

Leczenie pęcherza nadreaktywnego

Trening pęcherza

Leczenie zachowawcze stosowane w przypadku pęcherza nadreaktywnego cieszy się uznaniem lekarzy i pacjentów i stanowi zarówno alternatywę, jak i uzupełnienie leczenia farmakologicznego i operacyjnego.

Ćwiczenia mięśni dna miednicy

Szczególną formą leczenia zachowawczego w leczeniu pęcherza nadreaktywnego są ćwiczenia mięśni dna miednicy, znane także jako **ćwiczenia Kegla**. Mięśnie dna miednicy są niezwykle ważne, szczególnie u kobiet. Jest to grupa mięśni zawieszona jak hamak między nogami, z przodu przyczepiona do kości łonowej, z tyłu natomiast do dolnej części kręgosłupa. Na ich obszarze znajdują się otwory odbytu, kanału rodnego (pochwa) i cewki moczowej (ujście pęcherza). W czasie zaciskania się, grupa tych mięśni kontroluje mięśnie zwieraczy zamykające odbyt, pochwę i cewkę moczową.

Podstawową przyczyną osłabienia mięśni dna miednicy jest duży wysiłek i rozciągnięcie ich głównie w czasie porodu (w czasie drugiej jego fazy), masa ciała noworodka powyżej 4 kg, a także użycie kleszczy w czasie porodu. Rozerwanie tych mięśni lub naciągnięcie krocza dodatkowo je osłabia. Dodatkową przyczynę stanowią długotrwałe zaparcia.

Zawieszenie mięśni dna miednicy w pozycji hamaka wspomaga funkcjonowanie odbytu, pochwy i cewki moczowej. W wyniku osłabienia,

działają one mniej efektywnie. Może to powodować mimowolny wyciek moczu z pęcherza w czasie wzrostu wartości ciśnienia w jamie brzusznej (kaszel, śmiech, ćwiczenia fizyczne). Osłabienie tych mięśni może być również przyczyną wypadania narządu rodnego, a nawet całkowitej utraty kontroli nad oddawaniem moczu. Zestaw ćwiczeń opisano w rozdziale poświęconym leczeniu zachowawczym wysiłkowego nietrzymania moczu.

Zaobserwowano, że wśród chorych wykonujących regularnie ćwiczenia, częstość występowania nietrzymania moczu z parć, znacznie się zmniejszyła. Ćwiczenia dna miednicy kształtują odruchy hamujące mechanizmy mikcji i poprawiają podparcie cewki moczowej.

Wspomagająco w fizykoterapii pęcherza nadreaktywnego stosuje się u kobiet stożki pochwowe o rosnącej masie, urządzenia, które umieszcza się w pochwie w celu lepszego podparcia pęcherza moczowego oraz cewki moczowe (krażki), czy urządzenia wewnątrzcewkowe działające jak korek.

Terapia behawioralna

Podstawą terapii behawioralnej jest **zapoznanie pacjenta z istotą choroby i nauczenie go mechanizmów mających przeciwdziałać niekorzystnym jej objawom**. Założenia tego sposobu leczenia zostały opracowane w Wielkiej Brytanii. W terapii behawioralnej ogromny **nacisk kładzie się na edukację** pacjenta. Drugim, nie mniej istotnym elementem, jest wdrażanie mikcji w określonych, stopniowo wydłużanych, przedziałach czasowych. Najistotniejszą sprawą jest tu prowadzenie tzw. **dzienniczka mikcji**. Przez minimum dwie doby pacjent prowadzi pomiary oddawania moczu (częstość, czas oddawania i objętość mikcji). Dodatkowo zapisuje również uwagi dotyczące gubienia moczu między mikcjami, liczby użytych podpasek, bólu w czasie mikcji, przyjmowanych płynów i pokarmów, wrażenia niecałkowitego opróżnienia pęcherza po mikcji czy przerywanego strumienia moczu.

W leczeniu należy przede wszystkim wydłużać sukcesywnie odległości czasowe między mikcjami (o około 15 minut w czasie maksymalnie 7 dni).

Jeśli chodzi o mikcje nocne (często wynikające z nawyku) włącza się edukację na temat wpływu wieczornego przyjmowania niektórych pokarmów i napojów. Dodatkowo można wspomóc te działania podawaniem (na krótko) środków nasennych i uspokajających. Dwutygodniowe leczenie pacjentów tą metodą przyniosło zaskakująco dobre wyniki – 82,5% leczonych nie zgłaszało epizodów nietrzymania moczu z parć. Stosowano liczne modyfikacje terapii behawioralnej, wykorzystując, oprócz jej stałych elementów (edukacja pacjenta, wprowadzenie określonych odstępów międzymikcyjnych, dokładne śledzenie mikcji, obserwacja objawów dotyczących dróg moczowych na podstawie dzienniczków mikcyjnych) dodatkowe formy terapii, takie jak **ćwiczenia Kegla, elektrostymulację, stożki dopochwowe**. Wyniki, niezależnie od stosowania dodatkowych form terapii, były porównywalne i wynosiły 50–70% poprawy.

Techniki biologicznego sprzężenia zwrotnego

Techniki te, o których była już mowa w rozdziale poświęconym leczeniu zachowawczemu wysiłkowego nietrzymania moczu, są z powodzeniem stosowane od 1978 r. Wykorzystują one działanie na świadomość osoby ćwiczącej. Obecnie są wspomagane elektrostymulatorami, które wzmacniają pomocniczo pracę mięśni w czasie skurczów pęcherza i stosuje się je też w leczeniu pęcherza nadreaktywnego.

Elektrostymulacje i elektromodulacje, czyli jak uspokoić pęcherz

Elektrostymulacja polega na pobudzaniu do skurczu mięśni dna miednicy za pomocą prądu elektrycznego o określonych parametrach. W tym celu stosuje się specjalne elektrody – dopochwowe i doodbytnicze.

Elektrostymulacja nerwów sromowych

Na podstawie doświadczeń w leczeniu nietrzymania stolca opracowano metodę *przezpochwowej stymulacji* wykorzystywaną do leczenia nietrzymania moczu. Leczenie to zmniejszyło nasilenie objawów pęcherza nadreaktywnego. Nie znalazło jednak szerokiego zastosowania w praktyce urologicznej. Aplikacja urządzenia nie jest trudna, ale terapia musi być prowadzona przez długi, często wielomiesięczny okres. U większości pacjentów nawrót dolegliwości pojawia się po zaprzestaniu leczenia.

Stymulacja prąciowych i łechtaczkowych gałęzi nerwu sromowego

Efekty badań eksperymentalnych wskazują, że ten sposób elektrostymulacji może być korzystny. Nie zauważono jednak obiecującej poprawy parametrów urologicznych, np. pojemności pęcherza moczowego. Ponadto dolegliwości wynikające z podrażnienia okolicy wklęcia są często nieakceptowane przez chorych. Wyniki leczenia może poprawić stosowanie prądu o niskiej częstotliwości i natężeniu.

Igłowa stymulacja nerwów sromowych

W celu poprawy efektywności stymulacji nerwów sromowych stosuje się elektrodę igłową wkłuwaną okołocewkowo. Wyniki badań wykazały poprawę parametrów urodynamicznych oraz poprawę samopoczucia pacjenta.

Elektrostymulacja nerwów krzyżowych i korzeni rdzeniowych w odcinku krzyżowym

Początek prac nad stymulacją nerwów krzyżowych w leczeniu nadreaktywności pęcherza sięga lat 70. XX w. W latach 90. podjęto próby wszczepiania neurostymulatorów w odcinku krzyżowym pacjenta. Po 6 miesiącach od wszczepienia stymulatora u pacjentów zaobserwowano zmniejszenie nasilenia parć naglających, częstości oddawania moczu oraz liczby stosowanych produktów wchłaniających. Blisko 50% chorych nie zgłaszała epizodów nietrzymania moczu z parć. Ból w miejscu wszczepienia stymulatora występował u blisko 16%, a konieczność interwencji chirurgicznej występowała u ponad 30% chorych.

Obecnie prowadzi się badania nad zmniejszeniem inwazyjności zabiegu i wykorzystaniem naturalnych otworów w kości krzyżowej, przez które wprowadza się elektrody przezskórnie, bez rozcinania powłok. Problemem pozostaje ich właściwe umocowanie. W tym celu stosuje się mocowanie do powięzi. W celu dalszego zmniejszenia inwazyjności wykonuje się również przezskórna neurostymulację, która ma zastosowanie przede wszystkim u dzieci. Skuteczność jest nieco gorsza niż w przypadku bardziej inwazyjnych zabiegów, jednak znaczne uproszczenie procedury zachęca do prowadzenia dalszych badań. U chorych z ciężkim neurogenym uszkodzeniem dolnych dróg moczowych, aby zmniejszyć opór podpęcherzowy i uzyskać mikcję, stosuje się chirurgiczną metodę wszczepienia elektrody stymulatora bezpośrednio do korzeni krzyżowych przednich – po przycięciu (rizotomii) korzeni krzyżowych tylnych. Stymulacja umożliwia oddawanie moczu, stolca oraz wzwód prącia (jest to tzw. **stymulator Brindleya**).

Po elektrostymulacji mięśni uda elektrodą powierzchniową dochodzi do zmniejszenia amplitudy skurczów nadreaktywnego wypieracza oraz zmniejszenia częstości występowania nietrzymania moczu z parcia. Jednak ten sposób stymulacji nie jest opisywany jako standardowo stosowany w urologii klinicznej.

Elektrostymulacja przezskórna nerwu strzałkowego

W technice tej używa się elektrody, która przewodzi sygnał do nerwu strzałkowego za pomocą igły wkłutej około 1 cm za i 2 cm powyżej kostki przysródkowej. Punkt ten, w chińskiej akupunkturze znany jest jako centrum pęcherza. Chorzy poddawani są 12 cotygodniowym seansom trwającym 30 minut. Pacjenci, którym leczenie przyniosło poprawę, poddawani są dalszemu leczeniu. Skuteczność metody w zmniejszeniu nasilenia dolegliwości wynosi około 60%, co potwierdziły parametry w badaniu urodynamicznym.

Farmakoterapia – „złoty standard” leczenia pęcherza nadreaktywnego

Zaledwie 20% chorych z objawami nadreaktywności pęcherza moczowego szuka pomocy lekarskiej. Z tej liczby nadal nie wszyscy są leczeni. Obecnie w przypadku pęcherza nadreaktywnego stosuje się leki hamujące czynność skurczową pęcherza moczowego (leki antycholinergiczne).

Leki antycholinergiczne

Leki te blokują receptory muskarynowe znajdujące się w pęcherzu i w ten sposób hamują powstawanie skurczów mięśnia wypieracza. Niżej wymienione preparaty są dostępne na rynku polskim.

Oksybutynina – lek o tzw. mieszanym mechanizmie działania (antycholinergicznym i blokującym kanał wapniowy), który rozluźnia błonę mięśniową gładką. Dostępne w naszym kraju preparaty Driptane