrzymanie z wpływem moczu z przepełnionego pęcherza jest następstwem rozciągnięcia ścian pęcherza na skutek upośledzenia kurczliwości mięśnia wypieracza (atoniczny pęcherz).
- Nietrzymanie o mieszanej etiologii skojarzone występowanie wysiłkowego i nagłego nietrzymania moczu.

Diagnostykę i leczenie należy prowadzić wielotorowo. Celem leczenia jest zapewnienie kontroli nad trzymaniem moczu, poprawienie samopoczucia, jakości życia i funkcjonowania w otaczającym środowisku.

ZABURZENIA STATYKI NARZĄDU RODNEGO

Zaburzenia statyki narządu płciowego u kobiet są definiowane jako obniżenie narządów miednicy małej w stosunku do miejsc ich naturalnego umocowania, które prowadzą do wysuwania się pochwy i/lub szyjki macicy. Końcowym etapem tego procesu jest wypadanie macicy. Obniżenie zwykle powiększa się podczas wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzusznego. Wypadanie narządów płciowych stanowi istotny problem zdrowotny, zaburza życie codzienne, ogranicza lub zaburza czynności seksualne i przyczynia się do znacznego obniżenia jakości życia.

Częstość występowania wypadania narządów płciowych wynosi od 2 do 48%. Niektóre analizy sugerują, że istotne zaburzenia statyki narządu płciowego występują u 50% kobiet posiadających dzieci. Jednak tylko u 10-20% występują objawy kliniczne. Wśród nich najczęściej wymienia się: uczucie pociągania, ciężkość i ból w podbrzuszu, nietrzymanie moczu, nieprzyjemne uczucie, że „coś się wysuwa”, parcie na mocz, częstomocz, trudności w chodzeniu.

Zaburzenia statyki narządów płciowych są jedną z najczęstszych operacji u kobiet. Częstość wykonywania zabiegów zwiększa się z wiekiem. Najczęściej są one wykonywane u kobiet około 60-70 roku życia. Przed podjęciem decyzji o wykonaniu zabiegu należy zawsze rozważyć zastosowanie nieoperacyjnych metod terapii.

Do metod leczenia zachowawczego zaliczamy:

- 1) zmianę trybu życia i eliminację czynników ryzyka: otyłości, zaparc, zakażeń dróg moczowo-płciowych,

- 2) leczenie farmakologiczne, wykorzystujące różne grupy leków oraz ich postaci (tabletki, globulki, maści),
- 3) fizjoterapie,
- 4) środki mechaniczne, które dają podparcie dla szyi pęcherza moczowego lub czasowo zamykają cewkę moczową,
- 5) leczenie uzdrowiskowe.

Ogólnie, metody te bierzemy pod uwagę w przypadkach zaburzeń statyki małego i średniego stopnia, u kobiet planujących ciążę oraz u pacjentek z przeciwwskazaniami do zabiegów operacyjnych.

Pesary – zwiększają ryzyko powstania odleżyn oraz infekcji w pochwie. Trudno się je leczy, zwłaszcza u kobiet po menopauzie.

Leczenie operacyjne zaburzeń statyki narządu rodowego powinno prowadzić do przywrócenia właściwej anatomii pochwy, prawidłowej pracy pęcherza moczowego oraz jelit, a także funkcji seksualnych. Obecnie znanych i stosowanych jest wiele rodzajów operacji zaburzeń statyki narządu rodowego. Generalnie operacje przeprowadza się z dostępu brzuszego lub pochwowego. Zalicza się do nich również specyficzne odmiany, na przykład: przez pochwowo zakładanie sztucznych siatek przez otwór zasłonowy, zabiegi z wykorzystaniem laparoskopii. Wśród lekarzy zajmujących się leczeniem operacyjnym zaburzeń statyki narządu rodowego istnieje opinia, że **nie ma jednej operacji dla wszystkich kobiet**.

W przypadku leczenia operacyjnego pobyt w szpitalu trwa zazwyczaj 4-5 dni, a czas dojścia do normalnej sprawności fizycznej po operacji trwa około 30 dni.

Urologia

NIETRZYMANIE MOCZU

Nietrzymanie moczu stwarza istotny problem natury medycznej, psychospołecznej oraz ekonomicznej. W społeczeństwie, nie tylko polskim, upowszechniło się przekonanie, że nietrzymanie moczu jest tematem wstydliwym i należy unikać rozmów na ten temat.

NIC BARDZIEJ MYLNEGO!

Problem dotyczy 8% społeczeństwa, tj. ok. 4 mln osób, możemy zatem mówić nawet o chorobie społecznej. Wiele kobiet krępuje się w rozmowie z lekarzem zgłaszać swój problem. To błąd! Bez właściwej i fachowej pomocy nie uzyskamy poprawy jakości naszego życia. Przewlekający się problem prowadzi kobiety do poczucia kalectwa i izolacji w rodzinie oraz społeczeństwie.

Nie jest prawdą, że nietrzymanie moczu jest nieuleczalne, właściwe postępowanie prowadzi do osiągnięcia kontroli nad pęcherzem moczowym.

PĘCHERZ MOCZOWY I CEWKA

Nerki produkują mocz, który spływa przewodami-moczowodami do zbiornika zbudowanego z mięśni, czyli pęcherza. Gdy mocz zbiera się w pęcherzu, zwiększając stopniowo swoją pojemność, w pewnym momencie zaczynamy odczuwać parcie, czyli chęć oddania moczu. Nie musimy jednak od razu biec do toalety, gdyż mamy system trzymający mocz – zwieracz cewki moczowej. Pracę pęcherza i zwieracza cewki moczowej kontroluje precy-

zyjnie układ nerwowy, uszkodzenie jego lub zwieracza cewki jest przyczyną różnego typu nietrzymania moczu.

Każda kobieta powinna zadać sobie 2 pytania:

1. Ile razy w ciągu tygodnia mimowolnie popuściłam mocz na odzież, bieliznę lub podpaskę podczas kaszlu, kichania, śmiechu, pracy, podnoszenia przedmiotów, np. torby z zakupami lub ćwiczeń fizycznych?
2. Ile razy w ciągu tygodnia mimowolnie popuściłam mocz z uczuciem nagłej i silnej potrzeby oddania moczu, tak, że nie zdążyłam nawet dojść do toalety?

Jeżeli odpowiedzi na te pytania będą twierdzące, to należy bezwzględnie zgłosić się do specjalisty zajmującego się leczeniem nietrzymania moczu.

UWAGA!

Nietrzymanie moczu może również dotyczyć dzieci, jest przeważnie objawem wady wrodzonej układu moczowego i wymaga leczenia przez urologa dziecięcego.

U mężczyzn również dość często spotyka się zaburzenia oddawania moczu z towarzyszącym nietrzymaniem moczu. Główną, ale nie jedyną, przyczyną są choroby gruczołu krokowego i cewki moczowej.

DEFINICJA

Według definicji podanej przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ICS – International Continence Society), nietrzymanie moczu jest stanem, w którym mimowolny wyciek moczu przez cewkę stwierdzany obiektywnymi badaniami stwarza problemy higieniczne i socjalne.

PRZYCZYNY

Nietrzymanie moczu rzadko występuje przemijająco, wtedy spotyka się je u młodych kobiet. Często ma to związek z ciążą lub zmianami hormonalnymi. W większości przypadków przebieg choroby jednak jest przewlekły i stopniowo się nasilający. Istnieje wiele postaci nietrzymania moczu, które mogą być wynikiem zaburzenia czynności lub budowy anatomicznej aparatu zwieraczowego zamykającego cewkę moczową. Zdarza się również, że nietrzymanie moczu jest związane z niekontrolowanymi skurczami mięśnia wypierającego mocz z pęcherza (mięśnia wypieracza) lub brakiem prawidłowego współdziałania zwieracza cewki moczowej i mięśnia wypieracza pęcherza.

Mogą też występować inne przyczyny zaburzające trzymanie moczu, np. cukrzyca, schorzenia ośrodkowego układu nerwowego (np. stwardnienie rozsiane, udar mózgu, urazy rdzenia kręgowego), leki zwiększające diurezę

stosowane w chorobach serca, nerek oraz leki na osteoporozę.

CZYNNIKI RYZYKA

Wiele teorii tłumaczy powstanie bardzo złożonego problemu nietrzymania moczu u kobiet. Odgrywają one istotną rolę w ustaleniu sposobu leczenia:

- osłabienie mięśni dna miednicy kobiet, np. po mnogich porodach, operacjach na narządach miednicy małej,
- rozerwanie lub rozluźnienie więzadeł, tkanki łącznej i kolagenu struktur podtrzymujących i zamykających cewkę i szyję pęcherza,
- zaburzenia ukrwienia i unerwienia narządów miednicy małej,
- zaburzenia hormonalne, obniżenie poziomu estrogenów,
- zakażenia układu moczowego,
- otyłość,
- zaparcia,
- aktywność seksualna,
- mała aktywność fizyczna,
- stan psychiczny.

RODZAJE NIETRZYMANIA MOCZU

Wysiłkowe nietrzymanie moczu jest spowodowane uszkodzeniem mechanizmu zamknięcia cewki moczowej, a głównym jego objawem jest nietrzymanie moczu przy wysiłku.

Nagłace nietrzymanie moczu spowodowane jest nadmierną aktywnością mięśnia wypieracza pęcherza, a głównym jego objawem jest nietrzymanie z parciem nagłym i/lub częstym oddawaniem moczu.

Mieszana postać nietrzymania moczu, w której występują jednocześnie obie wymienione wyżej przyczyny (uszkodzenie zwieracza cewki i nadczynność wypieracza). W TYM PRZYPADKU WYSTĘPUJĄ OBA RODZAJE OBJAWÓW.

ROZPOZNANIE

Wstępne postępowanie z kobietą zgłaszającą się do lekarza polega na zachęceniu do rozmowy o sposobie oddawania przez nią moczu i przekonaniu jej, **że nie jest to tylko jej problem!**

Czasem wymaga to kilku spotkań i dużej delikatności, żeby ocenić jakość życia kobiety i chęć podjęcia przez nią leczenia.

Wnikliwa ocena kliniczna polega na analizie wielu objawów i wykonanych badań dodatkowych.

Nieocenioną pomocą w ustaleniu rozpoznania, jest ocena objawów ze strony dróg moczowych za pomocą prowadzonego przez kobietę tzw. kalendarza (**kwestionariusza oddawania moczu**). Pacjentka sama przez kilka dni, najczęściej 2-3, obserwuje swój sposób oddawania moczu i zapisuje w dzienniczku mikcji.

Dzienniczek oddawania moczu informuje nas:

- o godzinach oddawania moczu i objętości oddanego moczu,
- czy występuje oddawanie moczu w nocy,
- o ilości wypitych płynów w ciągu doby,
- o sytuacjach, w których nastąpił niekontrolowany wyciek moczu (kaszel, podnoszenie przedmiotów, chodzenie po schodach, konieczność nagłego oddania moczu).

BADANIE U UROLOGA I GINEKOLOGA

Ocena specjalisty pozwala na ustalenie wskazań do konieczności wykonania badania urodynamicznego.

Badanie urodynamiczne pozwala na ocenę czynności pęcherza i cewki moczowej. Jest ono wykonywane przy użyciu specjalistycznego sprzętu w wyspecjalizowanych ośrodkach. Inaczej mówiąc, badanie to pozwala na rejestrację zdarzeń zachodzących w pęcherzu i cewce moczowej podczas gromadzenia, trzymania i oddawania moczu, określa rodzaj występujących nieprawidłowości.
NA PODSTAWIE TEGO BADANIA MOŻEMY OKREŚLIĆ PRZYCZYNĘ NIETRZYMANIA MOCZU.

Przygotowanie do tego badania jest proste. Koniecznie należy wykonać badanie ogólne i posiew moczu w celu wyeliminowania stanu zapalnego. Rano, w dniu badania należy założyć czopek przeczyszczający lub wykonać wlew czyszczący (lewatywa). Do gabinetu trzeba zgłosić się z pełnym pęcherzem. Należy pamiętać o zabraniu ze sobą całej dotychczasowej dokumentacji medycznej i kalendarza mikcji.

Badanie jest niebolesne, rozpoczyna się oddaniem moczu do specjalnego urządzenia, które rejestruje przepływ moczu przez cewkę. Kolejnym etapem jest założenie bardzo cienkiego cewniczka do pęcherza i czasem balonika do odbytu. Pacjentka leży wygodnie na fotelu, a pęcherz wypełnia zamiast moczu płyn fizjologiczny. Cewniki

odbierają wszelkie zmiany zachodzące w pęcherzu i cewce oraz przekazują do specjalnego aparatu. Dane zbierane podczas badania analizuje i ocenia lekarz.

LECZENIE

W zależności od przyczyny nietrzymania moczu leczenie różni się zasadniczo, możemy jednakże mówić o wspólnych elementach terapii początkowej dla wszystkich rodzajów nietrzymania moczu. U części kobiet w jego wyniku dochodzi do wyleczenia lub znaczącej poprawy trzymywania moczu. Stosowanie się do tych zaleceń poprawia także i utrwała wyniki ewentualnego leczenia operacyjnego.

- Ocena stanu hormonalnego pacjentki, leczenie estrogenowe pod kontrolą ginekologa.
- Zmiana stylu życia (rezygnacja z używek, redukcja masy ciała). Otyłość sprawia, że kobiety narażone są na zwiększone ryzyko osłabienia mięśni dna miednicy. Stosowanie używek wpływa niekorzystnie na czynność i choroby pęcherza, szczególnie PAPIEROSY. Psychoterapia (leczenie obniżonej motywacji, częstych nerwic i depresji u kobiet) – wzmacnianie motywacji jest warunkiem powodzenia leczenia.
- Ćwiczenia mięśni przepony miednicznej (Kegła) i trening pęcherza. Polegają one na powtarzalnych, kontrolowanych skurczach odpowiednich grup mięśniowych (miednicy, pochwy, pośladków), muszą być wykonywane z dużą regularnością przez ok. 6 tygodni, 3 razy dziennie.
- Leczenie zakażeń układu moczowego.

- Biofeedback – jest to nauka świadomego napinania i rozluźniania mięśni dna miednicy, kontrolowana i rejestrowana graficznie przy pomocy specjalnych urządzeń elektronicznych. Podczas tego niebolesnego zabiegu, pacjentka obserwuje na ekranie monitora działanie swoich mięśni. Wykorzystując ten obraz, uczy się odpowiednio wzmacniać siłę skurczu mięśni, a także relaksować je w prawidłowy sposób. Ćwiczenia są prowadzone pod kontrolą uroterapeuty. Sprzęt do tych zabiegów jest kosztowny.
- Pomoce sprzętowe, np. stożki pochwowe, wkładki dopochwowe ortostatyczne. To odpowiedniego kształtu ciężarki; kobieta stara się utrzymać w pochwie, wzmacniając tym samym mięśnie krocza.
- Elektrostymulacja za pomocą elektrod dopochwowych impulsem sterowanym urządzeniem elektronicznym. Odpowiednio zaprogramowane urządzenie wysyła impuls pobudzający odpowiednie grupy mięśniowe za pomocą elektrody umieszczonej w pochwie. Zabiegi te można wykonywać w domu, urządzenie jest do zakupu indywidualnego.
- Neurostymulacja magnetyczna. Pacjentka jest umieszczana w silnym polu magnetycznym. Zabiegi są powtarzalne kilka razy w tygodniu.
- Leki hamujące czynność skurczową pęcherza.
- Leki zwiększające napięcie zwieracza cewki moczowej.

Niepowodzenie leczenia zachowawczego wysiłkowego nietrzymania moczu i uszkodzenie zwieracza cewki moczowej jest **wskazaniem do leczenia operacyjnego**. Obecnie wykonywane zabiegi są bardzo skuteczne. Rodzaj i zakres operacji ustala specjalista zajmujący się leczeniem nietrzymania moczu.

Istnieje wiele sposobów operacyjnego leczenia nietrzymania moczu.

W ostatnim czasie dużą popularność znalazły zabiegi z użyciem taśm podwieszających cewkę moczową zakładanych od strony pochwy. Są to zabiegi małoinwazyjne, wykonywane w ramach chirurgii jednego dnia. Pacjentka jedną dobę pozostaje na oddziale i wychodzi do domu bez cewnika.

W przypadku nawrotowego nietrzymania moczu istnieje możliwość wykonania ponownej operacji.

PĘCHERZ NADREAKTYWNY

Często, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, zgłaszają się do lekarza z powodu częstomoczu i/ lub naglącej i trudnej do opanowania potrzeby oddania moczu, której towarzyszy nietrzymanie moczu w różnym zakresie. Wykonane badania nie znajdują miejscowej przyczyny takiego stanu. Przyjmuje się, że jest to wynik nieprawidłowej kontroli czynności skurczowej pęcherza, spowodowanej zaburzeniem jego unerwienia. Ściana pęcherza kurczy się niezależnie od sygnałów wysyłanych przez ośrodki kontrolujące jego pracę. Pojawia się naglące parcie niezależne od stanu wypełnienia pęcherza a następnie silny skurcz, któremu może towarzyszyć wyciek moczu przez cewkę. Leczenie pęcherza nadreaktywnego polega na stosowaniu treningu pęcherza w celu opanowania parć naglących, podawaniu leków hamujących czynność skurczową pęcherza, zastosowaniu różnego rodzaju elektrostymulacji.

ZESPÓŁ BOLESNEGO PĘCZERZA

Zespół ten charakteryzuje się tym, że podczas gromadzenia moczu w pęcherzu pojawia się silny ból w okolicy pęcherza, któremu towarzyszy nagłaćce parcie, często-mocz, bolesne mikcje o małej objętości moczu.

Wykonane badania moczu, USG i endoskopowe są w normie i nie wykazują obecności uchwytnych zmian chorobowych.

Przyjmuje się, że przyczyną powstania zespołu bolesnego pęcherza jest uszkodzenie glikokaliksu – warstwy ochronnej nabłonka pęcherza oraz wzrost jego przepuszczalności dla substancji silnie drażniących zakończenia nerwowe.

Leczenie polega na łagodzeniu bólu, zmniejszeniu czynności skurczowej pęcherza, doustnym lub dopęcherzowym podaniu leków odnawiających warstwę ochronną nabłonka pęcherza. Przy braku poprawy leczenia pomocne mogą okazać się iniekcje w ścianę pęcherza z toksyny botulinowej. W niektórych przypadkach należy rozważyć operacyjne powiększenie pęcherza, a w ostateczności jego usunięcie.

Gdzie możesz szukać pomocy

Droga pacjentko,

zdajesz sobie oczywiście sprawę z tego, że bezpłatna opieka medyczna dla kobiet w przypadku chorób wstydliwych to nie jest sprawa łatwa, oczywista, powszechnie dostępna. Kiedy czytasz, jak wygląda Twoje leczenie w przypadku chorób przewlekłych lub wymagających wizyty u specjalisty, leczenia operacyjnego (nawet, jeśli jest to chirurgia jednego dnia), wiedz, że to tylko teoria. W przypadku nietrzymania moczu, jeśli konieczna będzie operacja, będziesz musiała na nią długo i cierpliwie czekać, korzystając z pieluchomajtek. Mamy nadzieję, że ta ulotka uświadomi decydom, że pacjentki w wieku poreprodukcyjnym również zasługują na opiekę medyczną szybką i skuteczną, a ich dolegliwości ginekologicznych i urologicznych nie można lekceważyć. Za każdym razem, kiedy będziesz miała pytania i wątpliwości, gdy okaże się, że na leczenie musisz czekać nieznośnie długo, kontaktuj się z lubuskim oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia i uświadamiaj jego pracownikom, że nie godzisz się na takie traktowanie Twojego zdrowia i Twojej ludzkiej godności.

BABY

Lubuski Oddział
Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Telefon informacyjny: 94 88, 068 3287777

email: zadajpytanie@nfz-zielonagora.pl

Rzecznik Praw Pacjenta Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest do dyspozycji świadczeniobiorców w siedzibie LOW NFZ w Zielonej Górze przy ul. Podgórznej 9b, w godzinach 8.00-16.00, od poniedziałku do piątku, we wtorki w godzinach 10.00-18.00, telefon 068 3287676, email: rzecznik_praw@nfz-zielonagora.pl.

Rzecznik Praw Pacjenta LOW NFZ pełni również dyżury w siedzibie Delegatury LOW w Gorzowie Wlkp. przy ul. Przemysłowej 14/15, w drugą środę każdego miesiąca, w godzinach 10.00-14.00.

Niestety nie możemy podać, gdzie możesz się leczyć bezpłatnie w 2008 roku, nasza broszura wychodzi w grudniu 2007 roku, a kontraktowanie usług wciąż trwa. Jeśli poszukujesz gabinetu ginekologicznego lub urologicznego, zdecydowałaś się na zabieg operacyjny i chcesz wiedzieć, gdzie Cię przyjmą w ramach ubezpieczenia, musimy odesłać Cię do lubuskiego oddziału NFZ. Telefony podałyśmy na poprzedniej stronie. Możesz skorzystać z ich strony [www](http://www.nfz-zielonagora.pl).

www.nfz-zielonagora.pl

Szukasz działu: **ABC pacjenta**, następnie: **Gdzie się leczyć** i szukasz odpowiedniego kolejnego działu. Poradnie ukryte są pod: **Ambulatoryjną opieką specjalistyczną**. Zabiegów operacyjnych szukaj pod **Leczeniem szpitalnym**, a następnie szukaj trybu jednodniowego lub dłuższego w zakresie interesującego Cię działu medycyny. A potem zadzwoń i upewnij się, czy na pewno podpisali kontrakt. Powodzenia!

