

Leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu metodami małoinwazyjnymi

Natalia Molenda

Nietrzymanie moczu to problem, o którym nadal mówi się rzadko lub ze wstydem, a jest to temat dotyczący średnio co trzeciej kobiety na świecie. Stała wilgoć w okolicach intymnych drażni skórę, sprzyja infekcjom, odbiera radość z codziennej aktywności, treningów czy współżycia. Jeśli regularne ćwiczenia mięśni dna miednicy nie przynoszą ulgi, warto przyrzeć się nowoczesnym, małoinwazyjnym zabiegom ginekologii estetycznej, które łączą bezpieczeństwo z krótkim czasem rekonwalescencji

1. Czym jest nietrzymanie moczu i jakie są jego rodzaje?

Mocz jest biologicznym płynem, który powstaje w nerkach w procesie oczyszczania krwi. Składa się z wody oraz substancji, które są dla naszego organizmu szkodliwe lub niepotrzebne. Z nerek mocz spływa do pęcherza, a następnie za pomocą mięśni dna miednicy zostaje wydalony. Gdy proces opróżniania pęcherza ulegnie zaburzeniu, mówimy o problemie nietrzymania moczu. Ta dolegliwość polega na niekontrolowanych i niezależnych od woli mikcjach podczas wykonywania codziennych czynności. Międzynarodowe Towarzystwo Nietrzymania Moczu (ICS) wyróżnia kilka jej rodzajów:



Źródło: freepik

- **wysiłkowe nietrzymanie moczu (SUI)**, w którym do niekontrolowanych mikcji dochodzi podczas kaszlu, kichania, śmiechu, a także biegania czy skakania. Dzieje się tak z powodu rozciągniętych tkanek dna miednicy, które nie są w stanie utrzymać zwarcia ujścia cewki moczowej podczas wzrostu ciśnienia śródbrzusznego;
- **nagłace nietrzymanie moczu (UUI)** charakteryzuje się częstomoczem i nagłą potrzebą wypróżnienia, nawet jeśli pęcherz nie jest jeszcze pełny. Choroba ma swoje podłoże w zaburzeniach neurologicznych lub infekcjach;
- **postać mieszana (MUI)**, w której nagłace nietrzymanie moczu współwystępuje z wysiłkowym;

- **nietrzymanie moczu z przepełnienia (OUI)**, kiedy chory nie odczuwa parcia, a mocz wycieka z pęcherza, bo się już w nim nie mieści. Zaburzenie może być wywołane przez niedrożność cewki, cukrzycę, uszkodzenie nerwów.

2. Nietrzymanie moczu jako problem kobiety o zasięgu globalnym

Według Światowej Organizacji Zdrowia nietrzymanie moczu jest zjawiskiem ogólnoswiatowym, bo cierpi na niego ok. 10–15% populacji bez względu na region globu. Przy czym można założyć, że dane są niedoszacowane, bo problem jest wstydlivy i wielu chorych się do niego nie przyznaje. Nietrzymanie moczu dotyka dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn. Szacuje się, że w Polsce z powodu tej dolegliwości cierpi **2,5–3 mln osób**.

2.1. Biologia i fizjologia kobiecego ciała

Przyczyny częstszego występowania nietrzymania moczu, a szczególnie jego wysiłkowej odmiany, u kobiet związane są z anatomią i fizjologią ich dna miednicy. Dolegliwość bardzo często współtowarzyszy ciąży – ze względu na ucisk powiększającej się macicy na pęcherz moczowy oraz rozluźnienie tkanek dochodzi do mimowolnego wycieku moczu podczas codziennych czynności. To także częste powikłanie porodu drogami natury, szczególnie jeśli miał ciężki przebieg lub zabiegowe zakończenie (np. użyciem kleszczy), ponieważ w jego trakcie może dojść do nadmiernego rozciągnięcia mięśni, a niekiedy do ich nieodwracalnego uszkodzenia. Sprężystość tkanek okolicy moczowo-płciowej spada także wraz z wiekiem i związana jest ze zmianami hormonalnymi, szczególnie niedoborem estrogenów w przebiegu menopauzy. Z wiekiem spada także produkcja kolagenu (białka, odpowiedzialnego za elastyczność tkanek oraz ich wytrzymałość), a istniejące włókna kolagenowe ulegają degradacji. Zjawiskami zwiększającymi ryzyko rozwoju tej choroby są także cukrzyca, nadwaga i otyłość oraz choroby neurologiczne.

2.2. Konsekwencje nietrzymania moczu

Nietrzymanie moczu to nie tylko problem natury estetycznej, to także bezpośrednie zagrożenie zdrowia. Stale obecna wilgoć w okolicach intymnych zwiększa ryzyko urazów i częstotliwość infekcji, dyskomfort pogarsza jakość życia i może prowadzić do zaburzeń depresyjnych oraz rezygnacji z aktywności seksualnej. Nielezione z wiekiem będzie się pogłębiać, a w skrajnych wypadkach główna jego przyczyna – rozciągnięte tkanki – mogą doprowadzić do obniżenia i wypadania narządów rodnych. Dlatego problemu nie należy bagatelizować. Warto skonsultować się lekarzem, który przedstawi metody leczenia za pomocą małoinwazyjnych procedur ginekologicznych, które realnie poprawiają jakość życia.

3. Małoinwazyjne metody leczenia

Ginekologia estetyczna wychodzi naprzeciw problemom pacjentek, u których zdiagnozowano łagodne i umiarkowane postacie wysiłkowego nietrzymania moczu. Małoinwazyjne zabiegi z użyciem zaawansowanej aparatury prowadzą do mobilizacji i przebudowy tkanek okolic moczowo-płciowych, co poprawia napięcie mięśni, zwiększa podtrzymywanie pęcherza, a także korzystnie wpływa na stan pochwy. Do wyboru mamy dziś leczenie laserem, falami elektromagnetycznymi, prądem, ultradźwiękami, a także ostrzykiwanie cewki moczowej specjalnym wypełniaczem. Zabiegi te są dostępne w ramach prywatnego leczenia ginekologicznego, a ich koszt waha się od kilku do kilkunastu tysięcy złotych. NFZ nie refunduje żadnej procedury, wyjątkiem są bardziej zaawansowane operacje.

3.1. Przed zabiegiem

Przed podjęciem decyzji o leczeniu należy się **skonsultować z lekarzem ginekologiem**, który pomoże w wyborze procedury, opowie o przebiegu zabiegu, koniecznych do wykonania badaniach oraz rekonwalescencji. Podczas wizyty lekarz wykona także badanie ginekologiczne, oceni we wziernikach oraz palpacyjnie stan dróg rodnych i zrobi USG przezpochwowe lub przezbrzuszne. Aby pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu, powinna mieć także dobre wyniki cytologii, morfologii krwi, niekiedy poziomu CRP (którego wynik wyklucza lub potwierdza stan zapalny organizmu).

3.2. Przeciwwskazania

Każdy zabieg, nawet małoinwazyjny, niesie ze sobą potencjalne ryzyko, dlatego opisane niżej procedury nie mogą być wykonywane w czasie menstruacji, ciąży i laktacji. Ponadto do terapii nie kwalifikują się pacjentki, które cierpią na przewlekłe lub ciężkie choroby, takie jak:

- nawracające infekcje okolicy moczowo-płciowej,
- niezdiagnozowane krwawienia z dróg rodnych,
- zaburzenia autoimmunologiczne,
- aktywną chorobę nowotworową,
- nadciśnienie tętnicze, padaczkę, nieuregulowaną cukrzycę,
- skłonność do powstawania bliznowców,
- nieprawidłowy wynik badań zleconych przed zabiegiem.

4. Ćwiczenia mięśni dna miednicy

Mięśnie dna miednicy, inaczej zwane mięśniami Kegla, ogrywają kluczową rolę w przebiegu wysiłkowego nietrzymania moczu. Ich rozluźnienie, rozciągnięcie czy zwiotczenie wpływa na

osłabienie zwierania cewki moczowej, co skutkuje popuszczaniem moczu podczas wysiłku i innych sytuacji, w których napinane są mięśnie brzucha.

Ćwiczenia aktywizujące te partie to pierwsza zalecana terapia schorzenia. Polegają na świadomym zaciskaniu i przerywaniu strumienia moczu podczas wizyty w toalecie oraz naśladowaniu tej czynności na sucho. Nie są wymagające i można je robić podczas zwykłych aktywności, jak czytanie, oglądanie filmu czy rozmowa przez telefon. Najlepsze efekty osiąga się ćwicząc regularnie – kilka razy dziennie po 5–10 minut – ale na poprawę trzeba poczekać ok. trzech miesięcy. Ponadto same ćwiczenia w wielu wypadkach nie wystarczą.

Nie da się wyćwiczyć mięśni na tyle, by prawidłowo zamykały ujście cewki moczowej w przypadku znacznego osłabienia powięzi (tkanki łącznej podpierającej pęcherz), znacznego zwiotczenia lub naderwania mięśni czy obniżenia położenia narządów miednicy mniejszej. A także wtedy, gdy wysiłkowemu nietrzymaniu moczu współtowarzyszą inne poważne choroby, np. cukrzyca lub otyłość. W takiej sytuacji najlepszym rozwiązaniem będą metody leczenia z zakresu ginekologii estetycznej. Z ćwiczeń nie trzeba jednak rezygnować, będą świetnym wsparciem leczenia zabiegowego.

5. Technologia HIFEM i fotel BTL Emsela

HIFEM (ang. *High-Intensity Focused Electromagnetic Technology*) to technologia skupienia fal elektromagnetycznych o wysokiej intensywności. Fale są emitowane przez urządzenie przypominające fotel i stymulują ludzki organizm do wywoływania tzw. skurczów supramaksymalnych mięśni, które są mocniejsze od najsilniejszych skurczów wywoływanych przez człowieka świadomie. **Mobilizują do intensywnego wysiłku mięśniówkę dna miednicy**, co poprawia jej napięcie, zwęża ujście cewki moczowej, a także wpływa na przebudowę i rozrost tkanek.

5.1. Przebieg kuracji, zalecenia pozabiegowe i spodziewane efekty

Zabieg jest bezbolesny i komfortowy. Nie trzeba się do niego specjalnie przygotowywać, nie trzeba się nawet rozbierać. Przeprowadza się go na specjalnym, wygodnym fotelu. Urządzenie emituje fale, które w ciągu trwania procedury, tj. **28 minut, zmuszają organizm do wykonania aż 11 tys. skurczów mięśni**. Po zakończeniu zabiegu odczuwa się zmęczenie jak po wysiłku fizycznym, można także mieć wrażenie lekkich wibracji w okolicach intymnych.

Dzięki niewielkiej inwazyjności po zakończeniu zabiegu można wrócić do normalnej aktywności. Efekty kuracji są uzależnione od ilości przeprowadzonych sesji, przy czym ich minimalną ilość ocenia się na 8–10. Najkorzystniejszy jest pakiet dwóch zabiegów tygodniowo przeprowadzanych przez okres 4–5 tygodni. Cena takiego pakietu to ok. 2,5 tys. zł. Wg. statystyk **aż 95% osób zgłasza**

poprawę kontroli nad gubieniem moczu po kuracji, przy czym efekty utrzymują się do kilku miesięcy.

6. Laseroterapia w ginekologii

Laseroterapia polega na naświetlaniu okolic moczowo-płciowych promieniowaniem elektromagnetycznym, co **mobilizuje tkanki do przebudowy**, zwiększa ich napięcie, odmładza je i prowadzi do znacznego złagodzenia wysiłkowego nietrzymania moczu. Laser używany w ginekologii estetycznej ma postać dużej maszyny wyposażonej w stożkową głowicę. Zabieg polega na wprowadzeniu jej do pochwy, a następnie uruchomieniu wyzwalania impulsów. Do najczęściej używanych w ginekologii estetycznej należą laser frakcyjny dwutlenkowęgłowy (CO₂) i laser nieablacyjny erbowo-yagowy (Er:YAG).

- **laser frakcyjny dwutlenkowęgłowy (laser CO₂)** emituje promieniowanie, które jest absorbowane przez wodę zawartą w komórkach nabłonka, co prowadzi do ich uszkodzenia. Po trzech dniach od zabiegu w pochwie i okolicach ujścia cewki moczowej rozwija się niewielki stan zapalny, co pobudza organizm do regeneracji. Stary nabłonek ulega złuszczeniu, powstaje nowy, zwiększa się produkcja glikogenu, powstają nowe włókna kolagenowe;
- **laser nieablacyjny erbowo-yagowy (Er:YAG)** emituje promieniowanie w wąskim zakresie światła widzialnego, a jego działanie polega na podgrzaniu tkanek. Urządzenie nie powoduje uszkodzeń nabłonka, a jedynie stymuluje produkcję elastyny i kolagenu. Włókna tkankowe przebudowują się i obkurczają. Jest to zabieg mniej inwazyjny.

6.1. Przebieg kuracji, zalecenia pozabiegowe i spodziewane efekty

Zabieg może być nieprzyjemny, ale nie jest obciążający dla zdrowia, nie powoduje silnego bólu ani krwawienia. Nie ma potrzeby stosować w jego trakcie znieczulenia. Kuracja trwa 30 minut i odbywa się na fotelu ginekologicznym. Lekarz dezynfekuje i osusza pochwę, wprowadza laser, a następnie uruchamia wyzwalanie impulsów. Pacjentka może czuć ciepło lub lekkie pieczenie w trakcie procedury.

Przez dwa tygodnie po zabiegu laserem CO₂ należy unikać z kąpieli w wannie, basenie, zrezygnować z podnoszenia ciężkich przedmiotów, wysiłkowej aktywności fizycznej oraz współżycia. Zaleca się także stosowanie nawilżających globulek z kwasem hialuronowym. Po laseroterapii z użyciem lasera Er:YAG czas oszczędzającego trybu życia można skrócić do tygodnia. Po zabiegu możliwy jest wyciek surowiczy z pochwy.

W zależności od stanu zaawansowania dolegliwości niekiedy wystarczy jedna sesja, ale najlepsze efekty osiąga się serią trzech zabiegów co 4–6 tygodni. Laseroterapia kosztuje około 1–1,5 zł za

jeden zabieg. Wg. badań ok. **60–70% pacjentek w grupie do 60. roku życia odczuwa po nim wyraźną poprawę**. Efekt utrzymuje się około 12–18 miesięcy i zaleca się wykonywanie raz w roku zabiegu przypominającego.

7. Radiofrekwencja monopolarna i bipolarna

Radiofrekwencja wykorzystuje wpływ okresowo zmieniającego się prądu elektrycznego na ludzki organizm. Naświetlanie prądem o częstotliwości od 3 kHz do 300 MHz prowadzi do podgrzania tkanek do 40–45°C, co lekko uszkadza nabłonek i **pobudza go do odnowy**. W rezultacie wzrasta napięcie tkanek, tworzą się nowe wiązania kolagenowe, nowe naczynia krwionośne, a co za tym idzie poprawia się poziom ukrwienia, zwiększa się grubość ściany pochwy, jej nawilżenie, a obkurczenie tkanek przynosi poprawę w redukcji objawów wysiłkowego nietrzymania moczu. Urządzenie stosowane w terapii to aparat wyposażony w sondę dopochwową lub głowicę z elektrodami. Wyróżniamy **dwa rodzaje radiofrekwencji**:

- **monopolarną**, która ma działanie głębokie, wpływa nie tylko na nabłonek, ale także na skórę właściwą i tkankę tłuszczową, jest bardziej agresywna, ale sprzyja głębszej regeneracji;
- **bipolarną**, która działa delikatniej, ale bardziej precyzyjnie i daje możliwość regulacji głębokości penetracji, można stosować ją punktowo.

7.1. Przebieg kuracji, zalecenia pozabiegowe i spodziewane efekty

Zabieg jest krótki (ok. 20 minut), niebolesny i nie wymaga stosowania znieczulenia. Przeprowadza się go na fotelu ginekologicznym z użyciem sondy dopochwowej. Lekarz po wprowadzeniu głowicy zaczyna uwalnianie impulsów, które podgrzewają tkanki. Pacjentka może odczuwać lekki dyskomfort i uczucie ciepła w okolicach intymnych.

Mimo podobnego przebiegu radiofrekwencja jest mniej inwazyjna niż laseroterapia. Dlatego po jej zakończeniu można wrócić do codziennej aktywności, której pacjentka nie musi ograniczać. Efekty mogą być widoczne po jednej kuracji, ale specjaliści sugerują wykonanie kilku, np. 3–4. Dzięki małej inwazyjności procedury, można ją powtarzać np. raz w tygodniu przez kilka tygodni albo w odstępie miesiąca, aby dać organizmowi czas na regenerację. Wyniki badań podają, że **poprawę zauważa 96% pacjentek**, przy czym efekt utrzymuje się przez 6 miesięcy, a następnie słabnie. Cena jednego zabiegu to 1–1,5 tys. zł.

8. Terapia falą ultradźwiękową HIFU

HIFU (ang. *High-Intensity Focused Ultrasound*) polega na naświetlaniu okolic moczowo-płciowych skoncentrowanymi ultradźwiękami, które koagulują, a przez to **kurczą włókna**

kolagenowe w tkankach i mobilizują je do regeneracji. W tym wypadku emitowane fale nie uszkodzą śluzówki pochwy, a wpływają na warstwę mięśniową, podnosząc punktowo temperaturę w tkance głębokiej. Przebudowie ulegają więc wewnętrzne warstwy dna miednicy.

8.1. Przebieg kuracji, zalecenia pozabiegowe i spodziewane efekty

Zabieg jest niebolesny, nieinwazyjny i bezkrwawy. Pacjentka może odczuwać w jego trakcie dyskomfort i wzmożone ciepło okolic intymnych. Procedura trwa ok. 40 minut. Polega na wprowadzeniu do pochwy głowicy emitującej ultradźwięki na głębokości 4,5 mm, a następnie drugiej, która penetruje tkanki na głębokość 3 mm. Po jej zakończeniu należy przez 7–10 dni powstrzymać się od współżycia czy intensywnej aktywności fizycznej. **Większość pacjentek odczuwa poprawę już po jednym zabiegu**, przy czym przebudowa włókien kolagenowych trwa ok. 90 dni. Lekarze rekomendują dwa, trzy zabiegi co pół roku, aby uzyskać najlepsze efekty. Poprawa kontroli nad gubieniem moczu utrzymuje się od 6 miesięcy do 2 lat. Zabieg kosztuje 1–2,5 tys.

9. Wypełniacze okołocewkowe

Wypełniacze okołocewkowe to różnego rodzaju substancje, które wstrzykuje się w okolice cewki moczowej (region zwieracza wewnętrznego), aby zwiększyć objętość tkanek, **zwięźić ujście, a tym samym zwiększyć szczelność cewki**. Wśród stosowanych substancji można wymienić kwas hialuronowy, kolagen, makroskopowe cząstki silikonowe, poliakryloamid.

9.1. Przebieg kuracji, zalecenia pozabiegowe i spodziewane efekty

Zabieg poleca się w łagodnych postaciach wysiłkowego nietrzymania moczu. Polega na podaniu substancji za pomocą igły, więc może powodować ból i dyskomfort, stąd przeprowadza się go w znieczuleniu miejscowym. Trwa 10–15 minut. Jest to procedura małoinwazyjna, bezpieczna i nie powodująca skutków ubocznych. Rezultat ściśle zależy od ilości podanego wypełnienia, dzięki temu można go precyzyjnie uzyskać. Pacjentki z reguły od razu odczuwają poprawę, ale jeśli efekt jest niezadowalający sugeruje się ponowienie procedury po 4 tygodniach. W zależności od użytego środka poprawa kontroli nad nietrzymaniem moczu utrzymuje się od kilku miesięcy do kilku lat. Cena jednego zabiegu to ok. 10–12 tys. zł.

10. Terapia komórkami macierzystymi

Terapia komórkami macierzystymi to metoda będąca jeszcze w fazie badań klinicznych, ale dająca obiecujące rezultaty. Wykorzystuje ogromny potencjał regeneracyjny, jaki mają komórki macierzyste. Procedura polega na pobraniu od pacjenta niewielkiej ilości tkanki tłuszczowej, mięśni lub szpiku kostnego, wyodrębnieniu z niej komórek macierzystych i namnożeniu ich

w laboratorium, a następnie podaniu w okolice zwieracza cewki moczowej. W efekcie miałyby dojść do **odbudowy i wzmocnienia mięśni**, odpowiedzialnych za kontrolę mikcji. Wstępne wyniki badań potwierdzają skuteczność terapii. Metoda nie jest jeszcze dostępna jako usługa komercyjna.

11. Podsumowanie

Małoinwazyjne zabiegi ginekologii estetycznej mogą realnie poprawić jakość życia kobietom, które cierpią z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu. Duży wybór metod, krótki przebieg zabiegu i minimalny okres rekonwalescencji to niekwestionowane zalety opisanych zabiegów. Bogata oferta sprawia, że każda z pań może znaleźć dla siebie taką metodę leczenia, która będzie odpowiadać na jej realne potrzeby. Choć efekty są ograniczone w czasie, można je wydłużyć, a nawet utrzymywać przez wiele lat, jeśli zdecydujemy się na terapię łączoną, np. laseroterapię i zabiegi HIFEM. Ogromnym wsparciem będą także regularne ćwiczenia mięśni dna miednicy. Choć koszty zabiegów nie należą do najniższych i nie są refundowane przez NFZ, poprawa jakości życia po zabiegach jest tak znaczna, że coraz więcej kobiet się na nie decyduje. Zwłaszcza, że każda z tych procedur poza leczeniem nietrzymania moczu niesie ze sobą poprawę stanu okolicy płciowej i zwiększa zadowolenie z aktywności seksualnej.

12. Bibliografia

1. Dirican A.Ö., Ceran M.U., Kahraman O., Sönmez G., High-intensity focused ultrasound (HIFU) for the treatment of female urinary incontinence: A retrospective analysis, *Medicine (Baltimore)*, 2024; 103(40):e39940;
2. Drewniak M., Augustynek P., Hauzer A. i in., Nietrzymanie moczu jako problem medyczny, społeczny i psychologiczny, *Repozytorium Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*, dostęp online: 9.09.2025;
3. Hafidh B., Baradwan S., Latifah H., CO2 laser therapy for management of stress urinary incontinence in women: a systematic review and meta-analysis, *Therapeutic Advances in Urology* 2023; 10:15:17562872231210216;
4. Janik K., Popławska M., Harasim- Piszczatowska E., Metody zapobiegania i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, *Repozytorium Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu*, dostęp online: 9.09.2025;
5. Klimaszewska K., Społeczny aspekt nietrzymania moczu u kobiet, *Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Prace Poglądowe*, Vol.16, Nr 3(60)/2017;
6. Kolczewski P., Łukaszuk M., Cymbaluk-Płoska A. i in., Bipolar Radiofrequency and Non-Crosslinked Hyaluronic Acid Plus Calcium Hydroxyapatite in the Treatment of Stress Urinary Incontinence, *Pharmaceuticals (Basel)* 2024; 11;17(5):622;

7. Szabo T., Mitranovici M., Moraru L. i in., Innovations in Stress Urinary Incontinence: A Narrative Review, *Medicina* 2025, 61(7), 1272;
8. Samuels J.B., Pezzella A., Berenholz J., Alinsod R., Safety and Efficacy of a Non-Invasive High-Intensity Focused Electromagnetic Field (HIFEM) Device for Treatment of Urinary Incontinence and Enhancement of Quality of Life, *Lasers in Surgery and Medicine* 2019; 7;51(9):760–766;
9. Weber-Rajek M., Bułatowicz I., Radziwińska A. i in., Ocena skuteczności metod fizykalnych w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet – przegląd badań, *Journal of Education, Health and Sport* 2015; 5(3):11-34.