

Czas od wystąpienia pierwszych objawów do wykonania badania urodynamicznego w zależności od wieku pacjentek w różnych rodzajach nietrzymania moczu

Duration of urinary incontinence between first symptoms manifestation and reporting to urodynamic tests according to age of patients and urinary incontinence type

Sławomir Jędrzejczyk^{1,2}, Katarzyna Lau², Beata Rutkowska², Elżbieta Smuklerz-Kajdos², Witold Kłosiński², Marek Wieczorek²

¹Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

²Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej, IV Szpital Miejski im. dr. H. Jordana w Łodzi; ordynator Oddziału: prof. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk

Przeгляд Menopauzalny 2009; 3: 143–148

Streszczenie

Wstęp: Nietrzymanie moczu (NM) u kobiet pozostaje nadal schorzeniem na tyle wstydlwym, że pacjentki nie zgłaszają problemu lekarzowi. Niechętnie zgadzają się na diagnostykę i leczenie.

Cel: Ocena długości trwania okresu od wystąpienia objawów NM do zgłoszenia się do lekarza.

Materiał i metody: Materiał stanowiło 200 kolejnych pacjentek w wieku 33–85 lat, kierowanych od marca 2007 r. do maja 2008 r. na Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej IV Szpitala Miejskiego im. dr. H. Jordana w Łodzi w celu wykonania badania urodynamicznego z powodu NM. Analizowano, w którym z typów NM kobiety szukały pomocy lekarza wcześniej niż w innych.

Wyniki: Pacjentki z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (WNM) zgłaszały się średnio po 46 mies., z mieszanym typem nietrzymania moczu (MNM) po 48, z NM z przepiętowania po 42, natomiast kobiety z pęcherzem nadreaktywnym (*overactive bladder* – OAB) po 33 mies. od wystąpienia pierwszych objawów.

Wnioski: Średni okres od pojawienia się objawów NM do zgłoszenia się na badanie urodynamiczne we wszystkich typach NM wynosi 42 mies. Pacjentki z OAB zgłaszały się do lekarza średnio o rok wcześniej niż kobiety, u których stwierdzono wysiłkową i mieszaną postać NM.

Słowa kluczowe: nietrzymanie moczu, edukacja

Summary

Background: Because urinary incontinence is still such an embarrassing problem, many patients do not report this problem. Women are averse to diagnosis and treatment of urinary incontinence.

Objective: The aim of the study was to estimate duration of urinary incontinence history. We analyzed the time between manifestation of symptoms and reporting them to the doctor.

Material and methods: In our research we included 200 consecutive female patients, aged between 33 and 85 years old, subjected to urodynamic diagnostics because of urinary incontinence. We analyzed whether the kind of urinary incontinence can determine earlier notification of disease.

Results: Stress urinary incontinence patients report incontinence on average after 46 months, while patients with mixed urinary incontinence do so after 48, those with overflow urinary incontinence after 42 and patients with overactive bladder after 33 months after first symptoms manifested.

Conclusions: The average period of time between manifestation of urinary incontinence and notification of the problem in the group of incontinent women is 42 months. Overactive bladder patients report the disease on average one year earlier than women with stress and mixed urinary incontinence.

Key words: urinary incontinence, education

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Sławomir Jędrzejczyk, Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej, IV Szpital Miejski im. dr. H. Jordana, ul. Przyrodnicza 7/9, 91-480 Łódź, tel. +48 42 655 66 60, faks +48 42 657 73 84

Wstęp

Dlaczego współczesne kobiety tak łatwo godzą się z problemem nietrzymania moczu (NM)? Statystyki mówią, że przypadłość ta może dotyczyć nawet 69% kobiet [1]. W tej grupie są kobiety wykształcone i niewykształcone, mieszkanki dużych miast i wsi. Problem jest kwalifikowany jako społeczny i dotyczy kobiet na całym świecie [1–4]. Faktem jest, że komfort życia każdej dotkniętej tym schorzeniem kobiety pogarsza się tak samo drastycznie. Nie ma znaczenia typ NM. W wysiłkowym NM (WNM) kobiety, gubiąc mocz przy wysiłku, kaszlu czy kichaniu, używają na co dzień podpasek. W przypadku typu naglącego muszą planować każdy spacer tak, by po drodze zdążyć do toalety. Główny problem nie leży jednak w tych niedogodnościach. Polega on na tym, że bardzo zmniejsza się poczucie własnej wartości, atrakcyjności, seksualności oraz na tym, że kobiety w XXI w. niejednokrotnie usuwają się w cień z życia towarzyskiego, zawodowego i społecznego [5, 6]. Tymczasem medycyna może zaoferować bardzo wiele w zakresie diagnostyki i leczenia NM. Dlaczego więc w dobie swobodnego dostępu do prasy, telewizji czy Internetu kobiety nie zgłaszają problemu swojemu lekarzowi?

Badania wykazują, że większość kobiet wiąże NM ze starością, traktując je jako naturalną i nieodzowną konsekwencję upływającego czasu. Drugim aspektem jest wstyd. Trzeci to brak odpowiedniej edukacji i świadomości, że schorzenie to jest bardzo powszechne [2–4, 8, 10].

Cel pracy

Celem pracy jest:

- analiza wieku pacjentek zgłaszających się na badanie urodynamiczne,
- ocena długości okresu od wystąpienia objawów NM do zgłoszenia się do lekarza,
- oceną, czy któryś z typów NM jest przyczyną szybszego zgłaszania się po pomoc do poradni uroginekologicznej,
- oceną, czy dodatkowe zaburzenia statyki narządu rodowego lub schorzenia urogenitalne mogą być przyczyną szybszego zgłaszania się do poradni z problemem NM.

Materiał i metody

Materiał stanowiło 200 kolejnych pacjentek w wieku 33–85 lat, kierowanych od marca 2007 r. do maja 2008 r. na Oddział Ginekologii Operacyjnej i Zachowawczej IV Szpitala Miejskiego im. dr. H. Jordana w Łodzi w celu wykonania badania urodynamicznego z powodu NM. Po zebraniu wywiadu uroginekologicznego, który wstępnie oceniał występowanie problemu, czas jego trwania i skalę nasilenia, przeprowadzono badanie uroginekologiczne, a następnie pełnoprofilowe badanie urodynamiczne.

Badanie uroginekologiczne obejmowało próbę kaszlową; dwuręczne badanie ginekologiczne z oceną czynności mięśni dna miednicy oraz oceną odruchów cewkowo-odbytowego i łechtaczkowo-odbytowego w celu wstępnej diagnozy pacjentek z zaburzeniami układu nerwowego. Oceniano również stopień nasilenia atrofii sromu i pochwy na tle hipostrogenizmu, posługując się wytycznymi indeksu zdrowotności pochwy wg Bachmann (tab. I). Indeksy 5., 4. oraz 3. przyjęto jako prawidłowe. Indeksy 2. i 1. kwalifikowano jako nieprawidłowe, odpowiadające nieprawidłowej estrogenizacji pochwy. Występowanie zaburzeń statyki narządu rodowego badano zgodnie z klasyfikacją Międzynarodowego Towarzystwa ds. Trzymania Moczu (*International Continence Society* – ICS) (POPQ).

Pełnoprofilowe badanie urodynamiczne miało na celu potwierdzenie NM oraz kwalifikację go do jednego z 5 głównych typów. Na badanie to składała się uroflowmetria, cystometria, profilometria spoczynkowa i wysiłkowa. Głównymi parametrami urodynamicznymi ocenianymi podczas badania były: ocena objętości pęcherza, szybkości przepływu, czasu przepływu, kształtu krzywej przepływu, objętości zalegającej – analizowane podczas uroflowmetrii; ocena ciśnienia śródpecherzowego, śródbrzusznego, ciśnienia wypieracza, spontanicznych i prowokowanych skurczów wypieracza, wycieku moczu w spoczynku i podczas prób wysiłkowych – oceniane w trakcie cystometrii; oraz ocena ciśnienia śródpecherzowego, śródcewkowego, ciśnienia zamknięcia cewki moczowej, pomiar długości cewki moczowej – mierzone podczas profilometrii. Całościowe spojrzenie na wszystkie parametry badania urodynamicznego pozwalało na rozpoznanie typu NM. Wszystkie zanalizowane badania urodynamiczne przeprowadzono aparatem Delphis firmy Laborie.

W przebadanej dwuosobowej grupie kobiet, które zgłosiły się z powodu NM, zdiagnozowano dokładnie typ NM, stopień estrogenizacji pochwy i stopień obniżenia narządu rodowego. Następnie podjęto próbę analizy, czy w przypadku któregoś z typów NM kobiety szukały pomocy lekarza wcześniej niż w innych oraz czy współwystępowanie objawów urogenitalnych lub zaburzeń statyki dna miednicy skłaniało kobiety do wcześniejszego zgłaszania problemu NW.

Wyniki

W analizowanej grupie 200 pacjentek skierowanych na badanie urodynamiczne z powodu NM wysiłkowy typ (WNM) prezentowało 118 pacjentek (59%), mieszany (MNM) 57 pacjentek (28,5%), pęcherz nadreaktywny (*overactive bladder* – OAB) 19 pacjentek (9,5%). Nietrzymanie moczu z przepiętnością wystąpiło u 6 pacjentek (3%) (tab. II).

Wśród wszystkich pacjentek z NM zaburzenia statyki narządu rodowego współwystępowały u 119 kobiet (59,5%). Zerowy stopień obniżenia narządu rodowego wg

Tab. I. Indeks zdrowotności pochwy wg Bachmann

Indeks	Elastyczność	Sekrecja i charakter wydzieliny	pH	Śluzówka pochwy	Nawilżanie
1.	brak	brak	> 6,1	wybroczyny przed badaniem	brak, zapalenie
2.	zła	skąpa, żółtawa	5,6–6	krwawienie przy delikatnym badaniu	brak, ale bez cech zapalenia
3.	dostateczna	skąpa, biaława	5,1–5,5	krwawienie tylko po zadrapaniu	minimalne
4.	dobra	mierna, biaława	4,7–5	nie krwawi, śluzówka cienka	mierne
5.	doskonała	prawidłowa, kłaczkowanie	< 4,6	nie krwawi, śluzówka prawidłowa	prawidłowe

Tab. II. Rodzaje nietrzymania moczu w analizowanej grupie

WNM	MNM	OAB	Z przepiętnienia	Razem
118	57	19	6	200
59%	28,5%	9,5%	3%	100%

Tab. III. Zaburzenia statyki narządu rodowego w poszczególnych typach nietrzymania moczu w analizowanej grupie

POPQ	WNM	MNM	OAB	Z przepiętnienia	Razem
0 stopień	40	26	11	4	81 (40,5%)
I–IV stopień	78	31	8	2	119 (59,5%)
razem	118 (59%)	57 (28,5%)	19 (9,5%)	6 (3%)	200 (100%)

Tab. IV. Indeks zdrowotności pochwy wg Bachmann w badanej grupie pacjentek

Indeks estrogenizacji pochwy	WNM	MNM	OAB	Z przepiętnienia	Razem
5., 4., 3.	95	52	13	3	163 (81,5)
2., 1.	23	5	6	3	37 (18,5%)
razem	118 (59%)	57 (28,5%)	19 (9,5%)	6 (3%)	200 (100%)

klasyfikacji POPQ prezentowało 81 pacjentek (40,5%) (tab. III).

W przebadanej grupie 200 kobiet u 163 (81,5%) oceniono stopień estrogenizacji jako dobry (indeks 3., 4., 5.), u 37 (18,5%) natomiast jako niedostateczny (indeks 1., 2.) (tab. IV).

Średnia wieku pacjentek, u których zdiagnozowano WNM, wynosiła 55 lat. Grupa ta obejmowała kobiety od 31. do 81. roku życia, jednak najczęściej zgłaszały się

pacjentki ok. 56. roku życia. Średni okres od wystąpienia objawów do zgłoszenia się do lekarza wynosił w tej grupie 3 lata i 10 mies. (46 mies.). Najczęściej pacjentki zgłaszały się po upływie 2 lat od pojawienia się objawów. Najkrótszy okres od wystąpienia objawów do zgłoszenia problemu wynosił miesiąc, najdłuższy zaś 23 lata. W grupie 118 pacjentek z WNM aż u 78 współwystępowały zaburzenia statyki narządu rodowego, co stanowiło 66% grupy. Tylko u 40 pacjentek (34% grupy) odnoto-

wano obniżenie 0 stopnia w klasyfikacji POPQ. U 95 kobiet (80,5%) oceniono estrogenizację pochwy jako dobrą, a u 23 (19,5%) jako niedostateczną.

Grupa pacjentek z czystą postacią pęcherza nadreaktywnego obejmowała kobiety od 44. do 75. roku życia. Średnia wieku wynosiła 55 lat. Najczęściej zgłaszały się kobiety ok. 50. roku życia. Pacjentki zgłaszały lekarzowi problem z trzymaniem moczu najczęściej po 2 latach od pojawienia się pierwszych objawów, średnio po 2 latach i 9 mies. (33 mies.). Najdłużej w tej grupie czekała pacjentka, która zdecydowała się leczyć po 14 latach, natomiast najkrócej kobieta, która szukała pomocy po 3 mies. od wystąpienia objawów. W grupie 19 pacjentek z nagłym typem NM u 8 (42%) występowały dodatkowo zaburzenia statyki narządu rodowego. U 13 kobiet (68%) oceniono estrogenizację pochwy jako dobrą, natomiast u 6 (32%) jako niedostateczną.

Grupa pacjentek z mieszanym NM (MNM) obejmowała 57 kobiet w wieku 33.–77. roku życia, średnio 55 lat, natomiast wiek kobiet, które najczęściej zgłaszały się na badanie to 58 lat. Dwie pacjentki z tą postacią NM zgłosiły się najwcześniej, bo po upływie pół roku od pierwszych objawów, 2 natomiast zwlekały z problemem aż 20 lat. Średnio pacjentki w tej grupie zgłaszały się po 4 latach (48 mies.), najwięcej pacjentek zgłosiło się po 3 latach od pojawienia się NM. U 31 pacjentek (54%) z MNM współwystępowały zaburzenia statyki narządu rodowego, natomiast u 26 (46%) nie stwierdzono takich problemów. U 52 (91%) pacjentek oceniono estrogenizację pochwy jako dobrą, a u 5 (9%) jako niedostateczną.

W grupie pacjentek, u których zdiagnozowano NM z przepiętnia, średnia wieku wynosiła 55 lat. Średni czas od wystąpienia objawów do zgłoszenia NM lekarzowi wynosił 42 mies. U 2 z nich współwystępowały zaburzenia statyki narządu rodowego, u 4 nie odnotowano takich zaburzeń. U 3 pacjentek oceniono estrogenizację pochwy jako prawidłową, natomiast u 3 jako nieodpowiednią.

Zależność między typem NM a długością okresu, jaki upłynął od wystąpienia objawów NM do zgłoszenia się na badanie urodynamiczne, przedstawiono w tabeli V.

Wśród 81 pacjentek z zaburzeniami statyki narządu rodowego średni okres od pojawienia się objawów NM do zgłoszenia na badanie urodynamiczne wynosił 44 mies., podczas gdy w grupie 119 kobiet bez takich zaburzeń 42 mies. (tab. VI).

U kobiet z niskim indeksem estrogenizacji pochwy średni okres od wystąpienia objawów do zgłoszenia ich wynosił 42,5 mies., podczas gdy u kobiet z prawidłową estrogenizacją wynosił on 41,5 mies. (tab. VII).

Dyskusja

Obserwacje dotyczące czasu, jaki upłynął od wystąpienia objawów do zgłoszenia się na badanie urodynamiczne wykonane na oddziale autorów, potwierdzają opisywaną na całym świecie niewielką świadomość kobiet na temat problemu NM. Zaburzenia trzymania moczu są dla kobiet nadal problemem wstydlivym, do którego niechętnie się przyznają. Można jedynie przypuszczać, że

Tab. V. Średni czas od wystąpienia objawów do zgłoszenia się do lekarza w poszczególnych typach nietrzymania moczu w analizowanej grupie

	WNM (n = 118)	MNM (n = 57)	OAB (n = 19)	Z przepiętnia (n = 6)	Razem (n = 200)
średni czas od wystąpienia objawów do zgłoszenia	46 mies.	48 mies.	33 mies.	42 mies.	42 mies.

Tab. VI. Zależność między współwystępowaniem zaburzeń statyki a okresem trwania choroby do momentu zgłoszenia się do lekarza

	POPQ 0 stopnia	POPQ I–IV stopnia	Razem
średni czas od wystąpienia objawów do zgłoszenia	40 mies.	44 mies.	42 mies.

Tab. VII. Zależność między współwystępowaniem niskiego stopnia estrogenizacji pochwy a okresem trwania choroby do momentu zgłoszenia się do lekarza

	Indeks 5., 4., 3. (n = 163)	Indeks 2., 1. (n = 37)	Razem (n = 200)
średni czas od wystąpienia objawów do zgłoszenia	42,5 mies.	41,5 mies.	42 mies.

wiedza na temat NM wśród przebadanych przez autorów niniejszego opracowania pacjentek była na tyle niewielka, że nie widziały konieczności wczesnego zgłoszenia problemu swemu ginekologowi. W rzeczywistości nie wiadomo, co tak naprawdę sprawia, że kobiety w XXI w. nadal niechętnie poddają się diagnostyce i leczeniu NM.

Badania różnych populacji na całym świecie wskazują, że wiedza kobiet na temat NM jest zdecydowanie niewystarczająca, a promocja zdrowia w zakresie problemów z trzymaniem moczu bezwzględnie konieczna. W niektórych populacjach, jak np. koreańska czy turecka, wiedza na temat NM jest jeszcze mniejsza niż w europejskich. W przeprowadzonych przez Kang badaniu 182 koreańskim kobietom różnych wyznań, które dotknął problem NM, wręczono do rozwiązania test, mający na celu ocenić ich wiedzę na temat NM. Badanie wykazało bardzo niski poziom wiedzy na ten temat.

Wyższa punktacja uzyskanych wyników świadczyła o większej świadomości i pozytywnym nastawieniu. Okazało się, że średni wynik wynosił 4,85 na 14 możliwych do osiągnięcia punktów. Oznacza to bardzo niewielką wiedzę o problemie i negatywne nastawienie do leczenia [2]. Badanie przeprowadzono na populacji koreańskiej, ale zaburzenia trzymanie moczu są postrzegane podobnie przez kobiety na całym świecie. Co więcej, badania światowe potwierdzają, że kobiety ściśle wiążą NM z naturalnym procesem starzenia, w związku z tym ich postawa wobec leczenia jest raczej negatywna [3]. Badanie Kim i wsp., które objęło 276 kobiet – mieszkanki dużych miast, wykazało, że tylko 50% traktuje NM jako chorobę i tylko 20% słyszało o roli mięśni dna miednicy w kontroli mikcji [3]. Badanie Kang zwraca uwagę na dużą rolę edukacji kobiet. Uważa, że powinna być ona prowadzona przez personel pielęgniarski, który być może dzieli mniejszy dystans z pacjentką i który może dawać pierwszą informację na temat problemu. Według Albers-Heitner i wsp. rola pielęgniarek powinna polegać na kształceniu i pomocy kobietom w ćwiczeniach mięśni dna miednicy [7]. Na oddziale autorów niniejszej pracy u każdej przyjętej pacjentki przeprowadza się wywiad lekarski w kierunku objawów i czynników ryzyka NM. Wykonuje się również badanie uroginekologiczne, podczas którego wstępnie ocenia się statykę narządu rodowego, czynność mięśni krocza, estrogenizację okolicy urogenitalnej oraz wykonuje próbę kaszlową. Dodatkowo przeprowadza się podstawowe badanie neurologiczne. Jeżeli pacjentka podaje problemy uroginekologiczne lub lekarz je diagnozuje, kobieta otrzymuje informację na temat dalszych możliwości diagnostyki i leczenia problemu.

Niestety, kobiety w wielu krajach nie są nastawione na leczenie NM. Badania prowadzone na populacji japońskiej w wieku 40–75 lat wykazały, że tylko 3% kobiet z NM konsultowało ten problem z lekarzem. Dodatkowo spośród wszystkich kobiet mających problem z NM tylko 1/4 traktowała go jako chorobę. Ponad połowa ankietowanych

kobiet uważała, że jest to konsekwencja starzenia się i w związku z tym nigdy nie próbowały diagnozować ani leczyć schorzenia. Co więcej, były niechętnie takiemu leczeniu [4].

Podobne wyniki otrzymali badacze na kontynencie amerykańskim. Badanie ankietowe przeprowadzone przez Swansona i wsp. pokazało, że również w populacji kanadyjskiej wiedza dotycząca NM jest niedostateczna. Kobiety z NM, które odpowiedziały na ankietę, stanowiły połowę badanej 600-osobowej grupy. Podobnie jak w grupie koreańskiej tylko 35% respondentek opisało NM jako chorobę. Pozostałe kobiety uznawały je za skutek starzenia się. U niemalże 30% problemy z trzymaniem moczu występowały od co najmniej roku. U 40% problemy takie trwały 1–4 lat, a 30% cierpiało na NM od ponad 5 lat. Wszystkie kobiety podały, że schorzenie ogranicza ich aktywność codzienną, jednakże tylko 40% szukało pomocy u lekarza [8]. Przeprowadzona na oddziale autorów niniejszego opracowania analiza pokazuje, że średni okres od pojawienia się objawów NM do zgłoszenia problemu to 2–4 lata. Zdarzały się jednakże kobiety, które funkcjonowały z NM ponad 20 lat. Badana grupa obejmowała pacjentki, które podjęły decyzję o diagnostyce i leczeniu NM. Nie wiadomo, niestety, ile kobiet cierpi w istocie na NM, ponieważ wiele nadal nie zgłasza problemu lekarzowi. Niniejsze badanie potwierdza światowe doniesienia na temat wstydlivosti schorzenia i niechęci pacjentek wobec leczenia. W badaniu portugalskich kobiet przeprowadzonym przez da Silvē, a opublikowanym w 2009 r., postawiono pytanie, dlaczego kobiety z NM nie szukają pomocy. Okazało się, że niespełna połowa badanych w ogóle nie wiedziała, że istnieje jakiegokolwiek leczenie tego schorzenia i w związku z tym nie szukała pomocy. Z kolei ponad połowa przebadanej grupy podała, że nigdy nie zgłaszała dolegliwości lekarzowi, ponieważ nie traktowała problemu jako choroby, tylko jak naturalną sprawę, związaną ze starzeniem. Brak wiedzy na temat problemu powodował, że nie szukano pomocy w zakresie przypadku NM [9]. Inne badanie przeprowadzone przez Melville i wsp. analizowało wiedzę amerykańskich kobiet na temat etiologii NM. Co bardzo ciekawe, okazało się, że 21% badanej grupy kobiet podało, że jest to konsekwencja bycia kobietą, 23% wiązało chorobę z czynnikami, na które nie mamy wpływu i aż 12% nie potrafiło podać żadnej przyczyny powstania schorzenia [10]. Jak wynika z powyższych doniesień, wiedza kobiet na całym świecie jest przerażająco niewielka. Być może długi czas między wystąpieniem objawów a zgłoszeniem się na badanie wśród kobiet z grupy autorów należy odczytywać jako oznakę rosnącej świadomości łódzkich kobiet.

Czy istnieją jakieś czynniki, choroby współtowarzyszące, które sprawiają, że kobiety chętniej zgłaszają lekarzowi NM? Badanie Shah wykazuje, że większa świadomość schorzenia, a co za tym idzie zgłaszanie się do lekarza występuje u białych kobiet w porównaniu z czarnoskórymi [11]. W badaniu autorów nie analizowa-

no takiej zależności z prostej przyczyny – całą grupę stanowiły kobiety rasy białej. Rizk odnotował większą wiedzę i świadomość problemu u kobiet, którym w tych dolegliwościach towarzyszyło obniżenie narządu rodowego [12]. W założeniach badania autorów przeprowadzono analizę takiej zależności, ale nie wykazano, aby kobiety z zaburzeniami statyki narządu rodowego zgłaszały się na badanie wcześniej niż kobiety bez takich zaburzeń. Być może wyniki te związane są z faktem, że na badanie urodynamiczne zgłaszały się wyłącznie kobiety z NM, co stanowiło dla nich problem zasadniczy. Pacjentki z dominującym problemem zaburzeń statyki zgłaszały się najczęściej do ginekologa celem leczenia obniżenia narządu rodowego. Piśmiennictwo nie podaje innych czynników wpływających na większą zgłaszalność zaburzeń kontynencji wśród kobiet.

Zasadniczo dyskusja o zakresie wstydlivosti problemu odnosi się jedynie do odsetka kobiet z tym problemem. Statystyki są niepełne, bo wiele przypadków jest nieodnotowanych. Spekulacje dotyczą faktu, jak duże może być niedoszacowanie problemu. Wszystkie publikacje potwierdzają natomiast, że problem jest już chorobą społeczną [3, 4, 6, 13–15]. Nikt nie ma wątpliwości, że świadomość kobiet jest za mała i wymaga wprowadzenia stosownych programów edukacyjnych [1–4, 16]. Jak bardzo ważna jest promocja zdrowia w zakresie schorzeń uroginekologicznych, pokazuje m.in. badanie wykonane przez Franzén i wsp. na populacji szwedzkiej. Badacze wysłali informację na temat NM, a następnie analizowali, jak wysłana broszura wpłynęła na znajomość problemu wśród kobiet. Okazało się, że aż 80% kobiet po przeczytaniu informacji uznało, że jest to bardzo istotny problem społeczny. Dla 66% była to wiedza nowa, 28% zadeklarowało problemy z trzymaniem moczu, z czego 21% kobiet podjęło leczenie [17].

Wnioski

1. Najczęściej pomocy w leczeniu NM każdego typu szukają kobiety między 50. a 60. rokiem życia, średnio w 55. roku życia.
2. Średni okres od pojawienia się objawów NM do zgłoszenia się na badanie urodynamiczne we wszystkich typach NM wynosi 42 mies.
3. Pacjentki z pęcherzem nadreaktywnym zgłaszały się do lekarza średnio o rok wcześniej niż kobiety, u których stwierdzono WNM i MNM.
4. Współistniejące zaburzenia statyki narządu rodowego nie są przyczyną wcześniejszego zgłaszania problemów z trzymaniem moczu.
5. Współistnienie objawów urogenitalnych nie było przyczyną szybszego zgłaszania się do poradni uroginekologicznej pacjentek z NM.

Piśmiennictwo

1. Milsom I. Lower urinary tract symptoms in women. *Curr Opin Urol* 2009; 19: 337-41.
2. Kang Y. Knowledge and attitudes about urinary incontinence among community-dwelling Korean American women. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2009; 36: 194-9.
3. Kim JS, Lee EH, Park HC. Urinary incontinence: prevalence and knowledge among community-dwelling Korean women aged 55 and older. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34: 609-16.
4. Ueda T, Tamaki M, Kageyama S, et al. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int Urol* 2000; 7: 95-103.
5. Kobelt-Nguyen G, Johansson M, Mattiason A. Correlations between symptoms of urge incontinence and scores of generic quality of life instrument (SF 36) and health status measurements (Euro-Qol) and between changes in symptoms and Qol scores. Presented at the 27-th Annual Meeting of the Intercontinental Continence Society, September 23-26, 1997, Yokohama, Japan. Abstracts. *Neurourol Urodyn* 1997; 16: 343-518.
6. Tozun M, Ayranci U, Unsal A. Prevalence of urinary incontinence among women and its impact on quality of life in a semirural area of Western Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2009; 67: 241-9.
7. Albers-Heitner P, Berghmans B, Joore M, et al. The effects of involving a nurse practitioner in primary care for adult patients with urinary incontinence: the PromoCon Study (Promoting Continence). *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 84.
8. Swanson JG, Kaczorowski J, Skelly J, Finkelstein M. Urinary incontinence: common problem among women over 45. *Can Can Physician* 2005; 51: 84-85.
9. da Silva L, Lopes MH. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43: 72-78.
10. Melville JL, Wagner LE, Fan MY, et al. Women's perceptions about etiology of urinary incontinence. *J Womens Health (Larchmt)* 2008; 17: 1093-8.
11. Shah AD, Shott S, Kohli N, et al. Do racial differences in knowledge about urogynecologic issues exist? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 1371-8.
12. Rizk DE. Ethnic differences in women's knowledge level and other barriers to care seeking and the true incidence and/or prevalence rate of female pelvic floor disorders. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008; 19: 1587-99.
13. Oskay UY, Beji NK, Yalcin O. A study on urogenital complaints of postmenopausal women aged 50 and over. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 72-8.
14. Płachta Z, Mazur P, Walaszek P, et al. Nietrzymanie moczu u kobiet – epidemiologia i czynniki ryzyka. *Prz Menopauz* 2002; 1: 28-32.
15. Rohr G, Christensen K, Ulstrup K, Kragstrup J. Reproducibility and validity of simple questions to identify urinary incontinence in elderly women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 969-72.
16. Du Moulin MF, Hamers JP, Paulus A. Effects of introducing a specialized nurse in care of community-dwelling women suffering from urinary incontinence: a randomized controlled trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34: 631-40.
17. Franzén K, Johansson JE, Andersson G, Nilsson K. Urinary incontinence: Evaluation of an information campaign directed towards the general public. *Scand J Urol Nephrol* 2008; 42: 534-8.