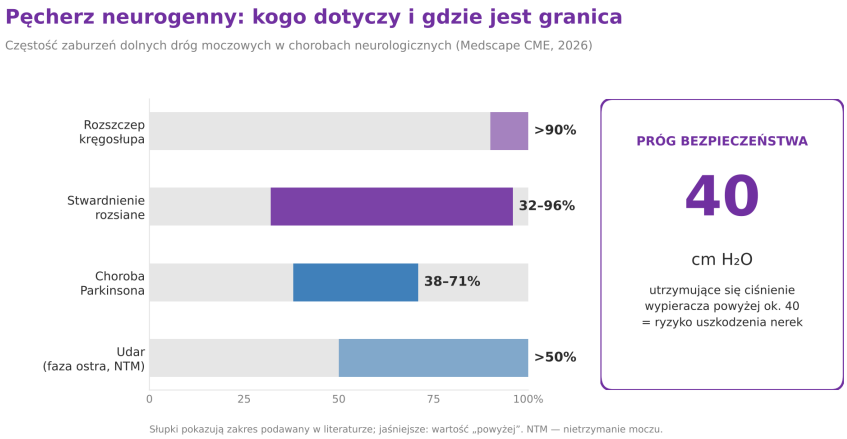
Pęcherz nadreaktywny/neurogenny? Kiedy parcia naglące wymagają dodatkowych badań?



Neurogenne zaburzenia czynności dolnych dróg moczowych (NLUTD, dawniej „pęcherz neurogenny") dotyczą 32–96% chorych na stwardnienie rozsiane, 38–71% z chorobą Parkinsona i ponad połowy chorych w ostrej fazie udaru, zapewne część pacjentek z „OAB" w gabinecie ma więc w tle chorobę układu nerwowego.

Celem nie jest tylko trzymanie moczu, ale przede wszystkim ochrona nerek, bo utrzymujące się **ciśnienie wypieracza powyżej ok. 40 cm H_2O wiąże się z refluksem, wodonerczem i spadkiem filtracji kłębuszkowej.**

Farmakoterapia jest znana z OAB: leki antymuskarynowe w pierwszej linii (ograniczony okres stosowania, bo zwiększenie ryzyka demencji), β3-agoniści jako alternatywa o podobnej skuteczności i mniejszej liczbie działań niepożądanych ale z obowiązkową kontrolą zalegania po mikcji (PVR) w ocenie usg.

To przegląd edukacyjny Medscape bez nowych danych; jego wartość to porządek: kogo podejrzewać, co zmierzyć, czego nie leczyć i kiedy skierować do urologa.

OAB u ginekologa

Pacjentka z parciami naglącymi, częstomoczem i nietrzymaniem moczu trafia do nas częściej niż do urologa. Zwykle to idiopatyczny pęcherz nadreaktywny. Ale wśród tych kobiet są chore na SM, z chorobą Parkinsona, po udarze, z chorobą kręgosłupa lędźwiowego, neuropatią obwodową czy otępieniem. U nich te same objawy mogą oznaczać wysokie ciśnienie w pęcherzu, zaleganie moczu i ryzyko uszkodzenia górnych dróg moczowych.

Materiał: przegląd edukacyjny CME (Medscape, październik 2026, autorka: Blessing Ajayi, PA-C), przygotowany z użyciem narzędzi AI i zweryfikowany redakcyjnie. Nie jest to badanie ani wytyczne — to synteza wytycznych urologicznych i literatury przeglądowej. Poziom dowodów: opinia eksperta / przegląd narracyjny.

Liczby

- **Stwardnienie rozsiane:** NLUTD u 32–96% chorych.
- **Choroba Parkinsona:** 38–71%.
- **Udar:** nietrzymanie moczu u ponad połowy chorych w fazie ostrej.
- **Rozszczep kręgosłupa:** ponad 90% dzieci.
- **Choroby kręgosłupa lędźwiowego** uciskające rdzeń lub korzenie — nasilenie objawów zależy od postępu choroby.
- **Próg ciśnienia:** ciśnienie wypieracza lub ciśnienie przecieku (leak-point pressure) powyżej ok. 40 cm H_2O (wynik badania urodynamicznego) wiąże się z refluksem pęcherzowo-moczowodowym, wodonerczem, ZUM i obniżeniem eGFR.

Co oceniamy w gabinecie?

Wywiad

- Choroby neurologiczne i wrodzone, urazy, operacje kręgosłupa i miednicy, przebyte powikłania urologiczne.
- Funkcje jelit (cechy zespołu jelita drażliwego, IBS) i funkcje seksualne — nowe lub nasilające się zaburzenia razem z objawami pęcherzowymi to sygnał zmiany neurologicznej. Pytaj o ból przy współżyciu (dyspareunia powierzchowna), co wskazuje na dysfunkcję mięśni dna miednicy pod postacią nadmiernego napięcia (PFMD/overactivity)
- Nietrzymanie moczu „czynnościowe": pacjentka nie zdąży, bo ma niedowład albo nie ma łatwego dostępu do toalety.
- Leki w tym leki antycholinergiczne z innych powodów.
- **3-dniowy dzienniczek mikcji** — obiektywny zapis zamiast wspomnień.

Badanie

- Badanie ginekologiczne w tym ocena POP, odruch opuszkowo-jamisty (czyli pocierasz wacikiem obok łechtaczki i widzisz skurcz zwieracza odbytu). Zawsze badam u pacjentek z bólem sromu, nie widzę różnicy i znaczenia. Zachęcam do nauczenia się zwalidowanego protokołu VAMP do oceny mięśni dna miednicy (literatura lub warsztaty VIPain https://ewabaszakradomanska.pl/vipain/). OAB czy inne objawy dyzuryczne są chorobą współistniejącą z wulwodynią.
- Zmiany skórne i guzy narządów płciowych, ocena kręgosłupa lędźwiowego.
- **Sprawność rąk i funkcje poznawcze** — decydują, czy pacjentka poradzi sobie z samocewnikowaniem, czy potrzebny jest opiekun.

Badania dodatkowe

- **Zaleganie po mikcji (PVR)** — USG przezbrzuszne lub przez pochwę. Zaleganie określamy, gdy po mikcji pozostaje powyżej 100ml moczu (przy czym wynik prawidłowy to PVR poniżej 50ml, wartości 50 -100ml są niejednoznaczne).
- Badanie ogólne moczu, kreatynina z eGFR, USG nerek.
- W zależności od obrazu: posiew, cytologia moczu, uroflowmetria, cystoskopia, badanie urodynamiczne (najlepiej wideourodynamika) ale to już zakres urologa.

Parcia naglące u pacjentki z chorobą neurologiczną — co w gabinecie

1. ZAPYTAJ

- choroba neurologiczna, kręgosłup, udar, cukrzyca
- jelita i funkcje seksualne
- 3-dniowy dzienniczek mikcji
- sprawność rąk, funkcje poznawcze, opiekun

2. ZMIERZ

- zaleganie po mikcji (PVR) — USG w gabinecie
- badanie ogólne moczu
- kreatynina / eGFR
- USG nerek
- czucie krocza, odruchy

3. LECZ

- leki antymuskarynowe — pierwsza linia
- β3-agoniści — podobna skuteczność, mniej AE
- kontrola PVR po rozpoczęciu leczenia
- cewnikowanie przerywane

4. SKIERUJ

- krwiomocz
- nawracające ZUM
- wodonercze, spadek eGFR
- brak efektu leczenia
- kandydatka do toksyny botulinowej / operacji

NIE: leczyć bezobjawowej bakteriurii • zlecać rutynowych posiewów u pacjentek bez objawów stosować rutynowej profilaktyki antybiotykowej • rozpoznawać ZUM tylko po mętnym, cuchnącym moczu

Leczenie: co znamy z OAB i co się zmienia

Zasada: najpierw ochrona nerek, potem trzymanie moczu. Przy niepełnym opróżnianiu podstawą jest przerywane czyste cewnikowanie (samocewnikowanie); przy zaburzeniach gromadzenia — leki zmniejszające nadreaktywność wypieracza.

Grupa	Kiedy i po co	Na co uważać
Antymuskarynowe	oksybutynina, solifenacyna, tolterodyna — pierwsza linia w nadreaktywności wypieracza; zmniejszają ciśnienie w pęcherzu	suchość w ustach, zaburzenia widzenia z bliska, zaparcia, tachykardia; **mogą zwiększać PVR — kontrola zalegania**
β3-agoniści	mirabegron, wibegron (niedostępny w PL) — skuteczność podobna, mniej działań niepożądanych; dawkę można zwiększać, możliwe leczenie skojarzone z antymuskarynowym	**PVR — kontrola zalegania**
α-adrenolityki	tamsulosyna, terazosyna — gdy pacjentka oddaje mocz, ale zalega	u kobiet poza wskazaniami rejestracyjnymi (off-label)
Desmopresyna	poliuria nocna	**hiponatremia, zatrzymanie płynów** — ostrożnie u starszych
Leczenie zabiegowe	toksyna botulinowa do wypieracza, neuromodulacja krzyżowa; przy opornym wysokim ciśnieniu: powiększenie pęcherza, odprowadzenie moczu	decyzja urologa

Rejestracja: większość tych leków ma w Polsce wskazanie „pęcherz nadreaktywny"; zastosowanie w neurogennej nadreaktywności wypieracza u dorosłych może wykraczać poza ChPL — sprawdź przed wypisaniem recepty.

Zakażenia: czego nie robić

- **Nie leczyć bezobjawowej bakteriurii** — chyba że jest ropomocz i objawy zakażenia.
- **Bez rutynowych badań moczu i bez profilaktyki antybiotykowej** u pacjentek cewnikowanych i u większości z pęcherzem neurogennym.
- **Mętny i cuchnący mocz to za mało** do rozpoznania ZUM.
- Przy podejrzeniu zakażenia: posiew przed antybiotykiem, leczenie co najmniej 7 dni (to pacjentki z grupy podwyższonego ryzyka).
- Przy nawrotach lub niejasnych częstych ZUM: obrazowanie górnych dróg moczowych.
- U pacjentki z cewnikiem stałym zakażenie może dawać nietypowe objawy: nowy wyciek obok cewnika, gorączkę, apatię, ból pleców lub pęcherza, a w urazie rdzenia — **dysrefleksję autonomiczną** (nagły wzrost ciśnienia tętniczego).

Kiedy skierować do urologa

- krwiomocz;
- nawracające ZUM lub ZUM oporne na antybiotyk;
- ból, który może pochodzić z dróg moczowych, czyli ból miednicy zmieniający się w związku z mikcją (nasila się lub ustępuje na chwilę po oddaniu moczu?);
- cechy uszkodzenia górnych dróg moczowych: wodonercze w USG, spadek eGFR;
- objawy utrzymujące się mimo leczenia zachowawczego;
- nowe lub nasilające się zaburzenia pęcherza, jelit, funkcji seksualnych, czucia w kroczu albo brak odruchów. No cóż, to raczej enigmatyczne, ponieważ zaburzenia funkcji seksualnych, czyli ból przy współżyciu współistnieje z objawami dyzurycznymi (patrz wyżej).
- kwalifikacja do toksyny botulinowej, neuromodulacji, cewnika nadłonowego lub operacji.

Mój komentarz

W mojej długoletniej pracy z pacjentkami z bólem sromu (czy dyspareunią) objawy dyzuryczne, w tym OAB (z nietrzymaniem moczu czy bez) to częste zjawisko, choroba współistniejąca z wulwodynią (z nadmiernym napięciem mięśni dna miednicy). To także grupa pacjentek z dolegliwościami z dolnego odcinka dróg moczowych, które często nie reagują na leczenie farmakologiczne i urolodzy nie mają pomysłu a trwanie dolegliwości może prowadzić do Zespołu bolesnego pęcherza/Śródmiąższowego zapalenia pęcherza moczowego (BPS/IC). Dolegliwości często ustępują przy leczeniu wulwodynii, chociaż te pacjentki są trudne.

Pęcherz nadreaktywny (OAB) to rozpoznanie z wykluczenia. Jeśli pacjentka z parciami naglącymi ma SM, chorobę Parkinsona, przebyty udar albo dyskopatię lędźwiową (chociaż bóle pleców często współistnieją z dysfunkcją mięśni dna miednicy pod postacią nadmiernego napięcia), powinna mieć wykonane **badanie urodynamiczne z oceną ciśnienia wypieracza, powyżej ok. 40 cm H_2O wiąże się z refluksem pęcherzowo-moczowodowym, wodonerczem, ZUM i obniżeniem eGFR.** Niemniej, zaczynamy od oceny zalegania moczu po mikcji (PVR). **Powyżej 100ml, leki antymuskarynowe i β3-agoniści pogorszą sytuację.**

I jeszcze jedno, również spoza materiału: u pacjentki po urazie rdzenia kręgowego badanie ginekologiczne we wziernikach może samo wywołać dysrefleksję autonomiczną (nagły skok ciśnienia tętniczego).

Ograniczenia

- Przegląd narracyjny CME, nie badanie i nie wytyczne; przygotowany z udziałem narzędzi AI.
- Szerokie zakresy częstości (np. 32–96% w SM) wynikają z różnych definicji i populacji — to orientacja, nie precyzyjne dane.
- Brak dawek, czasu leczenia i danych porównawczych dla leków.
- Mimo tytułu część pediatryczna jest szczątkowa.

Źródło

Ajayi B. Managing Neurogenic Lower Urinary Tract Dysfunction in Adult and Pediatric Populations. Medscape Education (CME/CE), 15 października 2026.

https://www.medscape.org/viewarticle/medscape-now-managing-neurogenic-lower-urinary-tract-2026a10012mz

Ocena zalegania (PVR):

- AUA/SUFU Overactive Bladder Guideline
- AUA White Paper on Nonneurogenic Chronic Urinary Retention