

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Andrea Dočkalová

Inkontinence moči u žen

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 2015-06-26

.....

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Renatě Hrubé za její velmi cenné rady a připomínky při zpracování mé bakalářské práce. Poděkování patří také celé mé rodině a spolupracovnícím, které mě během celého studia psychicky povzbuzovaly a vyjadřovaly svou podporu.

ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce:

Inkontinence moči u žen

Název práce v AJ:

Urinary incontinence in women

Datum zadání: 2015-01-02

Datum odevzdání: 2015-06-26

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autorka práce: Andrea Dočkalová

Vedoucí práce: Mgr. Renata Hrubá

Abstrakt v ČJ:

Bakalářská práce se zabývá problematikou inkontinence moči u žen. Jedná se o práci přehledovou. První část je zaměřena na její definici, klasifikaci a dále projevy inkontinence moči v těhotenství a po porodu. Pojednává o epidemiologii inkontinence moči u žen, rizikových faktorech a její diagnostice. Poslední část popisuje léčbu inkontinence moči, prevenci, edukaci a roli porodní asistentky v souvislosti s touto problematikou. V textu jsou zakomponovány výsledky různých studií zabývajících se inkontinencí moči u ženy v různých životních etapách. Cílem bylo napsat ucelený přehled o problematice inkontinence moči u žen.

Abstrakt v AJ:

This thesis deals with the issue of female urinary incontinence. It is the job briefing. The first part focuses on the definition, classification and symptoms of urinary incontinence associated with pregnancy. Further discusses the epidemiology of urinary incontinence in women, risk factors, and its diagnosis. The last part describes the treatment of urinary incontinence, prevention, education and the role of midwife in relation to this issue. The text incorporated the results of various studies of urinary incontinence in women at different life stages. The aim was to write a comprehensive overview of the issue of urinary incontinence in women.

Klíčová slova v ČJ:

Inkontinence moči, stresová inkontinence, urgentní inkontinence, hyperaktivní močový měchýř, smíšená inkontinence, vaginální porod, operativní porod.

Klíčová slova v AJ:

Urinary incontinence , stress incontinence , urgent incontinence , overactive bladder , mixed incontinence , vaginal delivery , operative delivery .

Rozsah: 42 stran a 3 přílohy

OBSAH

ÚVOD.....	7
1 INKONTINENCE MOČI U ŽEN	10
1.1 Definice inkontinence moči.....	10
1.2 Klasifikace močové inkontinence.....	10
1.3 Mechanismus kontinence u ženy.....	12
1.4 Inkontinence moči v těhotenství a po porodu.....	13
2 EPIDEMIOLOGIE	17
2.1 Prevalence inkontinence	17
2.2 Rizikové faktory pro vznik inkontinence.....	19
3 DIAGNOSTIKA INKONTINENCE MOČI.....	22
4 LÉČBA INKONTINENCE MOČI.....	24
4.1 Léčba stresové inkontinence.....	24
4.1.1 Rehabilitace pánevního dna a sfinkteru.....	25
4.1.2 Operační léčba.....	25
4.1.3 Farmakoterapie	26
4.2 Léčba urgentní inkontinence.....	26
4.2.1 Farmakoterapie	27
4.2.2 Elektrostimulace.....	27
4.2.3 Intravesikální aplikace	27
4.2.4 Augmentace	27
4.3 Léčba hyperaktivního močového měchýře - OAB a noční polyurie.....	28
4.4 Léčba inkontinence při diabetu	28
4.5 Léčba inkontinence po porodu.....	28
4.6 Studie.....	28
5 PREVENCE A EDUKACE	33
5.1 Porodní asistentka v gynekologické ambulanci.....	33
ZÁVĚR	37
POUŽITÉ PRAMENY	39
SEZNAM PŘÍLOH.....	42

ÚVOD

Symptom inkontinenci moči je definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči. Z výsledků studií se odhaduje, že 30-50 % žen udává občasný únik moči. Vnímání tohoto faktu a sdělení takové skutečnosti záleží zejména na individuální míře obtěžování pacientky únikem moči a je stoprocentní u každé ženy (Horčíčka, 2008, s. 435).

V ženské populaci patří inkontinence moči mezi nejčastější zdravotní obtíže. Inkontinence moči výrazně ovlivňuje kvalitu života žen po stránce fyzické, psychické i sociální. I přes vysokou prevalenci inkontinence moči v populaci se spousta žen stydí o tomto problému mluvit, řada z nich své zdravotní obtíže skrývá a jen malá část vyhledá odbornou lékařskou pomoc. Vyhledání odborné pomoci, hlavně ve vyšším věku, považují pacientky za nepříjemné. Dle jejich názoru se jedná o nedílnou součást života ženy a tedy i stáří. Únik moči představuje pro ženy velmi intimní a citlivé téma. Únik moči vede k omezení či narušení vyprazdňování, narušení spánku i odpočinku a často i narušení sexuálního života. Takto postižené ženy se izolují od rodiny, přátel i svých koníčků. Dochází u nich ke snížení sebedůvěry, objevují se pocity obavy i osobního selhání. Ženy se o této problematice velmi nerady baví, bohužel i přes velmi vysokou prevalenci v populaci. V případě, kdy močová inkontinenci zasahuje do běžných denních aktivit, je na čase vyhledat odbornou pomoc.

Porodní asistentka hraje významnou roli v řešení tohoto problému. Je nezbytné, aby byla seznámena s problematikou a mohla tak pomoci v jejím řešení. Ženě může pomoci v řešení úniku, dostatečně ji edukovat a informovat a to v prevenci, diagnostice i léčbě. Tato bakalářská práce je shrnutím problematiky inkontinenci moči a nabízí přehled informací z dostupných zdrojů i studií.

Toto téma jsem si vybrala díky stále vzrůstající aktuálnosti ve všech vývojových obdobích ženy. Při své práci na porodním sále, oddělní šestinedělí, gynekologickém oddělení a gynekologické ambulanci se jako porodní asistentka setkávám docela často s otázkou úniku moči u žen a chci přispět ke zvýšení informovanosti a změně postoje k úniku moči u žen u laické i odborné veřejnosti.

Zkoumaný problém

Hlavní otázkou bakalářské práce je: „Jaké poznatky a studie byly dosud publikovány o inkontinenci moči u žen?“

Cíle

Sumarizace nejnovějších poznatků o příčinách a důsledcích inkontinence moči u žen.

Sumarizace poznatků o prevenci inkontinence moči u žen.

Sumarizace poznatků o léčbě inkontinence moči u žen.

Sumarizace poznatků o roli porodní asistentky v prevenci a léčbě inkontinence moči.

Vstupní literatura

CITTERBART, Karel et al., 2001. Gynekologie. 1. vyd. Praha : Galén. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.

ČERMÁK, Aleš a PACÍK Dalibor, 2006. Inkontinence moč. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Triton. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL, a kolektiv, 2014. Porodnictví. 3. vyd. Praha : Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HORČIČKA, L., 2008. Inkontinence moči, Moderní gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha : Levret. 435 – 439 s. ISSN 1211-1058.

KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL, 2008. Repetitorium Gynekologie. 2. vyd. Praha : Maxdorf. 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

MACEK, P., 2012. Urologická problematika v těhotenství, Moderní gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha : Levret. 305 -314 s. ISBN 978-80-87070-67-3

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv, 2011. Moderní gynekologie. 1. vyd. Praha : Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2

ZMRHAL, J., 2007. Urogynekologie, Moderní gynekologie a porodnictví. 1. vyd. Praha: Levret. 201 – 205 s. ISBN 80-903721-1-2.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Klíčová slova v ČJ: Inkontinence moči, stresová inkontinence, urgentní inkontinence, hyperaktivní močový měchýř, smíšená inkontinence, vaginální porod, operativní porod.

Klíčová slova v AJ: Urinary incontinence , stress incontinence , urgent incontinence , overactive bladder , mixed incontinence , vaginal delivery , operative delivery

Jazyk: český jazyk, anglický jazyk, slovenský, polský

Období : 2004 - 2015

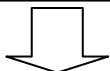


Databáze

- CINAHL, MEDLINE, MEDVICK, THESES , EBSCO, GOOGLE, GOOGLE SCHOLAR
 - periodika
 - katalogy VKOL (<http://KAT.VKOL.CZ>), Databáze Národní lékařské knihovny
- Web of Knowledge

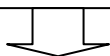


Nalezeno článků 356 článků



Vyřazující kritéria

Duplicitní články, opakující se informace, nevhodnost obsahu článků ke splnění vytyčených cílů



Sumarizace využitých databází, dokumentů, periodik

MEDVICK – 82 článků	CINAHL – 31 článků
MEDLINE – 14 článků	THESES – 6 článků



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 17 článků z internetových zdrojů, 2 z periodik, 5 z knih

1 INKONTINENCE MOČI U ŽEN

1.1 DEFINICE INKONTINENCE MOČI

Mezinárodní společnost pro kontinenci (International Continence Society, ICS) ustanovila definici inkontinence. „Inkontinence moči je jakýkoli stav, při kterém dochází k neúmyslnému úniku moči.“ (Kolařík et al., 2011, s. 585).

Autoři níže popsané práce uvádějí, že přitom nejde jen o onemocnění / lékařskou diagnózu, ale o symptom spočívající v poruše souhry dolní části močového ústrojí. Většinou jde o stav, který je hygienickým i sociálním problémem a je objektivně prokazatelným. Inkontinence moči sice zpravidla neohrožují život, ale i přesto je zdrojem značného fyzického i psychického traumatu. Významný je socioekonomický dopad této problematiky. Postižené ženy jsou sociálně znevýhodněny a náklady na prevenci, léčbu a péči tvoří nezanedbatelnou finanční částku ve zdravotnictví. Navzdory intenzivnímu výzkumu anatomie a funkce orgánů malé pánve neexistuje jasné teoretické vysvětlení mechanismu kontinence. Příčinou je velká proměnlivost a malá přístupnost oblasti k podrobnému vyšetření (Kolařík et al., 2011, s. 585).

Dle autora Roztočila nepředstavuje inkontinence moči chorobu v pravém slova smyslu, jedná se o symptom nejrůznějších patologických stavů, které mají zásadní vliv na kvalitu života postižených pacientů (Roztočil, 2011, s. 286).

1.2 KLASIFIKACE MOČOVÉ INKONTINENCE

Z publikace Moderní Gynekologie můžeme inkontinenci moči rozdělit do dvou základních skupin. Jedná se o inkontinenci uretrální, kdy unikající moč prochází močovou trubicí. Tato skupina je početnější. Vzácnější skupinou je inkontinenci extrauretrální, kdy moč uniká jinou než přirozenou cestou dolního močového traktu. Vyskytuje se po provedené operaci v malé pánvi nebo na vnitřních pohlavních orgánech ženy - děloha, vaječníky. Vzácně i po protražovaném vaginálním porodu. Vzniklá píštěl spojuje močový měchýř s pochvou a moč nekontrolovatelně odchází. Píštěl se může objevit i mezi močovodem a pochvou. Vzácnou formou extrauretrální inkontinence je vrozená vada ektopického vyústění ureteru.

V rámci sledování žen s poruchou inkontinence moči používáme následující rozčlenění:

- Inkontinence stresová
- Inkontinence urgentní (hyperaktivní močový měchýř)
- Inkontinence smíšeného typu

Inkontinence neurogení a paradoxní jsou další dvě jednotky, které se však v ambulanci urogynekologa vyskytují vzácně, obvykle bývají řešeny urologem (Roztočil, 2011, s. 286).

Klasifikace inkontinence dle ICS

V práci autora Adamíka je uvedeno následovní rozdělení inkontinence moči :

- Extrauretrální
 - vrozená
 - píštěle
- Uretrální
 - urgentní inkontinence
 - reflexní inkontinence
 - overflow (přepadová) inkontinence
 - stresová (pravá neboli genuinní)

Z důvodu správné volby léčby je nezbytné přesné určení typu inkontinence a vyloučení extrauretrálního úniku moči.

Urgentní inkontinenci popisujeme jako mimovolní únik moči spojený se silným nucením k močení. Je součástí syndromu hyperaktivního močového měchýře - OAB, overactive bladder. Většinou se projevuje jako nucení na močení s únikem moči.

Reflexní inkontinence je zvýšená spinální aktivita mikčního reflexu.

Overflow, nebo-li přepadová inkontinence je retence na základě obstrukce uretry, kdy moč odtéká mimovolně z přeplněného močového měchýře. Může se jednat i o pooperační obstrukci.

Stresová inkontinence je popisována jako mimovolní únik moči, kdy intravesikální tlak převyší intrauretrální bez přítomné kontrakce močového měchýře, ke kterému dochází při zakašlání, kýchnutí nebo pohybové aktivitě. Problémem je inkompetence uretry, na kterém se podílí hypermobilita uretry a nedostatečnost sfinkteru uretry. Při vyšetření je pro praktického lékaře důležitá noční polyurie a diabetes v anamnéze.

Noční polyurie je stav, kdy objem moči vyprodukované v noci překračuje 20–33 % ve 24 hodinové produkci moči. Většinou se jedná o nejčastější příčinu nykturie.

Diabetes mellitus v souvislosti s inkontinencí moči ovlivňuje činnost dolních cest močových ve třech rovinách. A to dysfunkcí detrusoru, zvýšenému výskytu infekcí dolních močových cest, cerebrální vaskulopatie s mikroinfarkty a zvýšenou mikční frekvencí (Adamík, 2012, s. 474).

Feyereisl ve svém článku uvádí, že inkontinence moči je symptom, který hluboce zasahuje do osobního a profesního života ženy. Občasnou inkontinencí moči trpí asi 60 % žen, z nichž jen polovina vyhledá odbornou lékařskou pomoc. Inkontinenci moči rozdělujeme na inkontinenci stresovou vyskytující se v 80 %, kdy k úniku moči dochází při změně nitrobřišního tlaku, na inkontinenci urgentní v 10 %, kdy únik moči nastává po nucení bez vztahu ke změnám nitrobřišního tlaku a na inkontinenci smíšenou v 15 % se vyskytující, kde jsou vyjádřeny oba typy inkontinence v různém poměru. Zbylé vzácné typy inkontinence moči – neurogenní, paradoxní a extrauretrální tvoří jen 5 % (Feyereisl, 2003).

1.3 MECHANISMUS KONTINENCE U ŽENY

Adamík uvádí, že inkontinence moči má více etiologických faktorů. Definice inkontinence v podstatě znamená poruchu mechanismů zajišťujících kontinenci. Při kontinenci je důležitý fyzikální a neurologický mechanismus. Při fyzikálním mechanismu je uložení močové trubice a hrdla močového měchýře ve vztahu ke strukturám pánevního dna takové, že zajišťuje vyšší tlaky v močové trubici než v močovém měchýři. Při defektu dojde ke změně uložení pánevního dna a může nastat převýšení intravesikálního tlaku nad uretrálním a moč uniká tlakovým spádem. Vlivem neurologických mechanismů dochází ke koordinaci funkce močového měchýře a sfinkteru močové trubice. Močový měchýř je rezervoárem a sfinkter uretry zajišťuje dostatečný tlak k jejímu uzávěru. Pro normální mikci je nezbytná vzájemná koordinace. Oba tyto mechanismy se navzájem kombinují a jejich poruchy vedou ke vzniku inkontinence. Ta má pak řadu příčin. Inkontinenci moči proto zařazujeme do společenské problematiky označované jako symptomy dolních cest močových – LUTS (Lower urinary tract symptoms). Zahrnují problematiku zadržování moči - funkce rezervoáru a problematiku mikce - funkci vyprazdňování (Adamík, 2012, s. 474).

1.4 INKONTINENCE MOČI V TĚHOTENSTVÍ A PO PORODU

Autor níže uvedeného článku popisuje, že výskyt inkontinence moči se nepřetržitě zvyšuje s věkem. Toto tvrzení se ovšem netýká těhotenství a časného poporodního období. V posledních letech je často kladena otázka vztahu vaginálního porodu a močové inkontinence. Touto problematikou se zabývá řada studií. Projevují se změny makroskopické i mikroskopické nastávající v průběhu porodu, které vyvolávají příčinu rozvoje inkontinence moči a sestupu pánevních orgánů – hovoří se o avulzi musculus levator ani, o mikrotraumatu ve složce svalové, faciální i nervové. Díky multifaktoriálním vlivům v těhotenství je i tento stav predisponujícím faktorem vzniku inkontinenci moči. Jedná se o vliv anatomických změn, rostoucí dělohy a tlaku naléhající hlavičky plodu. Dále se podílejí i hormonální změny v těhotenství. Výskyt inkontinence moči u nullipar do 35 let věku je 3 - 8 %, u prvorodiček 23 - 70 % v průběhu těhotenství. V některých studiích byly popsány rizikové faktory pro výskyt inkontinence v graviditě - rasa, věk ženy, obezita nebo kouření. Největší výskyt inkontinence moči je v období kolem porodu a časném poporodním období. K prudkému poklesu dochází u většiny rodiček v období šestinedělí a následném období. K normálnímu stavu před těhotenstvím se vrací většina žen, ale některé změny vyskytující se v průběhu těhotenství a při porodu zůstávají neodhaleny a mohou se projevit ve vyšším věku inkontinencí moči nebo jinými poruchami statiky pánevního dna. I přes jasný vliv vaginálního porodu není vyloučeno, že žena rodící císařským řezem nemůže být postižena inkontinencí moči. Dokonce i žena, která nebyla nikdy těhotná může trpět inkontinencí. Výskyt příznaků stresové inkontinence je však výrazně nižší u žen, které rodily primárním císařským řezem, oproti ženám, které podstoupily klasický vaginální porod (Šottner, 2009).

Dle výzkumného šetření autora Horčičky se ukazuje, že zejména první těhotenství, porod a jeho vedení mají výrazný vliv na vznik močové inkontinence. Je tedy pochopitelné, že do péče o těhotné ženy, zejména prvorodičky, by měla být zařazena péče o pánevní dno a to včetně dostatečné informace o možnosti vzniku močové inkontinence. Urogynekologická ambulance MUDr. Horčičky ve spolupráci s těhotenskou poradnou aktivně vyhledává rizikové pacientky a postupně vytváří schéma péče o pánevní dno u těhotných žen.

Péče spočívá ve třech spolu souvisejících krocích:

- 1) Aktivní vyhledávání rizikových těhotných žen, včetně žen již trpících močovou inkontinencí – v začátku těhotenství, nejlépe v I.trimestru, používá se aktivní dotazování, odběr anamnézy a speciální dotazník.

- 2) Aktivní starost – péče soustředěná na ženy rizikové a prvorodičky – ve II., II. trimestru a v šestinedělí.
- 3) Aktivní léčba- péče soustředěná na ženy inkontinentní, prováděná ve II., III. Trimestru a dále po porodu podle potíží.

Dotazníkové šetření (Příloha A). Těhotné ženy jsou sledovány ve všech třech trimestrech aktivním dotazováním na symptomy inkontinence i pasivním sledováním pomocí dalšího, velmi jednoduchého dotazníku. Dotazník velmi jednoduše umožňuje sledovat ženy v průběhu celého těhotenství a pomáhá nalézt rizikové ženy ohrožené močovou inkontinencí. První projevy potíží stresového charakteru jsou pozorovány po 20. týdnu těhotenství, kdy začíná těhotná žena více přibírat na váze. V tomto období většina žen více omezuje pohybovou aktivitu. V prenatální poradně je důležitým úkolem sestry informovat pacientky o možnostech cvičení pánevního dna. Dostupné jsou různé tiskové materiály – brožury, plakáty, vydávané např. IncoForem, případně jiný obrazový materiál DVD. Těhotné ženy, jimž byla prokázána močová inkontinence pomocí dotazníkového šetření jsou edukovány fyzioterapeuty zabývajícími se touto problematikou. Pacientku není možno zcela zbavit potíží, pokud se inkontinence již projevila. S jistotou lze ovšem tvrdit, že projevy inkontinence se při intenzivním cvičení zmírní a ženy, které umějí ovládat pánevní dno, zvládají lépe průběh porodu, zejména druhou dobu porodní. Dle šetření v ambulanci se tento problém týkal 24 % žen. Po porodu jsou ženy sledovány po dobu 6 - 12 měsíců. Sledovány zůstávají po porodu 4 % dále inkontinentních žen a těm se věnuje tým urogynekologické poradny. Závěrem této studie bylo zjištěno, že nejdůležitějším rizikovým faktorem pro poporodní močovou inkontinenci je první vaginální porod, prodloužená II. doba porodní, klešťový porod a porodní poranění. Cvičení pánevního dna v těhotenství může zmírnit nebo zcela omezit močovou inkontinenci stresového charakteru v těhotenství (Horčíčka, 2009).

Dle vyjádření autora může 20 % porodů proběhnout bez poškození pánevního dna. Tato otázka je často velmi diskutovaným tématem mezi porodníky, gynekology a urogynekology. Také kladou často otázku, zda vést porody vaginálně nebo císařským řezem. Výskyt císařských řezů před 20 lety byl 4,5 % a dnes přes 20 %. Ze strany inkontinence je jedním z nejrizikovějších faktorů její vznik v průběhu prvního těhotenství a porodu. Zde vyvstává otázka zda neselektovat rizikové ženy před otěhotněním a následně se s nimi domluvit na volbě porodu císařským řezem vzhledem k vyšší pravděpodobnosti výskytu inkontinence. Po porodu probíhá léčba u žen stejně jako u jiných pacientek trpících inkontinencí moči. První volbou je léčba konzervativní – cvičení pánevního dna a pokud je léčba neúčinná přistupujeme k operačnímu řešení. Tento způsob léčby bývá ženami pozitivně

akceptován, neboť jim potíže spojené s inkontinencí velmi vadí a chtějí problém řešit. Fyzioterapeutická úspěšnost léčby bývá kolem 50 – 70 %. Lepších výsledků dosahují mladší a motivované ženy, protože vnímají inkontinenci jako velký zdravotní handicap. Účinnou prevencí a to i v průběhu těhotenství může být cvičení pánevního dna a vyvarování se zvedání těžkých břemen (Horčíčka, 2014, s.21-22).

Autoři popisují, že nejčastěji se setkáváme se stresovým typem inkontinencí, která se v průběhu gravidity vyskytuje u 30 – 60 % těhotných žen. U primigravid po 34. týdnu těhotenství se uvádí asi 40 % inkontinentních žen a stejný počet žen trpí tímto problémem i v šestinedělí. Po třech měsících po porodu klesá množství inkontinentních přibližně na 15 %. Změny pozice a mobility uretry a dále pak defekt vnitřního sfinkteru jsou v průběhu gravidity způsobeny hlavně hormonálními změnami, kdy dochází ke snížení tonu hladké svaloviny a změnách anatomického umístění dolních močových cest v důsledku zvětšující se dělohy. Nastává pokles množství kolagenních vláken a zvýšení intracelulárního i extracelulárního množství tekutiny, což vede k remodelaci pojivové tkáně. Po porodu přispívají k rozvoji inkontinence moči ještě změny hormonální, ale hlavně poruchy anatomické a poruchy inervace svalů pánevního dna. Mezi anatomické poruchy svalů pánevního dna patří poškození v důsledku napětí svalových snopců, ischemie či odtržení úponu musculus puborectalis od dorzální části os pubis, jedná se o avulzní poranění. Anatomické změny vedou ke ztrátě tonu a zvýšení nároku na vazivový aparát, což může vést k poklesu poševních stěn a dělohy. Poranění endopelvicke fascie nebo její odtržení se označuje jako paravaginální defekt a může být příčinou hypermobility hrdla močového měchýře. A tím i vzniku rozvoje inkontinence moči nebo sestupu pánevních orgánů. Poškození nervu pudendu v průběhu porodu vlivem trakce a komprese vede k poruše inervace svalů pánevního dna. Pokud se jedná o přechodné poškození, nastává úprava asi za šest měsíců (Hájek et al, 2014, s. 8, 9).

Cílem brazilské studie ze Sao Paula bylo posoudit výskyt stresové inkontinence moči, urgentní inkontinence moči a smíšené inkontinence u žen a vztahem mezi typem inkontinence a porodnickou anamnézou těchto žen. Byla provedena průřezová komunitní studie. Bylo dotázáno 332 žen, které prošly z jakéhokoliv důvodu primární zdravotní péčí ve městě Jundai (Sao Paulo-Brazílie) od června 2005 do dubna 2006. Do dotazníku byly použity podklady k otázkám z norské studie EPINCONT provedené v letech 1995-1997. Vyhodnocením bylo zjištěno, že na močovou inkontinenci si stěžuje 23, 5 % respondentek a z toho 50 % trpí stresovou inkontinencí moči, 35 % smíšenou a 15 % urgentní inkontinencí moči. Respondentky ve věku 35 - 64 let, BMI nad 30 nebo větší s prodělaným vaginálním porodem nebo císařským řezem bez ohledu na přítomnost děložních kontrakcí mělo spíše

stresovou inkontinenci moči. Naopak pacientky ve věkové kategorii 55 let a více, BMI 30 a více s 3 a více těhotenstvími, které rodily pouze vaginálně trpělo spíše smíšenou inkontinenci moči (Borgis et.al, 2010, s. 192 - 196).

2 EPIDEMIOLOGIE

2.1 PREVALENCE INKONTINENCE

Autor Kolařík popisuje ve svém článku souhrn studií. Je-li pro průzkum výskytu inkontinence moči použito kritérium – jakýkoliv únik, kdykoliv v životě, udávají různé studie rozpětí prevalence 5 – 69 %, většinou však 25 – 45 % žen starších 15 let. Je to tedy každá druhá žena, včetně mladých, která udává obtíže s udržení moči někdy během svého života. Naproti tomu pouze 6 – 10 % žen udává „závažnou“ inkontinenci, která se vážně prolíná s jejich životem. S přibývajícím věkem se výskyt inkontinence velmi výrazně zvyšuje. U těhotných žen je výskyt úniku moči mezi 32 – 64 % a to převážně stresového typu, častější výskyt je u vícerodiček. U černošek, asiatických a hispánek bývá výskyt inkontinence nižší. Přibližně 40 – 50 % obtíží s inkontinencí moči představují případy stresové inkontinence, ve 30 - 40 % je zároveň přítomna stresová i urgentní inkontinence, 20 % tvoří čistá urgentní inkontinence. Výskyt jednotlivých typů inkontinence se mění s přibývajícím věkem ženy, kdy ve vyšším věku se snižuje podíl stresové inkontinence a narůstá výskyt urgentního a smíšeného typu (Kolařík et al., 2011, s. 585-586).

Dle práce Hannestada a Hunskaara udává symptomy inkontinence moči jedna žena ze čtyř a hlavní roli hraje věk. Ve věkové skupině žen mezi 15. a 64. rokem se výskyt inkontinence pohybuje mezi 10 až 25 %. Ve věku 30 - 59 let trpí občasným únikem moči 26 % žen a 14 % žen uvádí tento příznak jako závažný zdravotní problém. Výskyt inkontinence u žen starších 60 let je 17 - 46 %. U mladších žen je častější stresový typ inkontinence, s věkem se zvyšuje výskyt hyperaktivního močového měchýře a smíšené formy inkontinence (Roztočil, 2011, s.287).

Ve 40 – 50 % všech obtíží s inkontinencí moči se jedná o stresovou inkontinenci, ve 30 – 40 % je zároveň přítomna stresová i urgentní inkontinence, 20% tvoří čistá urgentní inkontinence. S přibývajícím věkem ženy se snižuje podíl stresové inkontinence a narůstá výskyt urgentního a smíšeného typu (Kolařík et al., 2011, s. 586).

V letech 2003 a 2009 provedla Česká společnost podpory zdraví v rámci svého projektu Inco Forum dvě reprezentativní šetření zaměřená na zjištění výskytu inkontinence moči u obyvatel starších patnácti let. Výzkum realizovaný v roce 2003 u 2400 respondentů byl proveden s využitím kazatelské sítě agentur STEM a STEM/MA. Další výzkumné šetření v roce 2009 u 2000 respondentů bylo provedeno s využitím agentury DEMA. Výsledky

dotazníkového šetření byly do značné míry identické. Z výsledků dotazníků vyplývá, že po šesti letech přiznává nekontrolovaný únik moči podstatně více dotázaných. Denní únik moči z 3% na 6% frekvenci, únik moči týdně z 5% na 11% frekvenci, únik moči měsíčně z 8% na 11% frekvenci. U úniku moči s denní a týdenní frekvencí došlo ke zdvojnásobení výskytu. Únik moči je bezpochybně silně podmíněn věkem a také pohlavím. Zatímco u žen s věkem kontinence poměrně rychle klesá, u mužů je pokles pozvolný. K výraznému nárůstu denního a týdenního úniku moči u žen dochází zejména ke konci fertilního období kolem 40. roku života. Zvláště patrný je rozdíl ve věkové skupině 15 - 44 let, kdy u žen je výskyt čtyřnásobný oproti mužům. Denní únik měl u žen frekvenci 6 % a u mužů 1 %, týdenní únik frekvenci 15% u žen a 3% u mužů, měsíční únik 22 % ženy a 7 % muži, celkem tedy poměr frekvencí úniku moči 43 % ženy oproti 77 % muži. Ve výzkumu v roce 2009 proběhl i výzkum tzv. hyperaktivního měchýře, který je definován jako potřeba močit více než osmkrát v průběhu dne a více než jedenkrát v noci. Z šetření bylo zjištěno, že hyperaktivním močovým měchýřem trpí 11% obyvatel starších 15 let. Nekontrolovaný únik moči je s odstupem šesti let vnímán coby zatěžující okolnost mnohem častěji, kdy určitě ano odpovědělo v roce 2003 41 % respondentů a v roce 2009 již 62 %. Naproti tomu oddalují respondenti první návštěvu lékaře s problémem úniku moči a méně často lékaře navštěvují. Počet osob, které s problémem úniku moči nenavštívily lékaře, se v průběhu šesti let více než zdvojnásobil. Nejčastějším řešením úniku moči je omezení přísunu tekutin. Toto řešení převažuje zejména u mužů v 51 %, u žen to je používání menstruačních vložek u 44 % dotázaných. Čtvrtina respondentů přiznávajících problém vidí řešení ve cvičení v kombinaci s dietním omezením. V průběhu šesti let došlo k nárůstu případů častého úniku moči. Jednou z příčin mohou být rostoucí životní nároky a rostoucí výskyt obezity. Druhým vysvětlením je detabuizace a neochota přiznat velmi delikátní problém, kterým únik moči je. Vystává zde rozpor mezi rostoucím vnímáním inkontinence jako nepříjemné obtíže a klesající ochotou navštívit lékaře. Vysvětlením je rostoucí informovanost a snaha zvládnout problém vlastními silami. Zde ovšem často volená řešení redukce příjmu tekutin a používání menstruačních vložek mohou problém spíše zhoršit (Kučera, 2010, s.42).

2.2 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK INKONTINENCE

Hlavní rizikové faktory s prokázaným vztahem ke vzniku inkontinence uvedené v práci Kolaříka:

- Věk – s věkem narůstá výskyt inkontinence i její závažnost
- Parita – riziko vzniku inkontinence u multiparity je 2 – 4 ve srovnání s nulliparou, podle některých studií se riziko zvyšuje s počtem porodů, porod císařským řezem zvyšuje riziko minimálně nebo vůbec ne, některé studie zjistily vliv hmotnosti plodu nad 4000 g
- Obezita – střední obezita (BMI – 30 až 35) zvyšuje riziko asi 1,7x, výraznější obezita (BMI > 35) asi 2,5x, obezita také snižuje úspěšnost antiinkontinenčních operací

K dalším rizikovým faktorům patří recidivující infekce močových cest, omezení pohyblivosti (vozíčkáři, upoutání na lůžko), kognitivní poruchy, gynekologické operace, kouření cigaret, rodinná anamnéza močové inkontinence (Kolařík et al., 2011, s.586-587).

Nejsme schopni určit jedinou a zásadní příčinu, proč k poruchám udržení moči dochází uvádí Roztočil, proto hovoříme o multifaktoriálních příčinách vzniku močové inkontinence u žen.

- Jednoznačný rizikový faktor úniku moči je pohlaví. U žen se vyskytuje inkontinence třikrát častěji než u mužů. Rozdíl se v pozdním věku ztrácí.
- Dalším významným rizikovým faktorem je věk. V mladším věku se více vyskytuje inkontinence stresové, zatímco příznaky hyperaktivního močového měchýře jsou častější u žen ve vyšším věku.
- Jedním z dalších významných rizikových faktorů inkontinence je vaginální porod a parita. Vlastní mechanismus, jak se vaginální porod spolupodílí na vzniku inkontinence, není zcela znám. Nejspíše se jedná o spoluúčast přímého poškození svalů a fascie pánevního dna a poškození nervů s následnou poruchou svalstva pánevního dna v důsledku denervace. Nejasný je i vliv samotného těhotenství.
- Dalším faktorem je kvalita pojivového aparátu.
- Výrazná obezita zvyšuje riziko rozvoje inkontinence 2,5 krát.
- Kouření patří k rizikovým faktorům vzniku stresové a smíšené inkontinence.
- Další rizikové faktory jsou rovněž recidivující infekce močových cest, omezená fyzická aktivita a gynekologické operace (Roztočil, 2011, s. 289).

Ve své práci „ Močová inkontinence : problémem moderní ženy“ se polští autoři zabývají studií závažnosti rizikových faktorů a symptomů inkontinence moči. Inkontinenci moči považují za sociální onemocnění vzhledem k závažnosti jejich důsledků ve snížení kvality života. Studie probíhala formou dotazníkového šetření, kdy ženy byly rozděleny do čtyř kategorií podle věku a to 41-50 let, 51-60 let, 61-70 let a 71 a více let. Studie se zúčastnilo 162 žen Slezské aglomerace. Kritéria pro zařazení do studie byla: žena ve věku 41 a více let, ekonomicky a sociálně aktivní, má rodinu a cestuje, v minulosti alespoň jednou těhotná. V dotazníku bylo 47 otázek týkajících se množství vypité kávy a čaje, porodnické minulosti, četnosti a druhu sportu, hormonální terapii, gynekologické léčbě, výskytu epizod inkontinence, frekvence močení, a okolnosti úniku moči, výskytu inkontinence v rodině a výskytu zácpy. Rizikové faktory spojené s životním stylem, jako je zvýšené množství pití kávy, kouření cigaret, přítomnost zácpy se vyskytovaly ve věkových kategoriích se střední závažností. Výskyt symptomů stresové inkontinence se objevil v každé věkové kategorii, nicméně nejčastější byly její příznaky ve věkové kategorii 71 a více let. Ve třetí věkové kategorii 61 - 70 let se vyskytlo vyšší množství obézních žen, ovšem nebyla prokázána korelace mezi obezitou a výskytem symptomů inkontinence moči. Nejvyšší výskyt rizikových faktorů a symptomů inkontinence moči byl nejvyšší u nejstarší věkové kategorie ve srovnání s mladšími účastníky studie. Výzkum potvrdil souvislost mezi věkem a hormonálními změnami u žen v souvislosti s výskytem symptomů močové inkontinence. Hlavními rizikovými faktory jsou věk, hormonální faktory, infekce močových cest, obezita, těhotenství, porod, diabetes, vaginální operace i genetické faktory (Chmielewska, 2013, s.378-384).

Zajímavá je studie autorů ve státě Washington o „Ženském vnímání etiologie močové inkontinence“. Cílem jejich práce bylo důsledně posoudit co ženy vnímají jako etiologii jejich močové inkontinence, prozkoumat prevalenci, rizikové faktory a přesvědčení žen o inkontinenci moči. Dotazník, který měl 15 stran byl poslán náhodnému vzorku 6000 žen. Ženám ve věku 30 – 90 let bylo podáno dotazníkové šetření, kde jim byla položena otázka: „Proč si myslí, že trpí únikem moči?“. V šetření bylo 23 kategorií otázek rozdělených do pěti skupin. V průzkumu byly dále otázky na symptomy inkontinence, dřívější a současná léčba. Ze 1458 žen s projevy inkontinence moči, které dokončily dotazníkové šetření odpovědělo tou samou otázkou, 1192 z nich, což bylo 82 % zúčastněných. Z další analýzy dotazníku vyplynulo, že 31 % žen vidí příčinu úniku moči ve svalech pánevního dna a močovém měchýři, 18 % respondentek uvedlo těhotenství a porodu, 12 % námahový spouštěč – namáhavá práce a 10 % žen čeká příliš dlouho s vyprázdněním močového měchýře. Ženy byly v rámci analýzy dotazníku rozděleny do tří skupin podle věku 30 - 44 let, 45 - 59 let, 60 -

90 let. Názor na souvislost pánevního dna a močového měchýře byla ve všech věkových kategoriích srovnatelné, ale atributy osobního a životního stylu byly v šetřených věkových kategoriích odlišné. Ve vyšších věkových kategoriích převládá přesvědčení, že na únik moči mají vliv neovlivnitelné faktory – věk, zdravotní stav. Ve věkové skupině 30 - 44 let je toto přesvědčení u 10 % respondentek a až 30 % ve věkové skupině 60 - 90 let. Nedostatek znalostí o tom co způsobuje únik moči se také zvyšuje se zvyšujícím se věkem a to z 8 % u nejmladší věkové skupiny po 17 % u nejstarší. V kontrastu s tím je přesvědčení, že tento problém je součástí životních změn např. těhotenství, porod a hormonální změny se s věkem výrazně snižuje ze 43 % v nejmladší věkové skupině na 6 % v nejstarší. Pochopení ženského vnímání příčin úniku moči může být významné pro pochopení žen, jejich chování a studu. Lékaři a porodní asistentky tak mohou zlepšit vyhledávání rizikových pacientek, komunikaci, edukaci a léčbu inkontinentních žen (Melville et al, 2008, s.1093-1098).

3 DIAGNOSTIKA INKONTINENCE MOČI

Adamík ve svém článku popisuje základní metody diagnostiky inkontinence moči. Základem jsou základní vyšetřovací metody v ambulanci praktického lékaře, urogynekologa nebo gynekologa, které specifikují druh inkontinence moči a tím zahájí její léčbu. Základním je podrobný sběr anamnestických údajů. Při získávání informací je nezbytná trpělivost a dobrá analýza získaných informací. Kvalitní diagnostika je základem pro dobře zvolenou a úspěšnou léčbu, případně pro další vyšetřovací metody. Nezbytnou součástí sběru dat je gynekologická prohlídka s podrobným uložením a stavem pánevních orgánů. Při vyšetření se posuzují defekty pánevního dna a vaginální kompartmenty a uložení a pohyblivost uretry. Základem laboratorního vyšetření moči je vyšetření močového sedimentu a při nálezů pak i bakteriologické vyšetření moči, protože na základě výsledků případně léčíme infekce dolního močového traktu. Ve specializovaných urogynekologických nebo urologických ambulancích se provádí vyšetření rozšířených vyšetřovacích metod, které umožňují detailní posouzení stavu dolních cest močových a jsou důležité pro další léčebný algoritmus. Další používanou zobrazovací metodou je ultrazvukové vyšetření, které postupně vytlačilo RTG vyšetření. Pomocí ultrazvukového vyšetření posuzujeme:

- močový měchýř – hodnotí se množství reziduální moči po mikci a tloušťka stěny močového měchýře
- uretrovesikální junkce – posuzujeme mobilitu uretry a její vztah k močovému měchýři a pánevnímu dnu
- vesikalizace (funneling) – otevírání vnitřního ústí
- paravaginální defekt – posuzujeme poruchu endopelvicke fascie a případný typ cystokély
- tloušťka levátorů
- sfinkter uretry – posuzujeme stav změřením jeho plochy a pomocí dopplerovského zobrazení i prokrvení.

Prostřednictvím dotazníkového šetření dochází k upřesnění typu inkontinence a k odhalení převládajících obtíží. Je používán Gaudenzův dotazník. Další dotazníková šetření hodnotí úspěšnost stanovené léčby. Prostřednictvím mikčních karet sledujeme příjem tekutin a výdej moči během dna, dále epizody úniku a urgentních stavů. Díky měření rezidua po mikci detekujeme postmikční reziduum, které je důležité pro hodnocení činnosti močového měchýře nebo obstrukce v oblasti uretry. Dále umožňuje kalibraci uretry při podezření na

obstrukci. Pomocná metoda – pad-weighing test (PWT) posuzuje uniklou moč za časovou jednotku formou měření nárůstu hmotnosti inkontinentních vložek.

Při urodynamickém vyšetření hodnotíme tři základní mechanismy - tlaky v močovém měchýři a uretře, průtok moči uretrou a elektrické svalové potenciály. Při plnicí cystometrii sledujeme změny tlaku v závislosti na zvyšujícím se objemu močového měchýře. Prostřednictvím transuretrálního katetru plníme močový měchýř. Během plnění je zaznamenán tlak v močovém měchýři. Při vyšetření hodnotíme abdominální tlak, detruzorový tlak, první nucení na močení, normální nucení na močení, urgence, bolest, maximální cystometrická kapacita, efektivní kapacita močového měchýře, compliance. Sledované parametry popisují chování močového měchýře při určité náplni. Cystometrie je kvalitativní a kvantitativní metoda analýzy detruzoru. Má přínos pro diagnostiku urgentní inkontinence. Profilometrie měří tlak v uretře v klidu a při zvýšení intraabdominálního tlaku pomocí trojcestného katetru. Hodnotíme uzavírací tlak uretry, maximální uretrální tlak, maximální uretrální uzavírací tlak, funkční délka uretry, celková délka uretry. Tyto hodnotící parametry diagnostikují stresovou inkontinenci a insuficienci svěrače uretry. Uroflowmetrie měří rychlost proudu moči při močení na speciální mikční židli. Měříme množství moči za časovou jednotku. Při tomto vyšetření odhalíme případnou obstrukci. EMG je měřením změn elektrických svalových potenciálů. Diagnostikuje detrusorové nestability. Magnetická rezonance zobrazuje struktury pánevního dna a jejich defekty, používá se spíše k vědeckým účelům (Adamík, 2012,s.475).

4 LÉČBA INKONTINENCE MOČI

Vzhledem k multifaktoriálním příčinám vzniku inkontinence moči vyžaduje i léčba komplexní přístup uvádí Adamík. Často se vyskytuje smíšená inkontinence, což je kombinace stresové a urgentní inkontinence. Volíme postupnou léčbu, kdy nejprve řešíme urgenci a poté se zaměříme na léčbu stresové inkontinence. Léčbu inkontinence moči rozdělujeme na konzervativní a operační léčbu.

Konzervativní léčba:

- behaviorální přístupy, kdy se pacientka snaží o nácvik pravidelné mikce v kombinaci s rehabilitací pánevního dna
- rehabilitace pánevního dna
- farmakoterapie
- funkční elektrická stimulace

Operační léčba:

- suburetrální pásy pro řešení stresové inkontinence
- parauretrální agens pro řešení insuficiencí sfinkteru (ISD)
- denervace močového měchýře
- augmentace pro těžké stavy urgencye
- intravesikální aplikace botulotoxinu

Nejlepší metodou volby z praktického hlediska je zaměřit se na léčbu dvou základních typů inkontinence, se kterými se setkáváme v ambulancích nejčastěji – stresová a urgentní (Adamík, 2012, s.475-477).

4.1 LÉČBA STRESOVÉ INKONTINENCE

Stresovou inkontinenci moči léčíme zpravidla rehabilitací pánevního dna a sfinkteru uretry, operační léčbou a farmakoterapií (Adamík, 2012, s.475-477).

Feyereisl popisuje, že prognóza úspěšné konzervativní terapie inkontinence moči u žen je v případě stresové inkontinence 40 %, u urgentní inkontinence moči 70 %. Velmi příznivá je prognóza operační léčby stresové inkontinence moči u žen, které nebyly nikdy

operovány pro stresovou inkontinenci. Více než 83 % žen je kontinentních pět let po operaci stresové inkontinence moči, bohužel u 8,5 % žen se operací stav nezmění. Zbýlých 8,5 % žen udává pooperační zhoršení stresové inkontinence. Nejlepší prognózu má první operace oproti dalším operacím recidivující stresové inkontinence. Z toho důvodu je nezbytná provedená indikace operace a vlastní operační výkon na zkušeném a dobře vybaveném odborném pracovišti (Feyereisl, 2003).

4.1.1 REHABILITACE PÁNEVNÍHO DNA A SFINKTERU

Na podkladě hypermobility uretry dochází k posunu uretry a moč uniká po tlakovém spádu při stresových manévrech u stresové inkontinenci moči. Při rehabilitace je cílem posílit svalové pánevní struktury, aby při stresových manévrech působil protitlak pánevního dna a snížila se pohyblivost uretry. Rehabilitace pánevního dna je zaměřena na svalové skupiny pánevního dna. Moderní komplexní léčba zahrnuje také dýchací pohyby a pohyby bránice, nácvik správného držení těla a působení na korové oblasti. Rehabilitace sfinkteru uretry umožňuje nácvikem stahů sfinkteru jeho posílení při insuficienci a umožňuje zpětnou vazbou na detrusor i zlepšení koordinace činnosti svěrače a detrusoru při dysynergii (Adamík, 2012, s.475-477).

4.1.2 OPERAČNÍ LÉČBA

Používáme metodu vkládání polypropylenové pásky pod střední část uretry bez pevné fixace. Jedná se tedy o suburetrální pásky:

- retropubické zavedení – Výkon provádíme většinou v lokální analgezií, neboť pacientka provádí při výkonu stresové manévry. Při samotném výkonu zavádíme pásku suburetrálně, konce se vyvedou za symfýzu a áska se dotahuje do kontinence při stresových manévrech. Tato metoda je vhodná pro hypermobilní uretru i insuficienci sfinkteru.
- transobturatorní zavedení (TOT) – Tato metoda je vhodná pro stresovou inkontinenci při hypermobilitě uretry, kdy se páska zavádí pod uretru stejně a je vyvedena přes obturatorní fossy na obou stranách.
- transobturatorní one incision (Ajust) – Postup výkonu je stejný jako při transobturatorní zavedení, takže při výkonu procházíme transobturatorně

s vpichem přes fossy, ale samotná páska je kratší a po odstranění vodičů jsou její konce za obturatorní membránou.

- minipásky – jedná se o krátké pásky, které neprocházejí obturatorní membránou a kotví se v oblasti obturatorového svalu.

Při periuretrální agens zavádíme pomocí uretroskopu jehlu s látkou do podslizniční části uretry v oblasti vnitřního sfinkteru. Což umožňuje zvýšení intrauretrálního tlaku a zamezení nechtěnému úniku moči. Mikce je umožněna díky povolení při zvýšení tlaku v souvislosti s mikcí. Pacientky uvádějí zlepšení kvality života v 70 %, ale úplné vyléčení je pouze u 30 % pacientek.

Při závažných operacích laparoskopickou nebo retropunickou cestou usilujeme o zamezení pohybu uretry její fixací nejčastěji na Cooperská ligamenta. Metodu používáme ve vyhrazených případech reoperací vzhledem k její náročnosti a zatížení pacientky (Adamík, 2012, s.475-477).

4.1.3 FARMAKOTERAPIE

Při léčbě stresové inkontinenci používáme:

- estrogény: pro lepší prokrvení uretry a pánevního dna ve vaginální formě
- sympatomimetika (gutron, efedrin): navyšují intrauretrální tlak, ale pro vedlejší účinky mají minimální použití
- tricyklická antidepresiva (imipramin-Melipramin), duloxetine (Cymbalta, Ariclain, Xeristar, Yentreve, Duzela): efekt je u nízkého stupně inkontinence (Adamík, 2012, s.475-477).

4.2 LÉČBA URGENTNÍ INKONTINENCE

K léčbě urgentní inkontinence používáme farmakoterapii, elektrostimulaci, intravesikální aplikaci botulotoxinu, augmentace (Adamík, 2012, s.475-477).

Terapie urgentní inkontinence moči bývá většinou celoživotní popisuje Feyereisl. Vzhledem k nedostatečnému poznání příčin a patofyziologie vzniku a rozvoje urgentní inkontinence moči je terapie převážně symptomatická. Po vysazení medikace se obtíže spojené s urgencí většinou vracejí (Feyereisl, 2003).

4.2.1 FARMAKOTERAPIE

Farmakoterapie je nejúčinnější metodou léčby urgentních příznaků. Je velmi rozšířená a preferována pacientkami. Používáme: parasimpatolytika (propiverin – Mictonorm, oxyfenon – Oxyphenon), betamimetika (isoproterenol – Euspiran, salbutamol – Ventolin), relaxancia (oxybutinin – Ditropan, solifenacin – Vesicare, fesoterodin – Toviaz, tricyklická antidepresiva (dosulepin – Prothiaden, imipramin – Melipramin), blokátory kalciových kanálů (nifedipin - Verapamil), léky ovlivňující draslíkové kanály, inhibitory prostaglandinu.

Při léčbě pomocí farmakoterapie musíme respektovat omezení ve formě vegetativních příznaků suchosti v ústech a zvýšené péče u pacientek s glaukomem a arytmií (Adamík, 2012, s.475-477).

4.2.2 ELEKTROSTIMULACE

Používá se spíše u smíšené inkontinence s frekvencí proudu kolem 20Hz (Adamík, 2012, s.475-477).

4.2.3 INTRAVESIKÁLNÍ APLIKACE

Do stěny močového měchýře aplikujeme pomocí cystoskopu botulotoxin a to u těžkých forem urgencye. V České republice se tato metody používá jen na některých (Adamík, 2012, s.475-477).

4.2.4 AUGMENTACE

Používá se při selhání všech ostatních metod. Při této operační metodě léčby provedeme rozšíření močového měchýře, při jeho minimální kapacitě s výraznými příznaky (Adamík, 2012, s.475-477).

4.3 LÉČBA HYPERAKTIVNÍHO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE - OAB A NOČNÍ POLYURIE

Přes 60 % žen s hyperaktivním močovým měchýřem a nykturií trpí noční polyurií, proto klasická léčba hyperaktivity neřeší polyurii. K doplnění klasické farmakoterapie používáme desmopresin – Minirin. Jedná se o antidiuretikum, které snižuje počet mikcí v noci na základě reabsorbce vody ve sběrných kanálcích a snížení výdeje moči (Adamík, 2012, s.475-477).

4.4 LÉČBA INKONTINENCE PŘI DIABETU

Při léčbě diabetiků s inkontinencí moči je primární spolupráce s diabetologem, kdy je hlavním cílem kompenzace diabetu. Léčba je zaměřena na převládající symptomatologii, ovšem léčba diabetické neuropatie je složitá. Zaměřujeme se na ovlivnění aktivita dolních cest močových. Při operační léčbě bývá obtížnější hojení a vyšší výskyt infekcí dolních močových cest (Adamík, 2012, s.475-477).

4.5 LÉČBA INKONTINENCE PO PORODU

U žen po porodu je nejvhodnější začít s konzervativní léčbou a to gymnastikou nebo elektrostimulací svalů pánevního dna popisují autoři. Tuto terapii je možno doplnit o farmakoterapii preparátem duloxetin, který vede k trvalému zvýšení tonu uretrálního sfinkteru a k jeho silnějším kontrakcím v průběhu zadržování moči. Pokud žena neplánuje další těhotenství a inkontinence po konzervativní léčbě přetrvává doporučujeme operační terapii. Dle posledních poznatků není preventivní epiziotomie při porodu prevencí vzniku stresové inkontinence (Hájek, 2014, s.346).

4.6 STUDIE

Studie z Por.-gyn. Kliniky Pardubické krajské nemocnice,a.s., pojednává o „ Urgenci, pollakisurii, nykturii a jejich ovlivnění transobturatorní páskou“. Tato studie byla provedena od června 2010 do května 2014 a zahrnuje 111 respondentek. Implantace transobturatorní

pásky je v dnešní době běžnou operací pro stresovou inkontinenci moči. Cílem této studie bylo zjistit rozsah ovlivnění urgency, pollakisurie a nykturie implantací transobturatorní pásky. Do studie byly zařazeny pacientky, kterým byla na základě vyšetření v urogynekologické poradně kliniky doporučena implantace transobturatorní suburetrální pásky a které s tímto zákrokem souhlasily. Musely splnit obě následující inkluzivní kritéria: urodynamicky ověřená stresová inkontinenci moči a konkomitantní symptomy hyperaktivního měchýře (urgence, mikční frekvence > 8 mikcí za 24 hodin, nykturie). Studie zahrnovala 111 pacientek trpících zároveň stresovou inkontinenci a symptomy hyperaktivního močového měchýře. Pomocí mikčního deníku a specifického dotazníku ICIQ-OAB bylo provedeno porovnání těchto příznaků před a po implantaci pásky. Všechny pacientky podstoupily jenom implantaci pásky, bez jakékoliv přidružené operace. Mikční frekvence za 24 hodin klesla o 31 % a po pásce pollakisurií netrpělo 49 pacientek. Frekvence mikcí v noci se snížila o 50 % a po pásce neudávalo nykturii 40 pacientek. Urgence, která byla symptomem největší subjektivní intenzity, se dle dotazníku zlepšila nejvíce (Hensel et al, 2015, s.13-15).

Studie zpracovaná na Ústavě ošetřovatelství a porodní asistence Lékařské fakulty Ostravské univerzity v Ostravě zpracovává téma „Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinencí“. Cílem práce bylo zjistit, jaká je kvalita života žen se stresovou inkontinencí moči před operací pomocí implantace TOT pásky (Trans Obturator Tape – transobturatorní páska) a kvalita života žen po její implantaci pod močovou trubici. Dílčí cíle byly rozděleny do tří oblastí. Jedna oblast se zabývala subjektivním hodnocením ženy svého psychického stavu, druhý dílčí cíl se zabýval vnímáním vlastního zdraví a postojem žen k posilování svalů pánevního dna. Třetí dílčí cíl byl zaměřen na paritu ženy a výskyt stresové inkontinenci. Dotazníkové šetření proběhlo od května 2009 do února 2010 v urogynekologických ambulancích v Ostravě anonymně. Do šetření bylo zařazeno 58 žen ve věkové kategorii 48-66 let se stresovou inkontinencí moči, které následně prodělaly operaci pomocí TOT pásky. Kritériem pro zařazení do výzkumu byla stresová inkontinenci v anamnéze u česky mluvící a rozumící dotazované, dotazník byl pro ženu srozumitelný a souhlasila s anonymním zpracováním získaných dat. Dotazník se skládal ze dvou částí. Z výsledků šetření vyplývá, že kvalita života žen se stresovou inkontinencí je odlišná před a po implantaci TOT pásky. Před operací byla kvalita života vypočítána u respondentek na 49 % oproti pooperačnímu stavu kvality života, který činil 77,9 %. Rozdíl v kvalitě v života před a po operaci činil 28 %. Ze sledovaného souboru rodilo nejvíce žen minimálně dvakrát, rehabilitaci svalů pánevního dna prováděly více ženy před operací a edukace o operaci proběhla u respondentek lékařem v gynekologické ambulanci. Neuspokojivý zdravotní stav před operací vnímalo 7

respondentek z 58 a po operaci pouze 1. V oblasti sexuálního života udávaly respondentky zlepšenou kvalitu života po operaci, i když před operací do něj problémy s kontinencí nijak významně nezasahovaly (Vrublová, Holisová, 2011, s.197-201).

Studie autorů Hagovské a Takáče na téma „Hodnotenie funkčného stavu panvového dna metódou EMG-Biofeedback podľa Perfect schémy u pacientiek po abdominálnej a vaginálnej hysterektómii“ je zaměřená na sledování efektivity rehabilitační léčby pacientek po vaginální a abdominální hysterektomii. Ve výzkumu byly hodnoceny příznaky inkontinence a funkční stav svalů pánevního dna. Výzkumu se účastnilo 66 pacientek, z toho 21 žen po vaginální hysterektomii a 45 žen po abdominální hysterektomii. Bylo aplikováno individuální cvičení na posílení a uvolnění svalů pánevního dna s využitím biofeedbacku prostřednictvím opakované selektivní volní kontrakce nebo relaxace určitých svalů pánevního, které se cvičilo dvakrát denně po dobu 15 minut. Zároveň bylo aplikováno skupinové cvičení na posílení a uvolnění svalů pánevního dna a to dvakrát týdně po dobu 30 minut. Z výzkumu vyplývá, že u pacientek po vaginální hysterektomii byl vyšší výskyt inkontinenci než u pacientek po abdominální hysterektomii. U obou zkoumaných skupin došlo po léčbě k významnému zvýšení síly pánevního dna. Ani u jedné ze skupin nedošlo po léčbě k významné relaxaci musculus rectus abdominalis. Pacientky po abdominální hysterektomii měly více relaxované břišní svaly před začátkem léčby než pacientky po hysterektomii vaginální. To znamená, že realizovali cvičení správným způsobem s redukcí vnitřního břišního tlaku. Toto zjištění může souviset s vyšším procentem výskytu inkontinenci u pacientek po vaginální hysterektomii (Hagovská, Takáč, 2010, s.542).

Další zajímavou studií jsou výsledky fyzioterapie dle „OSTRAVSKÉHO KONCEPTU“ u pacientek s močovou inkontinencí zpracované na Klinice léčebné rehabilitace, Urologickém oddělení a Gynekologicko-porodnické klinice FN Ostrava - Poruba a Katedře informatiky a počítačů, přírodovědecké fakulty Ostravské univerzity. Práce hodnotí efekt fyzioterapie prováděné dle „Ostravského konceptu“ pomocí subjektivních a objektivních parametrů, včetně jejího vlivu na kvalitu života u souboru pacientek s močovou inkontinencí. Tato terapie soustřeďuje nácvik vědomé kontrakce svalů pánevního dna a zlepšení jeho koaktivace v rámci hlubokého stabilizačního systému, změnu životních návyků a pohybových stereotypů, mikční trénink, elektrostimulaci a bio-feedback. U pacientek, které nebyly schopny kvalitní kontrakce svalů pánevního dna, byla využita elektrostimulace vaginální EMG sondou k facilitaci aferentace a zlepšení percepce oblasti pánevního dna v kombinovaném programu umožňující biofeedback. Šetření se zúčastnilo 159 pacientek ve věkové kategorii 19 – 80 let s močovou inkontinencí (stresová inkontinenci, hyperaktivní

měchýř, smíšená inkontinenci) I.-II. stupně závažnosti. Fyzioterapie trvala 6 měsíců s celkovým počtem návštěv 9 a délkou trvání terapeutické jednotky 45 minut. Výsledky terapie byly hodnoceny subjektivním i objektivním parametrem. Pomocí vizuálně-analogové škály potíží působených inkontinenci (VAS) a I-Qol dotazníkem kvality života byly hodnoceny subjektivní parametry. Měření síly svalů pánevního dna pomocí perineometru Peritron bylo použito pro objektivní parametr. Hodnocení bylo provedeno před zahájením terapie a po 6 měsících jejího ukončení. Před léčbou byla hodnota VAS 5,9, po 6 měsících léčby 2,7. Hodnota indexu kvality života před léčbou byla 52,7, po léčbě 70,1. Hodnoty maximální síly kontrakce svalů pánevního dna před léčbou byla 19,84 cm H₂O, po léčbě byla 22,21 cm H₂O, střední hodnota síly kontrakce svalů pánevního dna před léčbou byla 13,37 cm H₂O, po léčbě byla 16,34 cm H₂O, průměrná doba trvání maximální kontrakce svalů pánevního dna před léčbou byla 5,09 s, po léčbě byla 9,21 s. Komplexní terapie byla na konci šetření hodnocena jako úspěšná vzhledem k dosaženým výsledkům. Tato metoda nemá nežádoucí účinky a je neinvazivní, proto by měla být při léčbě metodou první volby u inkontinentních žen. U žen nevhodných nebo odmítajících operační léčbu je metody „Ostravského konceptu“ možnou alternativou (Holáňová et al, 2010, s63-66).

Výzkum publikovaný na Jihlavské konferenci 2011 se zabývá „Kvalitou života po operaci stresové inkontinence“. Průzkum byl prováděn dotazníkovou metodou u 60 pacientek, které přišly k lékaři a byly operačně léčeny pro stresovou inkontinenci. Návratnost dotazníků byla 70 %, což je 42 dotazníků. Věk operovaných pacientek byl ve 45 % 40 -50 let, ve 24 % 30 - 40 let, ve 14 % 50 - 60 let, v 10 % ve věku nad 60 let a pod hranicí 30 let v 7 %. Doba potíží před operačním řešením trvala u 55 % dotazovaných pacientek několik let a u 45 % pacientek několik měsíců. 59 % dotazovaných považuje za příčinu svých potíží porod, 29 % prodělanou břišní nebo vaginální operaci. K povolení svalů pánevního dna dochází jak vlivem porodu, prodělanou břišní nebo vaginální operací i s rostoucím věkem. Součet těchto faktorů je hlavním důvodem vzniku stresové inkontinence. Tomu jde předejít, nebo oddálit příchodu symptomů pravidelným cvičením pánevního dna, ovšem této skutečnosti nepřikládá mnoho žen velký význam. Moč uniká při zvýšení abdominálního tlaku a to buď při kašli a smíchu uváděného pacientkami v 78 %, zvednutí břemene ve 12 %, 10 % uvádí pacientky při chůzi a běhu. Množství moči unikající při zvýšení abdominálního tlaku je menší než 50 ml, je však pacientkami vnímáno velmi individuálně. Jako únik několika kapek moči popisuje tento stav 69 % a jako ústřík moči kolem 31 % dotazovaných. Z tohoto důvodu používá inkontinenční pomůcky 88 % dotazovaných pacientek, 7 % je používá ojediněle a 5 % nepoužívá žádné pomůcky. Inkontinence moči je značně tabuizovaným tématem a i 72 % dotazovaných

pacientek únik moči silně rozrušoval, 15 % značně vadil a 13 % respondentek občas trápil. U žádných z dotazovaných pacientek nebyl únik moči pocíťován jako bezproblémový, což svědčí o závažnosti tohoto onemocnění a to po stránce somatické, psychické i sociální. Během noci budil pocit nucení na močení 74 % dotazovaných, 26 % bylo bez tohoto problému. Omezení v intimním životě pocíťovalo 83 % dotazovaných, což je velmi alarmující číslo co se týká narušení rodinného i partnerského soužití. Naproti tomu 17 % respondentek nepocíťuje omezení v intimním životě. Sníženou pracovní schopnost uvedlo 79 % respondentek, 21 % pracovalo bez menšího omezení, což je také velmi vysoké číslo ukazující společenský problém takto postižených žen. Celých 100 % pacientek uvedlo, že bylo před operační léčbou léčeno ještě jiným způsobem – medikamenty, gymnastika pánevního dna. Co se týká vědomostí o svém onemocnění uvedlo 86 % dotazovaných, že jsou dostatečné a pouze 14 % má jen částečné vědomosti, žádná z dotazovaných neměla nedostatečné informace. Což svědčí o jejich vysoké informovanosti. Po operaci stresové inkontinenci je po většině výkonů zaveden permanentní katetr, který je vnímán jako určité omezení. U TVT je zaveden 2-3 dny, u Burchovy operace asi 4 dny. Katetr silně omezoval 69 % pacientek, 14 % jej považovalo za střední omezení a 17% mírné omezení. V dotazníku bylo zkoumána i spokojenost s péčí v nemocnici, a to jak lékařskou, tak ošetrovatelskou. S péčí bylo velmi spokojeno 93 % respondentek a spokojeno 7 % všech dotazovaných, což svědčí o kvalitě českého zdravotnictví. Cílem studie bylo zjistit o kolik se zlepšila kvalita života po operaci a jak se změnil náhled pacientek na život po úspěšné operaci stresové inkontinence. Před léčbou prožívaly pacientky pocity frustrace, zahanbení, studu, strachu ze zápachu nebo znečištění, úzkost u odhalení této „společensky nepřijatelné“ komplikace, obavy z posměchu okolí. Po operaci vzrostlo jejich sebevědomí a snížily se jejich psychické problémy způsobující změnu v sebehodnocení pacientek. Změnu kvality života vyznačily dotazované pacientky na 5 stupňové stupnici, kdy 1 znamenala malé zlepšení a 5 velké zlepšení. Velké zlepšení označené na stupnici 5 uvedlo 67% žen a stupeň 4 označilo 33 % respondentek. Tyto výsledky jsou významným ukazatelem o zlepšení života po úspěšné operační léčbě a návratu pacientky do běžného společenského života (Rezničenko, Cetlová, 2011, s.565-567).

5 PREVENCE A EDUKACE

V České republice působí Urologická společnost, Urologická sekce České gynekologicko-porodnické společnosti, Urologická společnost a od roku 2000 program Inco Forum, který se inkontinenci moči intenzivně zabývá. Usiluje o zlepšení postavení lidí s inkontinenci moči. Poskytuje odborná stanoviska k osvětové kampani a aktivně spolupracuje s médii v intencích edukativního programu. Prioritou Inco Fora je poskytnutí podpory lidem s inkontinenci ke zvýšení kvality jejich života. Aktivitu tohoto sdružení je možno najít na webových stránkách (Kučera, Svěráková, 2008, s.4).

Prevence stresové inkontinence spočívá v zábraně obezity, těžké fyzické práce nevhodné pro ženy, chronické obstipace, chronického kašle a spontánně vedených porodů plodů nad 4 kg porodní hmotnosti.

Prevence urgentní inkontinenci moči není známa. Pouze u symptomatické urgentní inkontinence moči v souvislosti s infekcí dolních močových cest je prevence zánětu i prevencí urgentní inkontinenci moči (Feyereisl, 2003).

Inkontinence moči není život ohrožující stav, ale velmi snižuje kvalitu života ženy a mnohdy dochází k omezení společenských aktivit vedoucích až k sociální izolaci.

5.1 PORODNÍ ASISTENTKA V GYNEKOLOGICKÉ AMBULANCI

Léčba z pohledu porodní asistentky je zejména o vyjádření podpory pacientce za odvalu a ochotu tento zdravotní problém řešit. Nezbytnou součástí práce v ambulanci je diskrétní a citlivý přístup a pocit důvěry mezi pacientkou a zdravotnickým personálem. Důležitou součástí práce porodní asistentky by mělo být aktivní vyhledávání rizikových skupin pacientek v rámci pravidelných gynekologických návštěv v ordinaci odborného gynekologa. Vzhledem k dobré léčitelnosti je zbytečné snižovat kvalitu života a případně se sociálně izolovat. Je nutné ženy edukovat o metodách konzervativní i operační léčby. Inkontinence moči u žen patří dnes k závažným medicínským a společenským problémům. V rámci léčby lze považovat i částečné zlepšení projevů vedoucích ke zlepšení kvality života za úspěšné.

Z pohledu porodní asistentky hraje nezastupitelnou úlohu edukace. Cílem edukace je rozšířit schopnosti a poznatky žen s inkontinenci i jejich rodiny. Při edukaci nejdříve posoudíme věk pacientky, její životní styl, charakter obtíží a motivaci, vědomosti a

dovednosti, které s daným problémem žena má. Na základě zjištěných informací doplníme vědomosti a dostupné dovednosti. Nezbytná je dostatečná chvála a motivace. Pacientku poučíme o příčinách vzniku jejích obtíží a možných způsobech léčby jak konzervativních, tak operačních. V rámci edukace respektujeme a bereme na zřetel např. sexuální život, poruchu spánku, nedostatek znalostí o dané problematice, sociální izolaci, úzkost, frustraci. V rámci motivace pacientky se porodní asistentka zaměřuje na tyto oblasti:

- Opakovaně edukuje pacientku o příčinách inkontinence a možnostech vedoucích k jejímu zmírnění či odstranění.
- Dostatečně pacientku edukuje o vedení mikčního deníku a nechá jí prostor na zodpovězení nejasností.
- Hovoří s pacientkou o nácviku rytmu pravidelného močení po 2 hodinách s postupným prodlužováním intervalu až na 3-4 hodiny.
- Konzultuje s pacientkou množství a charakter přijímaných tekutin. O efektivnosti rozložení příjmu tekutin do menších, ale častých dávek a příjmu alespoň 2 litrů za 24 hodin. Alespoň 2-3 hodiny před spaním není vhodné pít. K nevhodným tekutinám patří káva, černý čaj, který můžeme nahradit zeleným, alkohol a další kofeinové nápoje. Je nezbytné vysvětlit jí jejich diuretický účinek.
- Dále poučíme o úpravě životosprávy spočívající v redukci váhy, ukončení kouření, omezení příjmu aromatických a kořeněných jídel, naopak zvýšení příjmu jídel bohatých na vlákninu.
- Doporučení cviků na posílení svalů pánevního dna. Poučit pacientku, aby u ní nedocházelo ke zvyšování nitrobřišního tlaku, aby nezvedala těžká břemena a neprováděla náročné silové cviky. Místo náročného cvičení doporučit k udržení kondice např. plavání a cyklistiku.
- Dále jí navrhnout užívání inkontinenčních vložek nebo prádla a pomoc při jejich výběru dle individuálních potřeb.
- Poučit o nutnosti hygieny perineální oblasti po každém vymočení a zdůraznit nutnost časté výměny vložek s ohledem na podráždění a eventuální zánět kůže.
- Doporučit pacientce užívání mastných změkčovacích krémů, které chrání před podrážděním.

Je nezbytné zohlednit zvyklosti inkontinentních žen. Pacientky pociťují problémy somatické, psychické, sociální, ekonomické, ale i problémy v partnerském soužití. Mají pocity studu, frustrace, zahanbení, vystavení posměchu, vzteku, nízké sebehodnocení, úzkost,

porucha sexuálních funkcí, celkově horší kvalitu života. V sociální oblasti bojují s omezenou pracovní aktivitou, sníženou produktivitou, omezením běžných činností, s omezením společenských vztahů, sociální izolací, sociální stigmatizací nebo nutností trvalé ústavní péče. Proto by ošetřující personál měl zohlednit zvyklosti pacientek, rozeznat jejich psychické problémy a pokud možno tyto nežádoucí zvyklosti pozměnit a pacientky dostatečně podpořit. Je také potřeba uspořádat životní prostředí pacientky, bezbariérově uspořádat toaletu a koupelnu, dopomoci k vybrání oděvu, který lze snadněji svléknout. Je potřeba respektovat intimitu pacientky a snažit se pochopit její pocity studu, viny, strachu a vzteku. Je nezbytné pacientku aktivovat, podněcovat k samotné péči o intimní oblast. S pacientku společně plánujeme ošetřovatelská opatření, realizujeme je a následně vyhodnocujeme. U mobilních pacientek plánujeme účast na svépomocných sezeních podobně postižených pacientek a osvojujeme nácvik kontinence. Základním ukazatelem kvalitní ošetřovatelské péče je prevence komplikací, které by pacientku zatížily po fyzické i psychické stránce. Prevence je nezbytná z finančních důvodů, protože komplikace po operaci přinesou zvýšení nákladů na léčbu, prodloužení doby hospitalizace a rekonvalescence (Rezničenko, Cetlová, 2011, s.562-567).

Léčba inkontinenci moči v ordinaci praktického gynekologa je základním stavebním kamenem péče o inkontinentní pacientky uvádí Horčíčka. Bez aktivního vyhledávání jsou mnohdy pacientky odkázány na nevyhovující hygienické pomůcky a díky svým potížím se pomalu izolují od společenského života i od svých bližních. Operační léčba je vhodná pro asi 20-30 % všech inkontinentních pacientek. Ostatním pacientkám plně dostačují konzervativní metody léčby inkontinenci, které aplikuje ošetřující gynekolog, urolog nebo praktik. Je nezbytné mít přehled v možnostech ambulantní diagnostiky a léčby inkontinenci. Tímto umožníme zlepšit kvalitu života inkontinentních pacientek a optimalizaci nákladů na jejich léčbu (Horčíčka, 2008, s. 439).

Autorka Hanáková publikovala stručné připomenutí jednoduchých diagnostických postupů včetně využití mikčního deníku pro úspěšnou léčbu inkontinence moči. Při první návštěvě v gynekologické nebo urologické ambulanci má kvalitní odběr anamnézy nezastupitelnou hodnotu. Pacienti nám většinou sami říkají diagnózu. Je třeba se ale i dobře ptát, popisuje autorka. Například otázka „Když zakašlete unikne Vám moč?“ mnoho nezodpoví, protože kašel může vyvolat i kontrakci detruzoru a tak může být příčinou nejen stresové, ale i urgentní inkontinenci. Efektivnější jsou otázky typu: „Cítíte při úniku moči nucení na močení? Nebo unikne pár kapek bez nutkavých pocitů? Máte-li nucení na močení, musíte jít hned?“. Součástí anamnézy je pátrání po příčinách mikčních symptomů a to

gynekologickou anamnézou, neurologickou, atd. Dále je nezbytné vyšetření moči, kterým vyloučíme uroinfekci a mikroskopickou arytrocyturií. Dále *sonografie* ledvin a naplněného močového měchýře. Poté se objedná vyšetření uretrocystoskopií s kalibrací uretry, případně gynekologické nebo neurologické vyšetření a do příští návštěvy vyplní pacientka mikční deník (Příloha B). Pacientka si obstará kalibrovanou nádobu na měření množství moči a je podrobně písemně poučena o zásadách vyplnění mikčního deníku. Je nezbytně nutné, aby pacientka dotazník vyplnila správně. Většinou stačí vyplňovat mikční deník 1-2 dny, vždy však celých 24 hodin. Při druhé návštěvě v ambulanci *zhodnotíme záznamy v mikčním deníku* – počet mikcí v průběhu dne i noci, objemy jednotlivých porcí moči. Dále zhodnotíme výsledky uretrocystoskopie, kalibrace k vyloučení organické příčiny obtíží. Poté následuje stanovení terapie (Hanáková,2010s.156).

V příloze C je vložena ukázka edukační brožury z naší urogynekologické ambulance, na jejíž vytváření jsem se spolupodílela.

ZÁVĚR

V závěru mé práce provedu zhodnocení jednotlivých cílů, které jsem si na začátku vypracování bakalářské práce stanovila. Prvním cílem bylo předložit sumarizaci nejnovějších poznatků o příčinách a důsledcích inkontinenci moči u žen. Šottner uvádí, že jednou z hlavních příčin je zvyšující se věk, kdy výskyt inkontinenci moči je úměrný zvyšujícímu se věku. Výjimkou je období těhotenství a časného poporodního období, kdy dojde k prudkému navýšení a opětovnému snížení výskytu močové inkontinence. Dále je nezanedbatelný poznatek vztahu mezi močovou inkontinenci a vaginálním porodem. Výskyt inkontinenci moči u nullipar je 3-8 % a u prvorodiček 27-30 %. K dalším rizikovým faktorům patří rasa, věk, obezita a kouření. Dle autora Horčíčky má největší vliv na inkontinenci moči první těhotenství a způsob vedení porodu. Hájek uvádí, že v těhotenství je nejčastější výskyt stresové inkontinenci moči, která se vyskytuje u 36-60 % těhotných. Feyereisl ve svém článku uvádí, že inkontinence moči je symptom, který hluboce zasahuje do osobního a profesního života ženy. Občasnou inkontinenci moči trpí asi 60 % žen, z nichž polovina se dostaví k lékaři. Inkontinenci moči rozdělujeme na inkontinenci stresovou (80%), kdy k úniku moči dochází při změně nitrobřišního tlaku, na inkontinenci urgentní (10 %), kdy únik moči nastává po nucení bez vztahu ke změnám nitrobřišního tlaku, a na inkontinenci smíšeného typu (15 %), kde jsou vyjádřeny oba typy inkontinence v různém poměru. Ostatní (vzácné) typy inkontinence moči, jako je neurogenní, paradoxní a extrauretrální, tvoří zbylých 5 %. Dle Roztočila nejsme schopni určit jedinou a zásadní příčinu, proč k poruchám udržení moči dochází. Rizikových faktorů existuje pravděpodobně celá řada. Hovoříme o tzv. multifaktoriální příčině. Patří zde pohlaví, kdy výskyt močové inkontinenci je u žen třikrát vyšší než u mužů, pozdějším věkem se rozdíl ztrácí. Dále věk, vaginální porod, vlastní mechanismus porodu a parita, samotné těhotenství, kvalita pojivové tkáně, obezita, kouření, recidivující infekce močových cest, omezená fyzická aktivita a gynekologické operace. První cíl byl splněn.

Druhým cílem bylo předložit sumarizaci poznatků o prevenci inkontinenci moči u žen. Prevence stresové inkontinence spočívá v zábraně obezity, těžké fyzické práce nevhodné pro ženy, chronické obstipace, chronického kašle a spontánně vedených porodů plodů nad 4 kg porodní hmotnosti. Prevence urgentní inkontinenci moči není známa. Pouze u symptomatické urgentní inkontinence moči v souvislosti s infekcí dolních močových cest je prevence zánětu i prevencí urgentní inkontinenci moči. Inkontinence moči není život ohrožující stav, ale velmi

snižuje kvalitu života ženy a mnohdy dochází k omezení společenských aktivit vedoucích až k sociální izolaci. Druhý cíl byl splněn.

Třetím cílem bylo předložit sumarizaci poznatků o léčbě inkontinenci moči u žen. Před zahájením léčby je nezbytná kvalitní diagnostika s použitím základních a rozšířených vyšetřovacích metod. Vzhledem k multifaktoriální etiologii vyžaduje i léčba komplexní přístup uvádí Adamík. Častý je výskyt smíšené inkontinence. Léčbu volíme postupnou, nejprve léčíme urgenci a poté stresové složky. Léčbu inkontinence dělíme na konzervativní a operační. Zaměřujeme se primárně na nejčastěji se vyskytující typy inkontinence v ambulantní praxi a to urgentní a stresovou inkontinenci. Při léčbě stresové inkontinence uplatňuje rehabilitaci pánevního dna a sfinkteru uretry, operační léčbu a farmakoterapii. Feyereisl popisuje, že prognóza úspěšné konzervativní terapie inkontinence moči u žen je v případě stresové inkontinence moči 40 %, pro urgentní inkontinenci moči 70 %. Při léčbě urgentní inkontinence využíváme farmakoterapii, elektrostimulaci, intravesikální aplikace botulotoxinu, augmentace. Terapie urgentní inkontinence moči bývá většinou celoživotní popisuje Feyereisl. Vzhledem k nedostatečnému poznání příčin a patofyziologie vzniku a rozvoje UIM je terapie převážně symptomatická. Po vysazení medikace se obtíže většinou vracejí. U žen po porodu je nejvhodnější začít s konzervativní léčbou a to gymnastikou nebo elektrostimulací svalů pánevního dna popisují autoři. Tuto terapii je možno doplnit o farmakoterapii podáváním přípravku duloxetinu, který vede k trvalému zvýšení tonu uretrálního sfinkteru a k jeho silnějším kontrakcím v průběhu zadržování moči. Pokud žena neplánuje další graviditu a tento typ inkontinenci přetrvává i po konzervativní léčbě, je možno doporučit chirurgické řešení. Epiziotomie dle posledních poznatků není prevencí vzniku stresové inkontinenci moči. Třetí cíl byl splněn.

Čtvrtým cílem bylo předložit souhrn poznatků o roli porodní asistentky v prevenci a léčbě. Léčba z pohledu porodní asistentky je zejména o vyjádření podpory pacientce za odvalu a ochotu tento zdravotní problém řešit. Nezbytnou součástí práce v ambulanci je diskrétní a citlivý přístup a pocit důvěry mezi pacientkou a zdravotnickým personálem. Důležitou součástí práce porodní asistentky by mělo být aktivní vyhledávání rizikových skupin pacientek v rámci pravidelných gynekologických návštěv v ordinaci odborného gynekologa. Vzhledem k dobré léčitelnosti je zbytečné snižovat kvalitu života a případně se sociálně izolovat. Je nutné ženy edukovat o metodách konzervativní i operační léčby. Inkontinence moči u žen patří dnes k závažným medicínským a společenským problémům. V rámci léčby lze považovat i částečné zlepšení projevů vedoucích ke zlepšení kvality života za úspěšné. Čtvrtý cíl byl splněn.

POUŽITÉ PRAMENY

Literatura

ČERMÁK, Aleš, Dalibor PACÍK. Inkontinence moči.1.vyd. Praha/Kroměříž: Triton. 2006. 119 s. ISBN 80-7254-875-1.

CITTERBART, Karel et al.. Gynekologie.1 . vyd. Praha : Galén. 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.

ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. Moderní gynekologie. 1.vyd. Praha : Grada. 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-2832-2.

KOLAŘÍK, Dušan, Michael HALAŠKA a Jaroslav FEYEREISL. Repetitorium Gynekologie. 2.vyd. Praha : Maxdorf. 2008. 1068 s. ISBN 978-80-7345-267-4.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL, a kolektiv. Porodnictví. 3.vyd. Praha: Grada. 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

Periodika

ADAMÍK, Z., Inkontinence moči u ženy. *Interní medicína pro praxi*. Olomouc: Solen. 2012. 474-477 s. ISSN - 1803-5256.

BORGIS, J.B.R., et.al.. Urinary incontinence after vaginal delivery or ceasarean section. *Einstein*.Vydalo Instituto de Israelita Ensino e Pesquisa Albert Einstein 2010. 192-196 s. ISSN 16794508

HAGOVSKÁ, D. TAKÁČ, Š.. Hodnotenie funkčného stavu panvového dna metódou EMG-Biofeedback podľa Perfect schémy u pacientiek po abdominálnej a vaginálnej hysterektómii. *Česká gynekologie*. 2010, s. 542. ISSN 1210-7832.

HANÁKOVÁ, M.. Funkční poruchy močení u žen. *Urologie pro praxi*. Olomouc: Solen. 2010. 156-159 s. ISSN 1213-1768.

HENSEL, G., KOŠTÁL, M., MŇUKOVÁ, V.. Urgence, pollakisurie, nykturie a jejich ovlivnění transobturatorní páskou. *Gynekolog*. Třebovice p. Orebem: Medexart. 2015. 13-16 s. ISSN 1210-1133.

HOLÁŇOVÁ, R., KRHUT, J., HEGEDÜSOVÁ, K., GÄRTNER, M., TVRDÍK, J.. Výsledky fyzioterapie dle „OSTRAVSKÉHO KONCEPTU“ u pacientek s močovou inkontinencí. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Praha: Mladá fronta. 2010. 63-66 s. ISSN 1211-2658.

HORČIČKA, L.. Inkontinence moči-možnosti a meze všeobecné gynekologické ambulance. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Levret. 2008. 435-439 s. ISSN 1211-1058.

HORČIČKA, L., Je těhotná žena ohrožena inkontinencí moči?. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2009. ISSN 12-10-0404.

HORČIČKA, L., Porodní traumata žen. *Practicus*. Praha: SVL ČLS JEP. 2014. 21-22 s. ISSN 1213-8711.

CHMIELEWSKA, Daria, Dominika, PIECHA, Magdalena, KWAŚNA, Krystyna, a další. 2013. *Przegląd menopauzalny*.2013/5. s 378-384. DOI: 10.5114/pm.2013.38590.

JANOTOVÁ, P.. Urogynekologická ambulance. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2014. ISSN 12-10-0404.

KRČMÁŘ, M., Stresová inkontinenci moči u žen po porodu. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2010. ISSN 12-10-0404.

KUČERA, Z., SVĚRÁKOVÁ, M. 2008. Aktivita Inco Fora. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2008, roč.4, č.2, s. 4-6. ISSN 1601-1349.

KUČERA, Z., Inkontinence v České republice. *Florence*. Praha: Ambit Media. 2010. 42 s. ISSN 1801-464X.

MELVILLE, J.L., WAGNER, L.E., et.al.. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *Journal of women's health*. 2008. DOI: 10.1089/jwh.2007.0606.

REZNIČENKO, D., CETLOVÁ, L.. Kvalita života po operaci stresové inkontinenci. *Sborník z mezinárodní konference v Jihlavě*. 1.vydání. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2011. 561-568 s. ISBN 978-80-87035-37-5.

ŠOTTNER, O.. Inkontinence a těhotenství. *Sestra*. Praha: Mladá fronta. 2009. ISSN 12-10-0404.

VRUBLOVÁ, Y., HOLISOVÁ, A.. Kvalita života žen se stresovou močovou inkontinenci. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Lékařská fakulta Ostravské univerzity. 2011. 197-201 s. ISSN 1804-2740.

ZMRHAL, J.. Urogynekologie. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1.vyd. Praha: Levret. 2007. 201 – 205 s. ISBN 80-903721-1-2.

Ostatní

Astellas Pharma, s. r. o. Mikční karta. Dostupné z: <http://www.musimcasto.cz/materialy-ke-stazeni>

Feyereisl, Postgraduální medicína, Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/inkontinence-moci- u zen doporučený- diagnosticko- terapeuticky-pos-157924>

Zákon č. 96/2014 Sb. a vyhláška č. 55/2011 Sb. (online) Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PA/Zakon96a424.html>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazníkové šetření autora Horčičky

Příloha B: Pitná a mikční karta

Příloha C: Edukační brožura

Příloha A

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ:

Hodnotí se věk, váha, výška a provádí se výpočet BMI, ženy odpovídají na jednoduché otázky dotazníku:

1. Namáhavě pracuji doma i v zaměstnání.
2. Kouřím a) 5-10 cigaret/den, b) 10-20 cigaret/den
3. Aktivně sportuji: a) 1krát týdně, b) vícekrát týdně.
4. Denně vypiji více než 1 litr sycené vody.
5. Pravidelně piji alkohol – pivo, víno denně.
6. Piji více než dvě kávy denně.
7. Trvale kašlu – astma bronchiale, chronická bronchitis.
8. Mám časté infekce močových cest – 3 krát a vícekrát za rok
9. Trvale užívám léky:jaké....
10. Léčím se/byla jsem léčena na urologii.
11. Léčím se/byla jsem léčena na neurologii.
12. Moje matka má potíže s držení moči.
13. Jsem poprvé těhotná.
14. Už jsem rodila:...krát.
15. Rodila jsem spontánně.
16. Rodila jsem císařským řezem.
17. Porod byl veden kleštěmi.
18. První porod byl dlouhý – více než 12 hodin.
19. Dlouho jsem tlačila – víc než 60 minut.
20. Mé dítě vážilo více než 4000g.
21. V minulém těhotenství mi samovolně unikala moč.
22. Potíže začaly v : a) I.trimestru, b) II.trimestru, c) III.trimestru, d) po porodu.
23. Moje neudržení moči bylo řešeno: a) nijak, b) cvičením, c) operací.

Těhotné ženy jsou sledovány ve všech třech trimestrech jak aktivně dotazováním na symptomy inkontinence, tak pasivně – pomocí dalšího, velmi jednoduchého dotazníku:

1. Unikne Vám moč při pohybu, kýchnutím, smíchu, kašláním: a) ne, b) někdy, c) vždy.
2. Vstáváte v noci probuzena nucením k močení?: a)ne, b)1krát, c)2krát a vícekrát.

V minulém těhotenství jste měla potíže s udržením moči: a) v I.trim., b) v II.tri., c) v III.trim., d) po porodu

Příloha C

Druhá návštěva spočívá v samotném urodynamickém vyšetření

Přicházíte k nám ve smluvený den a čas s plným močovým měchýřem.

Napřed Vám lékař provede ultrazvukové vyšetření plného močového měchýře, poté Vás pošle vymočit a odešle za sestrou, která Vám provede urodynamické vyšetření.

Jak se provádí urodynamické vyšetření?

Vyšetření začíná plnicí **cystometrií**.

Jedná se o zavedení tenké cévky do močového měchýře a druhé do konečníku, díky kterým přístroj měří a vyhodnocuje tlakové poměry během plnění močového měchýře sterilní tekutinou.

Další částí je **profilometrie**.

V této fázi vyšetření přístroj cévku pomalu vytahuje z močového měchýře a měří tlak v močové trubici. Napřed v klidu a poté při stresové situaci jako je kašel.

Závěrem vyšetření je **uroflowmetrie**.

Jde o vymočení do speciálního WC, které měří sílu proudu a množství moči.

Po vymočení se Vás ujme lékař, který Vám provede ultrazvuk prázdného močového měchýře a gynekologické vyšetření.

Poté se již můžete obléci a lékař Vám oznámí výsledky a navrhne způsob léčby.



INFORMACE PRO PACIENTKY

LÉČBA UROGYNEKOLOGICKÝCH OBTÍŽÍ



Máte potíže s udržením moči?

Doporučil Vám Váš gynekolog či praktický lékař urodynamické vyšetření?

Naše ambulance, kde toto vyšetření provádíme, se nachází v 8. patře přímo u gynekologického oddělení.

Telefonní kontakt
571 758 428



Co je to urodynamické vyšetření?

Vyšetření funkce močového měchýře a močové trubice, které se provádí za účelem zjištění příčiny inkontinence (úniku moči) nebo naopak nedostatečného vyprazdňování močového měchýře.

Před tímto vyšetřením není třeba žádné speciální přípravy, nemusí se držet dieta ani není třeba být nalačno.

Co Vás čeká při první návštěvě?

Dostanete tzv. **mikční deník** a **mikční kelímek**, který slouží ke snazší diagnostice Vašich obtíží.

Odebereme Vám moč (cévkou), abychom zjistili, zda nemáte zánět močových cest a lze u Vás provést urodynamické vyšetření.

Domluvíme se na termínu tohoto vyšetření.

