

# Profilaktyka nierzymania moczu

## Prevention of urinary incontinence

dr n. farm. Anna Nowicka-Zuchowska, mgr Aleksander Zuchowski

PDF [www.lekwpolisce.pl](http://www.lekwpolisce.pl)

**Słowa kluczowe:** nietrzymanie moczu, fizykoterapia, biofeedback, izoflawonoidy.

**Streszczenie:** Nietrzymanie moczu jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych u kobiet, a jej stopień nasilenia zwiększa się z wiekiem. Jest to stan niekontrolowanego wycieku moczu przez cewkę moczową. Ze względu na charakter występujących objawów znacząco wpływa na jakość życia, utrudnia normalne funkcjonowanie w życiu społecznym i rodzinnym. Nietrzymanie moczu jest problemem wstydliwym, dokuczliwym i może wystąpić u każdego, niezależnie od płci i wieku. Wielu chorych bagatelizuje problem, ponieważ wstydzi się do niego przyznać przed lekarzem lub farmaceutą. Nietrzymanie moczu ma najczęściej charakter wieloczynnikowy. Ze względu na różne rodzaje nietrzymania moczu ważna jest dokładna i wczesna diagnostyka, która daje większe szanse w leczeniu zachowawczym. Do profilaktyki pierwotnej zaliczamy: szybkie i skuteczne leczenie zakażeń, unikanie ciężkiej pracy fizycznej, ograniczenie używek i wczesne leczenie objawów menopauzy, a także korzystanie z fizjoterapii. Rehabilitacja pozwala w wielu przypadkach na uniknięcie zabiegu operacyjnego, a przede wszystkim wpływa na poprawę jakości życia. Regularne stosowanie ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy oraz edukacja prozdrowotna zmniejsza ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu.

**Keywords:** urinary incontinence, physical therapy, biofeedback, isoflavonoids.

**Abstract:** Urinary incontinence is considered one of the most common chronic diseases in women, increases with age. It is a condition of uncontrolled leakage of urine through the urethra. Due to its symptoms, incontinence has a significant impact on the quality of life of the patient. Urinary incontinence is a troublesome problem significantly lowering the quality of life, it may occur in everyone regardless of gender and age. Many patients underestimate the problem of being ashamed to admit it, the doctor or pharmacist. Urinary incontinence is most often multifactorial. Because of the different types of urinary incontinence precise and reliable early diagnosis is essential, which gives a greater chance of success of conservative treatment. For primary prevention, we can prevent the occurrence of disorder by rapid and effective treatment of infection, avoidance of heavy physical labor, reduction substance abuse and early treatment of menopausal symptoms, and the use of physiotherapy. In many cases, rehabilitation allows avoidance of surgical procedure, and most of all, improves the quality of life of a woman. Regular use of strengthening exercises of pelvic floor muscles and appropriate health education reduces the risk of urinary incontinence.

## Wprowadzenie

WHO ocenia nietrzymanie moczu ze względu na częstość występowania jako jeden z ważniejszych i aktualnych problemów zdrowotnych. Jest to choroba społeczna,

dotykająca głównie kobiety, niezależnie od różnic etnicznych i kulturowych [1].

Częstość występowania tego schorzenia wzrasta z wiekiem. Problem nietrzymania moczu dotyczy ok. 8-20% kobiet w wie-

ku 40-60 lat. Prawie co czwarta kobieta pomiędzy 18. a 48. r.ż. cierpi na wysiłkowe nietrzymanie moczu [2]. Ok. 37% kobiet w wieku 35-54 lat oraz ponad 39% kobiet po ukończeniu 55. r.ż. doświadczyło objawów tej choroby. Badania pokazują, że problem ten dotyka ok. 20% kobiet, które nigdy nie rodziły, oraz aż 60% wieloródek [3]. Jednak niecałe 20% kobiet zgłasza ten problem do lekarza, ponieważ ta dolegliwość jest uznawana za wstydliwą. Pacjentki zwlekają ze zgłoszeniem się do lekarza, co wpływa na gorsze rezultaty leczenia.

Początkowym objawem nietrzymania moczu jest plamienie bielizny podczas kichania, kaszlu, czy podnoszenia ciężkich przedmiotów. Na skutek wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej dochodzi wtedy do mikcji. Brak kontroli oddawania moczu powoduje problemy higieniczne oraz utrudnia kontakty międzyludzkie. Istotnym problemem jest rozwój bakterii, szczególnie w upalne dni, oraz nieprzyjemny zapach, który przesiąka również do ubrań. Dolegliwość ta jest negatywnie odbierana przez pacjentów, ponieważ znacznie pogarsza jakość życia, utrudnia choremu funkcjonowanie w społeczeństwie [4,5]. Często zmusza do ograniczeń w życiu towarzyskim, zmniejsza poczucie własnej wartości i powoduje dyskomfort psychiczny [6]. Osoby, które są dotknięte tą chorobą, często bywają zakłopotane, odsuwane lub wytykane przez otoczenie, co powoduje, że zamykają się w sobie, a nawet chorują na depresję. Niestety wiele kobiet bagatelizuje ten problem, wstydząc się do niego przyznać lekarzowi bądź farmaceucie. Dlatego w pro-

cesie diagnostycznym nietrzymania moczu istotne jest określenie również psychofizycznego stanu pacjentów [7].

Mimo że objawy choroby powszechnie występują w różnych grupach wiekowych, w wielu krajach nie ma programów w zakresie profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu [8]. Aby zwrócić uwagę opinii publicznej na ten istotny problem, który dotyka ponad 200 mln osób na świecie, organizowane są światowe konferencje dotyczące kontynencji. Polska, podobnie jak inne kraje (USA, Kanada, Niemcy, Australia), co roku aktywnie włącza się w obchody Tygodnia Kontynencji.

Aby zmniejszyć częstość występowania nietrzymania moczu, profilaktykę rozpoczyna się u młodych kobiet, które należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania. Działania te polegają na zachęcaniu pacjentek do stosowania zasad zdrowego trybu życia, zaprzestania palenia papierosów (likwiduje przewlekły kaszel), wykonywania regularnie ćwiczeń, które wzmacniają mięśnie dna miednicy. Zmniejszenie nasilenia nietrzymania moczu uzyskuje się także przez ograniczenie nadmiernego wysiłku fizycznego oraz utrzymania prawidłowej masy ciała i zapobieganie otyłości [11].

## Czynniki ryzyka

Istnieją czynniki ryzyka, które szczególnie predysponują do pojawienia się objawów nietrzymania moczu.

- Należy do nich m.in. poród, w czasie którego angażowane są mięśnie odpowiedzialne za mechanizm trzymania

**Aby zmniejszyć częstość występowania nietrzymania moczu, profilaktykę rozpoczyna się u młodych kobiet, które należą do grupy zwiększonego ryzyka zachorowania.**

moczu [12]. Nadmierne rozciągnięcie mięśni dna miednicy osłabia je i może skutkować ich nieprawidłowym funkcjonowaniem.

- Innym czynnikiem, który wywołuje atrofię w obrębie narządów układu rozrodczego, jest niedobór estrogenów w okresie pomenopauzalnym. Niedobór hormonów obniża napięcie mięśniowe, co prowadzi do objawów nietrzymania moczu [14].

Czynniki ryzyka nietrzymania moczu, zwłaszcza u starszych kobiet są:

- demencja,
- przyjmowanie niektórych leków,
- współistnienie schorzeń neurologicznych,
- zabiegi operacyjne w obrębie miednicy mniejszej, a także rodzaj wykonywanej pracy.

Do pozostałych czynników ryzyka nietrzymania moczu zalicza się również:

- zakażenia dróg moczowych i rodnych,
- nowotwory lub urazy dotyczące ośrodkowego układu nerwowego i/lub układu moczowego i rodnego,
- zaburzenia w budowie kolagenu [16].

Na funkcję dolnych dróg moczowych wpływa także narażenie na stres na tle emocjonalnym i psychospołecznym.

Wyróżnia się czynniki niemodyfikowalne ryzyka nietrzymania moczu (tab. 1) oraz modyfikowalne.

Do czynników modyfikowalnych, których można się ustrzec dzięki prowadzeniu odpowiedniego stylu życia, zalicza się [17]:

- przyjmowanie używek takich jak kofeina oraz alkohol – ich nadmierne stosowanie zwiększa parcie i nietrzymanie moczu z powodu parć naglących;
- niewłaściwa dieta, ostre przyprawy, nieregularne spożywanie posiłków w ciągu doby, będące jedną z głównych przyczyn dysfunkcji jelit;
- zbyt mała aktywność fizyczna – zbyt niski, jak i zbyt wysoki poziom aktywności fizycznej przyczynia się do wystąpienia nietrzymania moczu;
- zbyt duża masa ciała nieuwarunkowana chorobami genetycznymi; w typie brzuszonym otyłości nadmiar tkanki tłuszczowej zwiększa nacisk na pęcherz moczowy;
- inne choroby, np. przebiegające z przewlekłym kaszlem;

**Tabela 1.** Czynniki ryzyka niemodyfikowalne [15]

Genetyczne	Neurologiczne	Anatomiczne
Trzy razy częściej występuje u krewnych pierwszego stopnia (babcia, matka, siostra)	Choroba Parkinsona	Obniżenie mięśni dna miednicy
Niektóre choroby uwarunkowane genetycznie (Ehlers-Danlosa, choroba Parkinsona)	Udar mózgu	Nieprawidłowa praca mięśni (słaby cewkowy mechanizm skurczowy)
Dziecięce moczenie bezwiedne	Choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa	
Cukrzyca typu 1	Miażdżycza rozsiana	

- stres, zmęczenie, zaburzenia osobowości;
- przewlekłe zaparcia;
- przyjmowanie niektórych leków (np. diuretyki, leki hipotensyjne czy przeciwłękowe).

## Diagnostyka

Badanie chorego należy rozpocząć od zebrania dokładnego wywiadu. Pytania powinny dotyczyć trzech głównych zagadnień: aktualnie istniejących dolegliwości, które spowodowały zgłoszenie się do lekarza, dotychczasowy przebieg choroby oraz innych towarzyszących dolegliwości urologicznych [18]. Wywiad powinien dotyczyć także zachowania i nawyków dietetycznych.

Postawienie właściwej diagnozy umożliwia dokładne badanie fizykalne, badania laboratoryjne, test wkładkowy oraz badanie urodynamiczne. Istotnym elementem diagnostyki jest prowadzenie przez chorych dziennika mikcji, w którym są zapisywane: czas i pojemność poszczególnych mikcji oraz inne uwagi dodatkowe, np. przyjmowanie pokarmów i płynów wzmagających dolegliwości (kawa, piwo, niektóre owoce i warzywa, soki).

## Profilaktyka

Profilaktyka nietrzymania moczu skupia się na eliminacji czynników ryzyka, które pośrednio lub bezpośrednio powiązane są ze sobą, a także na propagowaniu zdrowego stylu życia [19]. Kluczowe jest uświadomienie, że tylko niektóre czynniki tego schorzenia mają charakter trwały i nieulegający zmianom (tzw. czynniki niemodyfikowalne). Duży nacisk w profilaktyce kładzie się na odpowiednią dietę, która powinna w dużej mierze opierać się na produktach łatwostrawnych, bogatych w błonnik, na aktywności fizycznej oraz walce z otyłością.

Kobiety, które należą do grupy zwiększonego ryzyka, powinny uwzględniać w życiu codziennym czynności zmniejszające ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu [20]. Do działań profilaktyki należą: higiena okolic intymnych, unikanie zakażeń dróg moczowo-płciowych oraz wczesne leczenie menopauzy poprzez stosowanie terapii hormonalnej.

## Leczenie zachowawcze

Leczenie zachowawcze jest najbezpieczniejszą formą terapii nietrzymania moczu. Ważnym elementem jest edukacja zachowań związanych z mikcją. Najczęściej w terapii zachowawczej pacjentek z nietrzymaniem moczu stosuje się terapię behawioralną, biofeedback, kinezyterapię oraz fizykoterapię [23]. Ponieważ kobiety dotknięte problemem nietrzymania moczu popadają w zaburzenia emocjonalne, w terapii niezbędna jest pomoc psychologa [4,7-9].

Metody fizjoterapeutyczne stosowane w leczeniu zaburzeń dolnych dróg moczowych są bezpieczne [24]. Odpowiednio dobrane zapewniają poprawę lub całkowite ustąpienie objawów w przypadku małego albo średniego stopnia ich nasilenia. Fizjoterapia zwiększa także szansę na powodzenie ewentualnego leczenia chirurgicznego.

Wśród metod fizjoterapeutycznych wyróżnia się:

- ćwiczenia mięśni dna miednicy mniejszej,
- elektryczną stymulację mięśni dna miednicy mniejszej,
- biofeedback (biologiczne sprzężenie zwrotne),
- terapię behawioralną (trening pęcherza moczowego),
- stymulację zmiennym polem magnetycznym.

# femina expert control



## POMOC DLA KOBIECI W UTRZYMYWANIU KONTROLI NAD ODDAWANIEM MOCZU

- Innowacyjny ekstrakt z **pestek dyni CURBILENE**, pomagający w prawidłowej funkcji układu moczowego
- Ekstrakt z kielków soi w tym izoflawony sojowe
- Ekstrakt z liści pokrzywy
- Witaminy D3 i B12



**glenmark**  
A new way for a new world

Femina. Zadbaj o swoją kobiecość

## Ćwiczenia mięśni dna miednicy

W 1948 r. dr Arnold Kegel opublikował w *American Journal of Obstetrics and Gynecology* wyniki swoich 15-letnich doświadczeń z zastosowaniem ćwiczeń mięśni dna miednicy u pacjentek z nietrzymaniem moczu. Zalecał stosowanie ćwiczeń już przy pierwszych objawach zwiotczenia mięśni.

W rezultacie regularnej pracy zdolnych do skurczu uszkodzonych mięśni dochodzi do poprawienia ich koordynacji, czego skutkiem jest lepsza kompresja cewki moczowej w czasie wzrostu ciśnienia śródbrzusznego podczas wysiłku [25]. Ćwiczenia powinny być indywidualnie dobrane do wieku kobiety i chorób towarzyszących. Należy uwzględnić początkowy stan pacjentki i jej wstępne możliwości utrzymania stałego napięcia. Na początku zaleca się 3 serie ćwiczeń na dzień obejmujące po 8-12 krótkich skurczów mięśni krocza. Następnie po uzyskaniu zadowalających rezultatów zaleca się kontynuowanie ich w rytmie 2-3 razy na tydzień. Nauka tych ćwiczeń może zapobiegać lub opóźnić występowanie nietrzymania moczu. Zaleca się wykonywanie ćwiczeń we wszystkich pozycjach (leżącej, siedzącej oraz stojącej) [26].

Skuteczność ćwiczeń mięśni dna miednicy jest bardzo wysoka. Ćwiczenia te są polecane wszystkim ciężarnym w drugiej połowie ciąży, a zwłaszcza tym, u których epizody nietrzymania moczu wystąpiły przed ciążą lub w trakcie jej trwania.

Celem prawidłowo wykonanych ćwiczeń jest wzmocnienie i uelastycznienie mięśni dna miednicy oraz równoczesne przywróce-

nie utraconych nawyków podczas wzrostu ciśnienia wewnątrzbrzusznego (podczas kichania, śmiechu, kaszlu). Ćwiczenia te są bardzo skuteczne, pod warunkiem, że są systematycznie i prawidłowo wykonywane; rezultaty widoczne są już po kilku tygodniach.

## Elektrostymulacja

Często stosowanym sposobem leczenia nietrzymania moczu jest elektrostymulacja, zlecana pacjentkom, u których reakcje mięśni są opóźnione, a ich skurcz słabo wyczuwalny. Stymulacja poprawia ukrwienie, a bodziec elektryczny uruchamia proces odbudowy mięśnia. W stymulacji pobudza się do pracy wyselekcjonowany mięsień lub grupę mięśni, bez obciążania układu kostnego, oddechowego, krwionośnego [27]. Elektro-

**Często stosowanym sposobem leczenia nietrzymania moczu jest elektrostymulacja.**

mulację można stosować u pacjentów ciężko chorych (po wykluczeniu przeciwwskazań). Skutkiem stosowania długotrwałej i systematycznej elektro-

stymulacji jest zwiększenie masy mięśniowej, napięcia i siły skurczu mięśni dna miednicy. Rehabilitacja może trwać nawet kilka miesięcy i jest zależna od stopnia osłabienia mięśni, systematyczności w ćwiczeniach czy czynników dodatkowych (np. nadwagi). Dobre efekty uzyskuje się po 3-6 miesiącach terapii. Nie występują skutki uboczne stosowania, nawet gdy jest prowadzona przez 11 godz. dziennie przez 3 lata [28]. Ten sposób leczenia nietrzymania moczu może być uzupełnieniem innych form terapii.

## Biofeedback

Biofeedback polega na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. Jest to nauka świadome-



go kurczenia i świadomej relaksacji mięśni dna miednicy. Wymaga specjalnej aparatury rejestrującej i umożliwiającej odbiór (wzrokowy lub słuchowy) rejestrowanych zmian. Stosowany jest w nietrzymaniu moczu u kobiet oraz u mężczyzn. Ocena skuteczności terapii u kobiet następuje po 3-6 miesiącach, a u mężczyzn po operacjach prostaty nawet po 8 miesiącach leczenia. Biofeedback umożliwia uruchomienie właściwej grupy mięśni, kontrolowanie nasilenia i czasu trwania skurczu [29].

Biofeedback uznaje się za alternatywą i nowoczesną metodę ćwiczeń. Można go stosować jako jedyne leczenie lub łączyć z innymi formami leczenia zachowawczego. W połączeniu z regularnymi ćwiczeniami Kegla przynosi najlepsze efekty.

## ETS

Najnowszą techniką rehabilitacji, która łączy w jednym zabiegu biofeedback i elektrostymulację mięśni dna miednicy, jest ETS [30]. Umożliwia obserwację efektów rehabilitacji i łączy w sobie trening mięśni dna miednicy. Kiedy napięcie mięśnia przekroczy odpowiednią wartość, jest on dodatkowo stymulowany impulsami elektrycznymi. Oprócz wzrostu siły mięśni dna miednicy, poprawia przewodnictwo nerwowo-mięśniowe i jakość skurczu, a przez to zwiększona jest skuteczność ćwiczeń.

## Terapia behawioralna

Terapia behawioralna nie polega tylko na treningu pęcherza moczowego. Stres towarzyszący chorobie może mieć różne nasilenie i zależy od stopnia zaawansowania schorzenia, czasem prowadzi nawet do depresji. Kobiety niekiedy rezygnują z życia to-

warzyskiego, pracy zawodowej, ograniczają lub modyfikują swoją aktywność w różnych dziedzinach życia. Działanie terapeuty opiera się na analizie emocji pacjentki, motywacji zdrowotnej, zachowań i nałogów.

Terapia behawioralna obejmuje działania mające na celu świadome wytworzenie zachowań i reakcji, które pozwalają kontrolować i modyfikować mechanizmy związane z utrzymaniem moczu [31]. Pacjentek uczy się regularnego oddawania moczu, całkowitego opróżniania pęcherza moczowego, zmniejszenia ilości przyjmowanych płynów, unikania ekstremalnego wysiłku oraz zaprzestania palenia.

\*\*\*

Statystyki pokazują, że w nietrzymaniu moczu pierwszego stopnia osiąga się aż 80% pozytywnych wyników fizjoterapii. U pacjentek ze schorzeniem drugiego stopnia zadowalające efekty obserwuje się u 50% pacjentek, przy stopniu trzecim uzyskuje się poprawę u 30% kobiet, jednak całkowite wyleczenie nie jest już możliwe [32]. Pacjentka, która chce uniknąć nietrzymania moczu, może zmienić styl życia, odstawić używki (alkohol, kawa, papierosy), zrzucając nadmiar kilogramów. Należy dbać o higienę intymną, a w przypadku wystąpienia infekcji jak najszybciej ją wyleczyć. Przeciwwskazany jest nadmierny wysiłek fizyczny. Najbardziej skuteczną terapią to ta, która została wprowadzona w ciągu 4 lat od pojawienia się pierwszych symptomów.

Brak efektów terapii behawioralnej i farmakologicznej jest podstawą do zakwalifikowania do leczenia chirurgicznego. Dla każdej pacjentki dobierana jest indywidualna metoda operacyjna.

## Higiena

Istotne w profilaktyce nietrzymania moczu jest zachowanie prawidłowych zasad higieny intymnej, dzięki którym można uniknąć zakażenia dróg moczowych. Należy stosować odpowiednie żele i płyny do higieny intymnej, zapewniające odczyn zbliżony do tego w pochwie. Jakość życia pacjentek z nietrzymaniem moczu poprawia stosowanie środków chłonących mocz (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, majtki chłonne, podkłady).

## Leczenie farmakologiczne nietrzymania moczu

Większość środków farmakologicznych, które są stosowane w leczeniu nietrzymania moczu, pomimo skutecznego działania po pewnym czasie wywołuje skutki niepożądane (nudności, przyrost masy ciała, zaburzenia snu i nastroju), zmuszające do zakończenia terapii. Nie wpływają one jednak na kondycję mięśni i biomechanikę całego ciała. Najczęściej stosowane są:

- leki antycholinergiczne,
- trójpierścieniowe leki antydepresyjne,
- estrogeny,
- leki blokujące kanał wapniowy,
- alfa-adrenolityki,
- analogi wazopresyny,
- podawane bezpośrednio do pęcherza neurotoksyny [22].

Monoterapia jest przeważnie mało skuteczna i daje krótkotrwałe rezultaty, dlatego ciągle poszukuje się nowych substancji,

które pozwoliłyby na wyeliminowanie tej dokuczliwej i wstydlivej dolegliwości.

**Duloksetyna** jest nowym preparatem, który na drodze ośrodkowej hamuje zwrotne wchłanianie serotoniny i noradrenaliny oraz zwiększa napięcia zwieracza zewnętrznego cewki. Lek działa tylko w okresie jego przyjmowania i nie powoduje całkowitego wyleczenia, a jedynie łagodzi dolegliwości. Powoduje ponadto liczne działania niepożądane. Lek jest zarejestrowany w Unii Europejskiej i dostępny w obrocie w Polsce\*.

## Suplementy diety stosowane w nietrzymaniu moczu

Wybrany suplement diety przypisuje się zdolność do łagodzenia objawów nietrzymania moczu (zazwyczaj po ok. 2 tygodniach stosowania, a optymalny efekt ma występować po 6 tygodniach). Są bezpieczne i nie powodują działań niepożądanych. To preparaty na bazie naturalnych składników, które poprawiają komfort życia osób zmagających się z tym schorzeniem i pomagają w utrzymaniu kontroli nad oddawaniem moczu. Ich działanie jest dwukierunkowe: wzmocnienie mięśni dna miednicy, które pozwalają odzyskać kontrolę nad procesem trzymania moczu, oraz wpływ bezpośredni na rozluźnianie mięśni pęcherza, co zmniejsza parcie na mocz. Preparaty te przywracają właściwe napięcie i jędrność tkanek odpowiedzialnych za proces trzymania moczu [21].

Większość suplementów diety zawiera w swoim składzie kompozycję ekstraktów

\* Duloksetyna jest dopuszczona do obrotu w Polsce; jest wskazana wyłącznie w leczeniu dużych zaburzeń depresyjnych i uogólnionych zaburzeń lękowych, w leczeniu bólu w obwodowej neuropatii cukrzycowej u dorosłych. Duloksetyna w Polsce nie jest jednak przeznaczona do zastosowania u kobiet z umiarkowanym lub ciężkim wysiłkowym nietrzymaniem moczu (W. Łuszczyna).



o udowodnionej w badaniach naukowych skuteczności: ekstrakty z pestek dyni, bogate w fitoestrogeny, ekstrakty z nasion soi z czynnymi izoflawonami, które mają korzystny wpływ na pracę mięśni całego układu moczowego. Dodatkowo są wzbogaczone w witaminy D<sub>3</sub> i B<sub>12</sub> oraz wyciągi z liści pokrzywy, żurawiny, które wykazują działanie na mięśnie odpowiedzialne za trzymanie moczu.

### Izoflawony sojowe

Izoflawony sojowe to naturalne fitoestrogeny, które korzystnie wpływają na równowagę hormonalną kobiet. Są to związki roślinne, działające w organizmie ludzkim jak estrogeny. Charakteryzują się mniejszą aktywnością niż żeńskie hormony, ale skutecznie łagodzą objawy menopauzy. Wywierają korzystny wpływ na tkankę łączną, przez co wzmacniają mięśnie dna miednicy i zmniejszają ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu.

### Pestki dyni

Pestki dyni zawierają wiele składników odżywczych, m.in. beta-sitosterole, mangan, cynk oraz selen, które regulują funkcjonowanie układu moczowego. Ponadto zawierają fitosterole, witaminy i karotenoidy, które razem z kwasami tłuszczowymi wspomagają układ moczowy i pracę nerek. Składniki zawarte w pestkach dyni zmniejszają ilość wydalanego z moczem kwasu szczawowego oraz zapobiegają tworzeniu się kamieni. Pomagają zwalczać skurcze mięśniowe, wzmacniają mięśnie oraz łagodzą dolegliwości bólowe. Ekstrakt z pestek dyni utrzymuje prawidłowe funkcjonowanie pęcherza moczowego i przepływ moczu.

### Żurawina

Żurawina ogranicza rozwój bakterii oraz zapobiega infekcjom dróg moczowych i pęcherza.

Zawarte w niej procyjanidyny (przeciwutleniające) wraz z fruktozą uniemożliwiają przyczepianie się bakterii (m.in. *Escherichia coli*) do ścian nabłonka dróg moczowych i pęcherza, hamując ich rozwój oraz wypłukując je wraz z moczem. Zapobiega to nawrotom stanów zapalnych oraz działa antyseptycznie na przewody moczowe.

Ekstrakt z liści pokrzywy utrzymuje zdrowie nerek i dolnych dróg moczowych (m.in. pęcherza moczowego). Ponadto wspomaga funkcję wydalniczą nerek.

### Witamina D<sub>3</sub>

Witamina D<sub>3</sub> pomaga w prawidłowym funkcjonowaniu mięśni i zmniejsza ryzyko problemów z nietrzymaniem moczu. Badania wykazały, że wyższe stężenie tej witaminy zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób dna miednicy (wypadanie narządów miednicy czy nietrzymanie moczu).

## Podsumowanie

Choroba nietrzymania moczu jest problemem społecznym, psychicznym i ekonomicznym. Wstyd, obniżenie poczucia własnej godności oraz wartości społecznej to uczucia, które często towarzyszą osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu. Pogorszeniu ulega jakość życia osobistego oraz zawodowego. W skrajnych przypadkach może dochodzić do pełnej izolacji społecznej, a nawet depresji.

Lekarz pierwszego kontaktu jest specjalistą, który powinien najwcześniej rozpoznać

dolegliwość i skierować na dodatkowe konsultacje lub wskazać właściwe formy terapii [33]. Niestety, tylko 1/3 pacjentów cierpiących na nietrzymanie moczu poszukuje odpowiedniej formy leczenia. Problem ten rzadko jest przedmiotem dyskusji pomiędzy lekarzem a pacjentem podczas rutynowych badań.

Wybór możliwości leczenia nietrzymania moczu zależy od rodzaju tej dolegliwości, stopnia jej nasilenia oraz współistniejących schorzeń. W pierwszym etapie rozważa się leczenie zachowawcze, które zapewnia poprawę lub całkowite ustąpienie dolegliwości. Ważna jest eliminacja czynników, które mogą się przyczynić do powstania nietrzymania moczu, tj. małej aktywności fizycznej, palenia papierosów i otyłości. © P

#### Piśmiennictwo:

1. Kamińska J. NTM - choroba społeczna. *Kwartalnik NTM* 2007; 4(23):5.
2. Gidian D. Problem nietrzymania moczu u dorosłych. *Med. Rodzinna* 2000;1:43-44.
3. Paruskiewicz G, Gidian D. Nietrzymanie moczu u dzieci i dorosłych. *Wyd Medyczne BORGIS. Warszawa* 2003.
4. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as world-wide problem. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2003;82:327-338.
5. Osowska I. Nietrzymanie moczu – wstydliva dolegliwość. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2011;6:12-14.
6. Tołkoczko T. Nietrzymanie moczu – problem społeczny i kliniczny. *Kwartalnik NTM* 2002;1:4-10.
7. Schroder A, Abrams P, Andersson KE. Zasady postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu. *Biuro Wydawcze Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Warszawa* 2010.
8. Derewiecki T, Duda M, Majcher P i wsp. Wiedza kobiet na temat nietrzymania moczu i sposobów radzenia sobie z chorobą. *Zdr Publ* 2012;122(3):269-273.
9. Grzywaczewska M. Wysiłkowe, nagłace, odruchowe NTM. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2005;1-2:39-40.
10. Radziszewski P, Dobroński P. Nietrzymanie moczu. *PZWL. Warszawa* 2008.
11. Milsom I, Ekelund P, Molander UJ. The influence of age, parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on the prevalence of urinary incontinence in women. *Urology* 1993; 149:1459-1462.
12. Taap A, Cardozo L, Versi E. The effects of vaginal delivery on the urethral sphincter. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1988;95:142-146.
13. Zydek C, Miękoś E, Sosnowski M. Czynniki ryzyka występowania i zapobieganie nietrzymaniu moczu u kobiet. *Przegl. Menopauz.* 2004;5:43-49.
14. Starczewik A, Brodawska A, Brodawski J. Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów miednicy u kobiet. *Pol Merk Lek.* 2008(XXV);145:74.
15. Adamiak A, Jankiewicz K. Epidemiologia nietrzymania moczu. W: *Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet.* Red. T. Rechberger. *Termedia Wydawnictwa Medyczne* 2009;19-27.
16. Keane DP, Sims TJ, Abrams P. Analysis of collagen status in premenopausal nulliparous women with genuine stress incontinence. *Br. J. Urol.* 1997;104:994-998.
17. Kinalski M. Nietrzymanie moczu u otyłych kobiet. *Przegl. Kardiodiabetol.* 2009;4:4.
18. Rechberger T, Jakowicki J. Nietrzymanie moczu u kobiet. *Diagnostyka i leczenie.* Wyd. Bifolium. *Lublin* 2005;13-21.
19. Zajda J, Polujański M, Zbrzeźniak M. Leczenie nietrzymania moczu u kobiet – problem społeczny, ekonomiczny i leczniczy. *Female urinary incontinence – social, economical and therapeutical problems.* *Nowa Medycyna – Urologia* 2000;5.
20. Milart P, Gulanowska-Gędek B. Nietrzymanie moczu u kobiet w okresie pomenopauzalnym. W: *Nowa Medycyna – Hormonalna Terapia Zastępcza.* Wydanie specjalne (październik 2002).
21. Bujnowska-Fedak M, Steciwko A. Postępy w leczeniu zachowawczym nietrzymania moczu. *Przew. Lek.* 2007;101.
22. Wlazlak E, Surkont G. Wybrane aspekty leczenia farmakologicznego nietrzymania moczu. *Przew. Lek.* 2005;2:62.
23. Strupińska E. Fizjoterapia nietrzymania moczu – nowoczesne metody fizykoterapii *Prz. Urol.* 2007;8(2):59-62.
24. Fiodorenko-Dumas Ż, Paprocka-Borowicz M. Postępowanie fizjoterapeutyczne w nietrzymaniu moczu. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu.* 2014;20(1):12-16.
25. Cendrowska A, Stangret A, Gawryluk A. Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. *Ćwiczenia mięśni dna miednicy.* *Położ. Nauka Prakt.* 2008;1:32-39.
26. Halski T, Taradaj J, Pasternok M. i wsp. Kinezyterapia w nietrzymaniu moczu – część I. *Rehabilitacja w Praktyce.* 2009; 2(4-6):18-19.
27. Halski T, Taradaj J, Pasternok M. i wsp. Zastosowanie elektrostymulacji w przypadkach nietrzymania moczu u kobiet – część II. *Rehabilitacja w Praktyce* 2007;4 (10-12):24-26.
28. Samulak E. Ocena skuteczności elektrostymulacji dopochwowej. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu* 2006;18.
29. Gidian-Jopa D. Biofeedback jako metoda leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu i czynnościowych zaburzeń mikcji. *Nowa Medycyna.* 2000;5:82,13.
30. Strupińska E. Fizjoterapia w nietrzymaniu moczu – techniki i metodyka ćwiczeń. *Prz. Urol.* 2007;8(6):17-19.
31. Strupińska E. Reeducacja zachowań związanych z fikcją – terapia behawioralna nietrzymania moczu u kobiet. *Prz.Urol.* 2007:43.
32. Kwolek A, Rzucidło S, Zwolińska J, Pop T, Janeczko J, Przygoda Ł. Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów* 2006;3:227-233.
33. Bujanowska-Fedak M, Steciwko A. Nietrzymanie moczu w praktyce lekarza rodzinnego. (red. T. Rechberger). *Uroginologia praktyczna.* *Lublin* 2007.

Oddano do publikacji: 08.07.2017 Copyright© Medyk Sp. z o.o.

dr n. farm. Anna Nowicka-Zuchowska  
nowicka.farmacja@gmail.com  
mgr Aleksander Zuchowski  
aleksander.zuchowski@gmail.com