

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Michaela Hladká

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Michaela Hladká

Problematika pacientů s močovou inkontinencí

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Hasalová

Olomouc 2012

ANOTACE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Název práce v Čj: Problematika pacientů s močovou inkontinencí

Název práce v AJ: Problems of patients with urinary incontinence

Datum zadání: 2012-01-20

Datum odevzdání: 2012-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Michaela Hladká

Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Hasalová

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Přehledová bakalářská práce pojednává o močové inkontinenci, jejím dopadu na společenskou roli pacientů a na jejich psychiku. Přibližuje příčiny vzniku močové inkontinence, její dělení, diagnostiku a léčbu. Nabízí informace o behaviorální terapii, fyzioterapii a inkontinenčních pomůckách.

Abstrakt v AJ:

The Bachelor thesis deals with urinary incontinence, its impact on the societal role of patients and their psychological state. It shows the causes of the formation of incontinence, its classification, diagnostics and treatment and also offers information about behavioural therapy, physiotherapy and incontinence aids.

Klíčová slova v ČJ:

behaviorální terapie, hyperaktivní močový měchýř, inkontinence moči, intermitentní katetrizace, močové cesty, fyzioterapie

Klíčová slova v AJ:

behavioral therapy, hyperactive bladder, urinary incontinence, intermittent catheterization, urinary tract, physiotherapy

Rozsah: 45 stran

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

Současně také souhlasím s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci 30. 4. 2012

podpis.....

Děkuji Mgr. Zuzaně Hasalové za odborné vedení bakalářské práce,
její připomínky a laskavý přístup. MUDr. Aleši Chromému děkuji
za odborné rady.

OBSAH

ÚVOD	8
1 VYMEZENÍ PROBLEMATIKY MOČOVÉ INKONTINENCE	10
1.1 Typy močové inkontinence	10
1.2 Močová inkontinence u mužů	11
1.3 Močová inkontinence u žen	13
1.4 Močová inkontinence u seniorů	13
1.5 Neurogenní poruchy močového měchýře	16
2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE	17
2.1 Diagnostika hyperaktivního močového měchýře	17
2.2 Diagnostika močové inkontinence u žen	18
2.3 Diagnostika močové inkontinence u seniorů	20
2.4 Léčba močové inkontinence	20
2.4.1 Léčba hyperaktivního močového měchýře	22
2.4.2 Farmakoterapie	23
2.4.3 Nefarmakologická léčba, behaviorální terapie	24
2.4.4 Fyzioterapie	26
2.4.5 Léčba močové inkontinence u mužů	29
2.4.6 Léčba stresové inkontinence u žen	30
2.4.7 Léčba močové inkontinence u seniorů	31
3 PÉČE O PACIENTY POUŽÍVAJÍCÍ INKONTINENČNÍ POMŮCKY	33
3.1 Intermitentní katetrizace	34
4 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S MOČOVOU INKONTINENCÍ	37

ZÁVĚR	40
BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE	42
SEZNAM ZKRATEK	45

ÚVOD

Inkontinence moči je v současné době stále více diskutovaným tématem, nejen v oblasti odborných lékařských kruhů, ale také na úrovni ošetrovatelské a v neposlední řadě se dotýká samotných pacientů a jejich rodin. V minulosti bylo toto téma téměř na okraji zájmu nejenom nelékařského zdravotního personálu a lékařů. Sami pacienti se báli o svém problému veřejně hovořit. Lze předpokládat, že s rozvojem medicíny a s tím spojeným prodlužováním průměrné délky života bude výskyt inkontinence v naší společnosti nadále stoupat. Nejde však jen o problém pacientů starších generací. Vzhledem k daleko výraznějšímu počtu radikálních operačních výkonů v oblasti malé pánve u mužů i žen v produktivním věku, dále častější neurogenní postižení močového měchýře a větší výskyt polymorbidních pacientů, se zvyšuje výraznou měrou výskyt inkontinence moči i u této skupiny pacientů. V dnešní době již existuje velké množství možností, jak inkontinenci moči léčit, ovlivnit a eventuelně i vyléčit. Při terapii inkontinence nelze spoléhat jen na možnosti, jež jsou dány do rukou lékařům. Je třeba účinnou péčí, citlivým přístupem v oblasti edukace, nácvikem denních činností nutných pro zvládnutí inkontinence dosáhnout u pacientů důvěry k nelékařskému zdravotnickému personálu zajišťujícímu ošetrovatelskou péči a k metodám, jež jsou pro léčbu a zmírnění projevů inkontinence používány.

Prvním cílem bakalářské práce je vytvoření přehledného souboru informací o močové inkontinenci u mužské a ženské populace, seniorů a pacientů s neurogenním močovým měchýřem, dostupných v období posledních šesti let.

Druhým cílem je předložení poznatků o diagnostice a terapii močové inkontinence.

Třetím cílem je předložení informací o vhodných ošetrovatelských postupech u pacientů, jejichž zdravotní stav vyžaduje používání inkontinenčních pomůcek.

Čtvrtým cílem je shromáždění informací o psychosociální problematice ovlivňující život inkontinentních pacientů.

Rešerše relevantních článků jsem prováděla ve vyhledávacím období posledních šesti let, 2006-2011 pomocí databází Medvik, Bibliographia Medica Českoslovac, vyhledávačů Google Scholar a Google. Celkem jsem našla 45 článků. Po jejich prostudování jsem stanovila 27 článků jako nevhodných pro tvorbu přehledové bakalářské práce z důvodu, že jejich obsah neodpovídal zvolenému tématu.

Vstupní studijní literatura:

DVOŘÁČEK, Jan. Urologie praktického lékaře. 1. vydání. ISV, 2000. 316 s. ISBN 80-85866-52-8

DVOŘÁČEK, Jan. Obecná a speciální urologie. 2. vydání. Karolinum, 1999. 235 s. ISBN 80-7184-745-3

DVOŘÁČEK, Jan. et al. Urologie I. díl. 1. vydání. ISV, 1998. 515 s. ISBN 80-85866-30-7

EICHENAUER, Rolf H. VANHERPE, Harald. Urologie klinika a praxe. 1. vydání. SCIENTIA MEDICA, 1992. 616 s. ISBN 80-85526-36-0

HALAŠKA, Michael et al. Urogynekologie. 1. vydání. Galen, 2004. 256 s. ISBN 80-7262-272-2

HANUŠ, Tomáš, NOVÁK, Květoslav, et al. Nemoci močového. 1. vydání. Galen, 2008. 170 s. ISBN 978-80-7262-584-0

KAWACIUK, Ivan. Urologie. 1. vydání. Galen, 2009. 531 s. ISBN 978-80-7262-627-7

KAWACIUK, Ivan. Urologie. 1. vydání. H+H, 2000. 308 s. ISBN 80-860-22-60-9

KRHUT, Jan, et al. Neurologie. 1. vydání. Galen, 2005. 241 s. ISBN 80-7262-360-5

PACÍK, Dalibor, et al. Urologie pro sestry. 1. vydání. MIKADA, 1996. 175 s. ISBN 80-7013-235-3

TANAGHO, Emil, A., MCANINCH, Jack, W. Smithovva všeobecná urologia. 1. vydání. Osveta, 2006. 773 s. ISBN 80-8063-206-5

TEPLAN, V., HORÁČKOVÁ, M., BÉBROVÁ, E., JANDA, J., et al. Infekce ledvin a močových cest v dospělém a dětském věku. 1. vydání. Grada, 2004. 252 s. ISBN 80-247-0566-4

ZVARA, Vladimír, HORŇÁK, Michal. Urológia pre sestry. 3. vydání. Osveta, 1986. 264 s. 70-026-86

1 VYMEZENÍ PROBLEMATIKY MOČOVÉ INKONTINENCE

Marenčák definuje inkontinenci moči (IM) jako: „jakýkoliv nedobrovolný únik moči“ (Marenčák, 2006, s. 112). Statistiky uvádějí výskyt inkontinence moči u 5 - 20% celosvětové populace. Ženy jsou nedobrovolným únikem moči postiženy častěji než muži, výskyt inkontinence moči u žen je dvakrát až třikrát častější než u mužů. Močová inkontinence je nejenom zdrojem závažných zdravotních problémů (permanentní macerace kůže genitálu a okolí, chronické podráždění genitálu, zvýšenou náchylnost k infekci dolních močových cest, ohrožení infekcí horních močových cest až rozvoj urosepsy), ale i významným faktorem snižujícím životní komfort pacienta zejména v oblasti sociální. Ovlivňuje fyzický stav a psychickou pohodu, nemalou měrou může ovlivnit i sexuální aktivity pacienta trpícího inkontinencí moči (Marenčák, 2006, s. 112). Samotná přítomnost močové inkontinence primárně pacienta neohrožuje vysokou nemocností nebo úmrtností, její výskyt však může zásadním způsobem ovlivnit dosavadní denní činnost pacienta a významně tak působit na životní komfort (Dzvinčuk, Müller, Látalová, 2008, s. 90).

1.1 Typy močové inkontinence

Inkontinenci moči rozdělujeme do několika typů, dle vyvolávající příčiny.

- Stresová inkontinence - její příčinou je nejčastěji pokles svalů pánevního dna společně se snížením tonu těchto svalů. Další příčinou je porucha uzávěrového mechanismu uretry.
- Urgentní inkontinence - stav, kdy k úniku moči dochází na základě nekontrolované kontrakce svalstva močového měchýře, tzv. hyperaktivní močový měchýř (over active bladder, OAB). Její příčiny jsou jednak neurogení (porucha inervace svalstva močového měchýře), dalšími

vyvolávajícími faktory jsou například infekce dolních močových cest, cystolithiasa, onkologické postižení močového měchýře, benigní hyperplazie prostaty, eventuelně procesy v malé pánvi bez přímé souvislosti s močovým měchýřem. Termín urgentní inkontinence moči je nyní nahrazován termínem hyperaktivní močový měchýř.

- Inkontinence z přetékání - patologický stav, kdy tlak náplně močového měchýře překoná tlak uzávěrových mechanismů uretry a dojde tak k nekontrolovanému odtoku malého množství moči. Močový měchýř ovšem zůstává trvale naplněn, pacient není schopen normální mikce. Nejčastější příčinou je výtoková obstrukce (benigní hyperplazie prostaty, karcinom prostaty, konkrement v močové trubici, striktury močové trubice apod.).
- Reflexní inkontinence - stav, kdy je únik moči vyvolán nekontrolovanou kontrakcí svalstva močového měchýře bez volní kontroly této kontrakce. Pacient si náplň ani kontrakci močového měchýře neuvědomuje. Vyskytuje se u pacientů s porušenou funkcí mozku, nebo u pacientů s míšními lézích a stavy po operaci centrálního nervového systému.
- Smíšená inkontinence - jedná se o stav kdy, je u pacienta přítomna jak složka stresové inkontinence, tak složka inkontinence urgentní.
- Jiné typy inkontinence - mezi tuto jednotku patří noční pomočování, dále pak výskyt inkontinence u vrozených anomálií dolních močových cest, inkontinence při omezené pohyblivosti pacienta, kdy je důvodem inkontinence například pozdní příchod pacienta na toaletu. Někdy je inkontinence vyvolána iatrogeně, např. podáváním vysokých dávek diuretik, nebo podáváním léků ovlivňujících tonus svalů pánevního dna. (Marenčák, 2006, s. 112).

1.2 Močová inkontinence u mužů

S inkontinencí moče u mužů se setkáváme zejména u pacientů ve vyšších věkových kategoriích. Můžeme se setkat jak s inkontinencí urgentní, tak stresovou. Nejčastěji se setkáváme s urgentní inkontinencí v rámci tzv. symptomů dolních močových cest

(lower urinary tract symptoms, LUTS), obvykle na podkladě prostatických potíží (benigní hyperplazie prostaty, karcinom prostaty) či postižení močové trubice (nejčastěji striktury). Dalším projevem výtokové obstrukce dolních močových cest je v rámci kompenzace zvýšené zátěže svaloviny močového měchýře rozvoj hyperaktivity detrusoru s následným projevem hyperaktivního močového měchýře (OAB). Těmto projevům říkáme iritační symptomy, mezi něž patří častá frekvence mikce, nykturie a urgence (Romžová et al., 2010, s. 119-120).

V poslední době stoupá množství mužských pacientů se závažnou močovou inkontinencí, zejména stresového typu. Je to způsobeno vyšším záchytem pacientů s karcinomem prostaty v časných stádiích a jejich zařazení k radikální léčbě. Přes zavedení nových šetrnějších metod provedení radikální prostatektomie, např. laparoskopická, nebo roboticky asistovaná radikální prostatektomie, představuje stresová inkontinence moči významnou pooperační komplikaci této léčby a je výrazným faktorem pooperačního dyskomfortu pacienta a jeho zařazení do normálního života. Pokud je stresová inkontinence u pacienta pooperačně přítomna, lze předpokládat výraznou regresi potíží v průběhu 6 až 12 měsíců od operace. Příčin rozvoje močové inkontinence po radikální prostatektomii můžeme nalézt několik. Jako jedna z hlavních příčin je uváděna sfinkterová nedostatečnost. Jako další souvislost, jež může ovlivnit pooperační inkontinenci je uváděna nestabilita detrusoru a snížení velikosti náplně močového měchýře. Tato porucha detrusoru způsobuje inkontinenci obvykle v časném pooperačním období (v praxi se jedná o 3-6 měsíců od operace). Na druhou stranu je insuficience svěrače diagnostikována u 90-100% pacientů s přítomnou močovou inkontinencí bez závislosti na době od operačního výkonu. Ostatní faktory, jež mohou výskyt inkontinence po radikální prostatektomii ovlivnit, jsou často hodnoceny kriticky. Patří mezi ně stáří pacienta, velikost prostaty, tělesná konstituce, celkový zdravotní stav pacienta, eventuelně předchozí operační výkony na prostatě. Rizikovým faktorem pro výskyt pooperační inkontinence, jehož význam nelze bagatelizovat je inkontinence přítomná již před samotnou operací. Z pooperačních rizik pro následnou inkontinenci je velmi důležitý případný rozvoj a přítomnost zúžení v místě sutury uretry a močového měchýře. V rámci předoperační přípravy a prevence vzniku pooperační inkontinence je nutné pacienta upozornit

na riziko možné inkontinence i na možnost předpokládaného spontánního vymizení obtíží s kontinencí a návratem do normálu. Tato informace má výrazně pozitivní vliv na psychiku pacienta před náročným výkonem. (Ženíšek, 2010, s. 26-27).

1.3 Močová inkontinence u žen

V případě výskytu inkontinence u žen se nejčastěji setkáváme s inkontinencí stresovou, dále pak inkontinencí urgentní. Nejčastější příčina stresové inkontinence u žen je ve snížení množství přirozených ženských hormonů s následnou insuficiencí močové trubice v důsledku poruchy uzávěrového mechanismu uretry, nebo v důsledku anatomických změn svalového dna pánevního po porodu či pánevních operacích (Romžová et al., 2010, s. 120). V praxi se setkáváme se stresovou inkontinencí při i mírně zvýšené fyzické aktivitě, tedy za situace kdy dojde k zapojení břišního svalstva a zvýšení nitrobřišního tlaku. Jde zejména o smích, kašel, kýchání, zvedání břemen, chůze do schodů, ohýbání, či jen pouhá změna polohy těla (Gorbachinsky, Badlani, 2011, s. 38). Zvýšená aktivita senzorů ve svalovině a stěně močového měchýře má za následek rozvoj hyperaktivity močového měchýře u žen. Její projevy jsou podobné jako u mužů, jedná se o iritační potíže (častá frekvence mikce, časté urgencye, přítomná nykturie). Nedílnou součástí vyvolávající urgentní symptomatologii jsou onemocnění močového měchýře. Jedná se o onkologické postižení, konkrementy v močovém měchýři nebo cizí tělesa, eventuelně chronický zánět či intersticiální cystitis. Přítomnost těchto patologií vyvolává iritaci stěny močového měchýře a vyúsťuje v urgentní inkontinenci. (Romžová et al., 2010, s. 120).

1.4 Močová inkontinence u seniorů

U starší populace je stav porušené regulace mikce bez možnosti vědomého ovlivnění odchodu moči uretrou, tedy za projevů močové inkontinence velmi častý. Ve srovnání s dalšími onemocněními projevujícími se nejčastěji po šestém deceniu

života pacienta, jako jsou nemoci srdce a cév, onkologické onemocnění, osteoporóza, patří inkontinence moči k nejčtenějším potížím. Ve své podstatě se nejedná jen o medicínský problém. Svým rozsahem výrazně zasahuje i do socioekonomické roviny a výrazným způsobem může ovlivnit životní komfort pacienta. Řešení inkontinence moči u seniorů nelze omezit jen na jednoho specialistu či praktického lékaře. Je třeba úzké součinnosti více odborností, zejména v oboru urologie, gynekologie, geriatric, taktéž ošetrovatelů a fyzioterapeutů. Významnou součástí v péči o inkontinentního seniora tvoří rodinné zázemí. Poměr výskytu inkontinence mezi ženskou a mužskou populací před dosažením senia je zhruba 3:1, s přibývajícím věkem se tento nepoměr stírá a dochází k nárůstu inkontinence u mužů. Ve věku nad 80 let zaznamenáváme vyrovnání prevalence inkontinence u mužů i žen. Dle procentuelního zastoupení je podle dostupné literatury diagnostikována inkontinence u pacientů nad 65 let v 10-30%. Jiné prameny hodnotící odlišná kritéria uvádí dokonce 20-40%, zejména v rámci zvolených demografických parametrů. Lze předpokládat, že uvedené hodnoty budou podhodnoceny, s ohledem na neochotu některých seniorů a jejich stud o inkontinenci moči otevřeně hovořit s ošetrujícím lékařem či členy rodiny. V institucích sociální péče je situace poněkud odlišná, neboť výskyt inkontinence moči je zde pečlivě monitorován a je uváděn až v rozsahu 43-65%. Poměr výskytu stresové a urgentní inkontinence se též mění, dochází k nárůstu urgentní inkontinence, kdežto počet pacientů se stresovou inkontinencí obvykle nenarůstá. Nejdůležitějším faktorem výskytu močové inkontinence u seniorů jsou nyní bezpochyby onemocnění centrálního nervového systému. Porucha pontinního centra, jež slouží jako koordinátor zadržovací a evakuační funkce močového měchýře, má s největší pravděpodobností nejvýznamnější úlohu v rozvoji inkontinence u seniorů. Ke změnám této etáže centrálního nervového systému dochází na základě mikroischiemií, drobných krvácení do CNS a samozřejmě poruše buněčného metabolismu mozkových buněk. To má za následek rozvoj inkontinence moči u 60-70% seniorů. Regrese šedé kůry mozkové s projevy senilní mozkové encefalopatie ovlivňuje i funkci mikčinního pontinního centra. Přítomnost demence zvyšuje tíži inkontinence, noční neklid pacientů a častější pády a zranění hlavy vyúsťující v mikrotraumata CNS. Se stoupajícím věkem klesá hodnota maximální

náplně močového měchýře, snižuje se tonus detrusoru, čímž je normální mikční akt ztížen. Nedostatečná hydratace na podkladě malého příjmu tekutin komplikuje homeostázu v těle pacienta. V důsledku těchto poruch dochází k retenci vody v těle pacienta a následně snížení množství definitivní moči, která je koncentrovanější. Tato koncentrovaná moč způsobuje iritaci stěny močového měchýře s další podporou rozvoje urgentní inkontinence. Chronická obstipace v důsledku nízké hydratace má další vliv na poruchy kontinence. Nízký příjem tekutin přes den vede k dehydrataci s následným večerním navýšením množství vypitých tekutin a tím reflexně k polyurii v nočních hodinách s projevy nykturie a nespavosti pacientů a tato je dalším důvodem zvýšeného močení v noci. Onemocnění srdce a cév představují třetí nejčastější choroby seniorů. Terapie těchto onemocnění zcela souvisí s výskytem potíží s močením. Je to dáno hlavně velkou škálou užívané medicíny s vlivem na rovnováhu vodního hospodářství těla a přesuny vody v rámci extra a intaceulárního prostoru. Nejúčinnější skupinou léků s tímto efektem jsou diuretika, zvyšující množství definitivní moči a tím také počet mikcí za den. Blokátory kalciových kanálů a betablokátory jsou další léky ovlivňující kontinenci, snižují tonus svaloviny močového měchýře a můžou tak vyvolat ischuria paradoxa. Suchý dráždivý kašel vyvolaný podáváním ACE inhibitorů má vliv na tíži symptomů stresové inkontinence. Při neklidu podávané tlumící léky vážně snižující pohyblivost pacienta, zhoršují orientaci i psychické funkce. Léky na podporu srdeční akce mohou navýšit svalový tonus svěračů močového měchýře. Senzorické poruchy zejména v čichové oblasti, znesnadňují rozpoznání poruch močení a tak i následné terapie, zrakové postižení omezují pacienta jak v pohybu, tak v schopnosti prostorové orientace, zhoršují schopnost nalezení příhodného místa k vykonání mikce a v důsledku oddalování mikce může dojít k inkontinenci (Romžová et al., 2010, s. 119-120).

1.5 Neurogenní poruchy močového měchýře

Úlohou zdravého močového měchýře je shromažďování a evakuace moči. Tato funkce je zajišťována komplikovaným souborem nepodmíněných a podmíněných činností s vegetativním řízením, nazýváme jej mikční reflex. Pomocí přívodných a odvodných neuronů řídí tento reflex zejména centrální nervový systém. Určitou úlohu na tomto reflexu má i autonomní aktivita svalstva močových cest (Romžová et al., 2010, s. 247).

Úrazové stavy jsou jedním z nejfrekventovanějších důvodů rozvoje neurogenního měchýře, jedná se obvykle o velmi mutilující traumata, z nichž nejčastější je transverzální leze míšní. K takovým zraněním dochází zejména v důsledku pádů, poranění při sportu. Zde jsou nefrekventovanější traumata spojená se skoky do málo hluboké vody, častou příčinou jsou též autonehody. Ke vzniku neurogenního měchýře může vést také iatrogenní postižení pánevních nervů při pánevních operacích ať již na dolních etážích tlustého střeva nebo gynekologických orgánech.

Z neúrazových příčin porušení kontinuity míchy s následkem rozvoje neurogenního měchýře jsou onkologické postižení míchy a poruchy cévního zásobení míchy. Neurogenní poruchy funkce močového měchýře způsobují i další choroby, mezi nejčastější patří postižení parkinsonským syndromem, sclerosis multiplex a také následky po proběhlé cévní mozkové příhodě. Chronický alkoholismus nebo dlouhodobě špatně kompenzovaný diabetes mellitus vede k rozvoji periferní neuropatie s poruchou vyprazdňování močového měchýře, jehož příčinou je neurogenní močový měchýř (Baumová, 2008, s. 197).

Různé projevy neurogenního močového měchýře se rozvíjejí na základě toho, ve které úrovni centrálního nervového systému došlo k poškození. Například léze vzniklé nad úrovní kmene mozku mají za následek hypersenzitivitu svaloviny močového měchýře s projevy urgentní inkontinence. V nižší etáži mezi sakrálním a pontinním mikčním centrem vzniká při jeho lézi sfinkterovo-detruzorová dyssnergie. Dochází k přerušování mikce, častému močení a únikům moči. Stav může vyústit v retenci močovou (Romžová et al., 2010, s. 247).

2 DIAGNOSTIKA A LÉČBA MOČOVÉ INKONTINENCE

První diagnostické vyšetření močové inkontinence leží obvykle v rukou praktického lékaře, dále gynekologa a urologa, další speciálně zaměřené vyšetřovací metody provádí urolog nebo urogynekolog (Vilhelmová, 2011, s. 97).

2.1 Diagnostika hyperaktivního močového měchýře

V rámci diagnostiky hyperaktivního močového měchýře je nutné postupovat v několika krocích. Skutečné ověření přítomnosti hyperaktivity močového měchýře. Nalézt důvody vzniku hyperaktivity močového měchýře. Vyloučit další působky jenž močový měchýř ovlivňují. Mezi hlavní takovéto faktory patří stav hydratace organismu, léky ovlivňující vodní hospodářství organismu, stav maximální náplně močového měchýře, onkologické postižení močového měchýře, skleroza hrdla močového měchýře, stenozy močové trubice, chronické záněty, intersticiální cystitis, stavy po ozařování močového měchýře a pánve, konkrementy v močovém měchýři, retence moči a postmikční reziduum, celková onemocnění organismu jako diabetes mellitus, diabetes insipidus, chronická renální insuficience, neurologické poruchy, nestabilita svaloviny močového měchýře, chronická a akutní prostatitida, záněty malé pánve bez přímého vztahu k močovému měchýři. Tyto nálezy jsou indikovány k další diagnostice v rámci vyšetřování pro onemocnění hyperaktivitou močového měchýře.

Jednou ze základních vyšetřovacích modalit pro objektivizaci stavu inkontinence je vedení tzv. mikčního deníku. Jde o záznam četnosti močení a množství vymočené moči. Pacient vede v průběhu dne za standardních činností záznam o době příjmu tekutin, o jejich přijatém množství, stejně tak o množství moči, které vymočil s uvedením času mikce, zaznamenává v časové ose případné urgencyie k močení a inkontinenční epizody, stejně pak použití inkontinenčních pomůcek. Jde o snadný protokol, který pacient musí zaznamenávat minimálně po dobu tří až pěti dnů.

Z tohoto záznamu se následně získávají tyto informace: četnost močení v průběhu dne i noci, množství vymočené moči se vztahem k průměrnému množství moči na jeden mikční akt, množství inkontinentních příhod za jeden den, množství urgencí během dne. Standardní počet mikcí během dne u zdravých jedinců je 5 až 8, noční močení z tohoto počtu maximálně jedenkrát. Rozdíl mezi muži a ženami ani vztah k věku jedince zde nehraje roli. Standardní objem vymočené moči při jedné mikci by měl být vyšší než 200ml, což je fyziologický stav. Díky mikčnímu záznamu lze úspěšně diagnostikovat hyperaktivní močový měchýř (Marenčák, 2006, s. 113– 114).

2.2 Diagnostika močové inkontinence u žen

Při vyšetřování a diagnostice inkontinence u žen, je vhodné dodržovat určitý algoritmus vyšetření, který nás dovede k správnému určení typu inkontinence. Při první návštěvě pacientky u lékaře je třeba odebrat podrobnou anamnézu, která má stále velkou výpovědní hodnotu. V rámci dotazů na únik moči pacientky je nutno správně volit formulaci dotazu. Důležitou úlohu v rámci anamnézy plní dotazy na gynekologické potíže, porody, jejich průběh, operace v pánevní oblasti, úrazy páteře, mozku, neurologické potíže.

Dalším krokem je vyšetření moči chemicky a močového sedimentu k základnímu vyloučení infektu močových cest a přítomnosti mikroskopické hematurie. Kromě fyzikálního vyšetření také doplňujeme sonografické vyšetření ledvin a močového měchýře, který musí být naplněn. Již při první návštěvě informujeme pacientku o nutnosti provedení dalších vyšetření, mezi něž patří uretrocystoskopie a kalibrace uretry. Dle potřeby doplňujeme gynekologické vyšetření, eventuelně vyšetření neurologem.

Pacientku vybavíme mikčním deníkem, důsledně ji poučíme o správném vedení mikčního deníku a důležitosti informací, které tak můžeme získat. Dále je nutné vysadit medikaci přímo ovlivňující funkci močového měchýře, pokud je to možné, aby výsledek nebyl zkreslen. Pacientka by měla být vybavena kalibrovanou sběrnou nádobou na měření množství moči vymočené při jednom mikčním aktu.

Doporučovaná doba vedení mikčnického deníku je 5-8 dní, někdy postačí vést důsledný záznam po dobu alespoň jednoho až dvou dnů, včetně noci.

Při druhé návštěvě pacientka přinese mikční deník, provedeme jeho vyhodnocení, celkové množství vyloučené moči, množství přijatých tekutin, frekvenci mikce během dne a noci, přítomnost urgencí a inkontinenční epizody. Doplnujeme cystoskopii, sondáž a kalibraci uretry, čímž vylučujeme organickou příčinu inkontinence, eventuelně plánujeme urodynamické vyšetření a testy stresové inkontinence. Pokud je již stanovena diagnóza, můžeme zahájit cílenou terapii inkontinence (Hanáková, 2010, s. 156).

K nejjednoduššímu a základnímu vyšetření močového měchýře, které je schopno posoudit anatomické a funkční anomálie, jež by mohly být důvodem k rozvoji hyperaktivity močového měchýře, je cystoskopie. Pomocí cystoskopie jsme schopni objektivně vyloučit přítomnost konkrémentů v močovém měchýři, cizí tělesa v močovém měchýři, onkologické postižení, striktury uretry, výchlípku močového měchýře, posoudit zánětlivé změny sliznice, intersticiální cystitis apod.

V rámci diferenciální diagnostiky inkontinence je velmi důležité urodynamické vyšetření. Mezi základní urodynamické vyšetření patří cystometrie. Pomocí cystometrie měříme aktivitu detrusoru v různých fázích naplňování močového měchýře irigačním roztokem. Během vyšetření zaznamenáváme pocit prvního nutkání na močení, jež nám sdělí pacient, dále pocit maximálního nucení na močení se vztahem k objektivnímu zhodnocení maximální náplně močového měchýře a tlaku v močovém měchýři při této náplni. Dále jsme schopni posoudit poddajnost močového měchýře a přítomnost netlumených kontrakcí během plnění močového měchýře. Normální hodnoty maximální náplně močového měchýře při cystometrii jsou odlišné u mužů a žen a tato hodnota je též ovlivněna věkem pacienta. U žen je to 500 ml tekutiny, u mužů 400 ml tekutiny, dospívající 200 až 300 ml. Po dobu plnění hodnotíme přítomnost netlumených stahů svaloviny močového měchýře, které pacient nemůže vůlí zastavit. Tyto jsou typické pro přítomnost hyperaktivity močového měchýře, během plnění mohou vznikat spontánně, či na základě vyvolávajícího impulsu jako je kašel, zapojení břišního lisu, zrychlené plnění močového měchýře, změny polohy, chůze apod.

Urodynamické vyšetření není nutné provádět bezprostředně při zahájení primární konzervativní léčby hyperaktivity močového měchýře. Indikací k provedení urodynamického vyšetření jsou stavy, kdy zvažujeme operační léčbu inkontinence, již proběhla operace bez adekvátního efektu, selhání konzervativní terapie, přítomnost neurologických komorbidit, předešlé radikální výkony v pánevní oblasti, podezření na smíšenou formu inkontinence, nejasné nálezy, zhodnocení efektu terapie v rámci medicínského výzkumu (Marenčák, 2006, s. 114).

2.3 Diagnostika močové inkontinence u seniorů

U seniorů, zvláště v případě, kdy od pacienta nelze adekvátně odebrat anamnézu, se musíme zaměřit na vlivy, jež by mohly být příčinou inkontinence. K diagnostice je doporučováno využití schématu DIAPPERS. V rámci tohoto skóre je hodnocena přítomnost těchto faktorů: zmatenost (delirium, akutní změny psychického stavu pacienta), senilní a jiné demence (chronické psychické poruchy), záněty, infekce (akutní a chronické infekce močových cest, infekce celkové, systémové), atrofie (změny vaginální sliznice, močového měchýře a močové trubice na podkladě atrofie), akutní i chronická psychiatrická onemocnění (depresivní syndrom, psychotické stavy), medikace, pharmacotherapy (užívání medikamentů s účinkem na močový měchýř a vodní hospodářství), dehydratace, excesivní výkyvy ve stavu hydratace (otoky akutní i chronické, choroby endokrinního aparátu), snížená, redukováná hybnost, v jejímž důsledku je přítomná obstipace a inkontinence stolice (Romžová et al., 2010, s. 120).

2.4 Léčba močové inkontinence

Terapii inkontinence obvykle zahajujeme konzervativními postupy. Mezi základní doporučení patří změna životosprávy, dále pak rehabilitační péče, zlepšení fyzického stavu pacienta a medikamentózní terapie. Další možnosti představují invazivní techniky a operační terapie. Možnosti léčby, jež můžeme pacientům nabídnout

k řešení inkontinence, se v dnešní době velmi razantně rozvíjejí. Adekvátní postupy v léčbě inkontinence doporučují guidelines, jež tyto postupy hodnotí dle tzv. medicíny založené na důkazech, zároveň nám dávají možnost zhodnocení adekvátní léčby vzhledem ke klinickému nálezu (Thüroff et al., 2011, s. 72). Doporučení pro správnou diagnostiku a terapii inkontinence byla ustanovena v roce 1998, po zhodnocení všech dostupných informací a ve shodě specialistů z celého světa zabývajících se léčbou inkontinence. Díky této shodě byly vypracovány postupy pro správnou léčbu inkontinence, k dispozici jsou speciální schémata, podle nichž je žádoucí postupovat. V praxi existují dvě kategorie doporučení a to jednak pro základní terapii primární, tak pro terapii specializovanou, určenou pro léčbu inkontinence u adolescentů, mužské, ženské populace, seniorů a pacientů s neurogenním močovým měchýřem.

Primární postupy jsou většinou aplikovány při primozáchytu potíží s inkontinencí. V praxi to znamená první návštěvu pacienta u lékaře. Dle rozdílu systému poskytování zdravotní péče v závislosti na lokálních či národních zvyklostech se pacient s inkontinencí dostává obvykle nejprve do péče speciálně vyškolené zdravotní sestry či praktického lékaře. Do péče odborníka se pacient dostává většinou až na základě doporučení. Již při primárním kontaktu s pacientem je třeba odebrat podrobnou anamnézu, provést fyzikální vyšetření a jednoduché diagnostické testy schopné oddiferencovat základní choroby, jež mohou vyvolávat inkontinenci, kupříkladu močové infekce. Budeme-li zahajovat terapii inkontinence již při primárním kontaktu, většinou jde o konzervativní postupy, jejichž povaha je obvykle empirická. Pokud se nezdaří již primárně určit správnou diagnózu, je nutno požit specializované postupy (Thüroff et al., 2011, str. 73).

Nesmíme zapomínat ani na vhodnou úpravu pitného režimu. Pokud pacient přijímá velké množství tekutin v podvečerních hodinách a večer může to i u zdravého jedince vyvolat nykturie s nadlimitním objemem vymočené moči na jeden mikční akt. Pacient je poté vystaven nutnosti v noci vstát za účelem provedení mikce, což jej může značně obtěžovat. Bývá poté přítomna zvýšená únavnost v denní dobu, kdy pacient močí v standardních intervalech. Pacientům je třeba doporučit, aby maximum přijatých tekutin bylo realizováno ráno a dopoledne, v odpoledních hodinách je vhodné postupně příjem tekutin snižovat a poslední příjem tekutin,

není-li kontraindikace stran jiného onemocnění, by měl být realizován nejpozději 2-3 hodiny před uložením se ke spánku. V nočních hodinách je vhodné přijímat tekutiny jen v objemu jednoho až dvou doušků. U pacientů s otoky dolních končetin je nutné provést vyšetření internistou. Z režimových opatření je vhodné, aby si pacient přibližně v polovině dne lehl a elevoval dolní končetiny. Díky tomu lze dosáhnout přesunu tělesných tekutin z dolních končetin a jejich vymočení již odpoledne a ne až při ulehnutí večer. Pokud pacient užívá léky na podporu diurézy, je vhodné po dohodě s internistou změnit jejich užívání do ranní nebo dopolední medikace (Hanáková, 2010, s. 158).

2.4.1 Léčba hyperaktivního močového měchýře

Terapií první linie u všech nemocných s hyperaktivním močovým měchýřem jsou v současné době konzervativní postupy, tyto jsou především farmakologické a behaviorální. Základním předpokladem v terapii hyperaktivního močového měchýře je nutnost eliminace působků, které svým účinkem mohou buď přímým efektem, nebo přeneseně zvyšovat kontraktilitu detrusoru a zhoršovat tak symptomatiku hyperaktivního močového měchýře. Cílem rehabilitace je snížit senzitivitu močového měchýře. Využívá volní schopnosti ovlivnit kontrakci eventuelně navodit pomocí elektrické stimulace inervace svalstva pánve částečnou nebo úplnou inhibici svalových stahů močového měchýře. Obdobně je využíváno i behaviorálních technik, díky nimž je pacient schopen v pravidelných intervalech v přesně určený čas provést mikční akt. Tato zjištění jsou využívána i při užití biologické zpětné vazby (biofeedback). Při této metodě se pacient učí využívat útlumu močového měchýře na základě informací o hodnotě intravezikálního tlaku zaznamenaného při urodynamickém vyšetření.

Terminální léčbou hyperaktivního močového měchýře je léčba chirurgická. Tato se využívá i v případě potřeby zvýšení maximální náplně močového měchýře (augmentační techniky), nebo v případě potřeby zajistit derivaci moče. Indikací k náhradě močového měchýře a operaci zvětšující objem močového měchýře jsou závažné dysfunkční a dysmorfologické změny močového měchýře, zejména pokud jsou zároveň poškozeny horní močové cesty a parenchym ledvin. Cílem této terapie

je navýšení objemu a zlepšení přizpůsobivosti nově vytvořeného rezervoáru moči za účelem udržení nízkotlakého systému a ochránění horních cest močových před dalším poškozením. K chirurgické terapii hyperaktivního močového měchýře přistupujeme tehdy, jsou-li využity všechny ostatní méně radikální metody, konzervativní, miniinvazivní, pokud jsou bez adekvátního efektu a hrozí další poškození parenchymu ledvin (Marenčák, 2006, s. 114-115).

2.4.2 Farmakoterapie

V současné době je na trhu velké množství medikamentů, jež jsou určeny k terapii inkontinence. Velkou nevýhodou je, že i přes dobrý efekt medikamentózní terapie jsme u části nemocných nuceni tuto terapii přerušit pro závažné nežádoucí účinky a netolerování těchto vedlejších fenoménů pacientem. Medikamentózní léčba by tedy měl být brána jako léčba doplňující další konzervativní postupy.

Velkou skupinou léčiv ovlivňující aktivitu svaloviny močového měchýře jsou antimuskarinika (anticholinergika). Podávání antimuskarinik v porovnání s podáváním placebo a jejich klinický efekt je předmětem mnoha diskuzí. Poslední studie zabývající se podáváním antimuskarinik, jednoznačně dokazují, že užívání těchto medikamentů má klinický benefit pro pacienta. Ovšem nelze doporučit pro kteréhokoliv pacienta s OAB či hyperaktivním detrusorem podávání antimuskarinik jako ideální medikament pro zahájení léčby. Pro nalezení ideální terapie je třeba počítat s případnými komorbiditami a také s další medikací a farmakologickým účinkům těchto léků a je nutné najít nejlepší alternativu pro pacienta (Thüroff et al., 2011, s. 75). Anticholinergika fungují jako blokátory cholinergních muskarinových receptorů, v dnešní době jsou základními preparáty farmakoterapie OAB. Pomocí terapie anticholinergiky jsme schopni docílit poklesu množství urgentních epizod, prodloužit časový interval mezi jednotlivými urgencemi, posunoutí hranice pocitu prvního nutkání k mikci vzhledem k současnému zvětšení náplně močového měchýře vyvolávajícím tento vjem a navýšení maximální náplně močového měchýře. Jsou-li podávána antimuskarinika bez selektivní účinnosti dochází často k výskytu vedlejších účinků a to vlivem anticholinergik na muskarinové receptory v dalších orgánech. Nejčastějšími projevy nežádoucích účinků antimuskarinik je pocit sucha

v ústech, rozostřený vizus a zácpa. Někdy se také objevují projevy dezorientace, hlavně v případě kdy pacient již určitým stupněm demence trpí. Absolutní kontraindikací je podávání anticholinergik při onemocnění glaukomem s uzavřeným úhlem a u pacientů s poruchou motility střev (Sobotka, Hanuš, Novák, 2010, s. 86).

2.4.3 Nefarmakologická léčba, behaviorální terapie

Mezi další významné terapeutické možnosti řadíme tyto metody, jež jsou důležitou součástí komplexního přístupu k pacientům s inkontinencí. Jedná se o psychoterapii ať již skupinovou či individuální, hypnóza, úprava množství přijatých tekutin za 24 hodin, autogenní trénink, behaviorální metody, nácvik močového měchýře tzv. bladder dril, akupunktura (tato je aplikována do akupunkturních bodů umístěné na pažích, tedy prochází dráhy spojené s močovým měchýřem, ledvinami, játry a žaludkem), v neposlední řadě biofeedback k posílení svalstva pánevního dna. Pokud to stav pacienta umožní, využíváme kombinaci těchto metod. Vhodná je též kombinace s medikamentózní léčbou (Dzvinčuk, Müller, Látalová, 2008, s. 94).

Behaviorální terapie je v dnešní době nedílnou součástí nemedikamentózní a nechirurgické léčby inkontinence. Úkolem behaviorálních technik je navození změny mikčních stereotypních zvyklostí a touto změnou usilovat o zlepšení schopností ovládat močový měchýř. V rámci behaviorální léčby je třeba usilovat o změnu životního stylu pacienta, docílit změny stravovacích zvyklostí, posilovat schopnosti volní kontroly močového měchýře a svalstva pelvické membrány (pelvic floor muscle training-PFMT) a ostatní metody. Stran změn životosprávy a dietních opatření jsou myšleny hlavně omezení v množství a kvalitě přijaté potravy a také množství a kvalitě vypitých tekutin, kupříkladu snížení denní množství přijatého kofeinu, minerálních sycených vod apod. Důležitým faktorem je zamezení příjmu alkoholických nápojů v jakékoliv formě, požívání některých oříšků, nadměra požívání čokolády, požívání překořeněné stravy a pokrmů s velkým obsahem iontů draslíku, např. některé druhy ovoce.

Úlohou nácviku močového měchýře je dosažení standardní častosti mikce, dosažení většího objemu maximální náplně močového měchýře, normalizaci subjektivního

vnímání močového měchýře, pokles projevů úniku moči, prodloužení časového rozmezí mezi jednotlivými mikcemi. Předpokládaným efektem je návrat sebedůvěry pacienta k schopnosti ovládat močový měchýř. V praxi jde o plánování a provedení mikčního aktu v přesně stanovenou dobu, v určitém pevném časovém intervalu, následně je časový úsek mezi jednotlivými mikcemi posunován o desetiminutové úseky, tak aby bylo ve výsledku dosaženo 3-4 hodinového rozestupu mezi jednotlivými mikcemi. Ke zlepšení volní kontroly nad svalstvem pánevního dna a normalizace jeho funkčnosti se doporučují metody k posílení těchto svalů (PFMT). Mimo zlepšení volní kontroly nad těmito svaly jde také o efekt, kdy při stahu svalstva pánevního dna dochází k reflexnímu vyvolání relaxace svaloviny močového měchýře při jeho kontrakci. Pokud je tato technika (PFMT) prováděna pod dohledem odborníka jsou výsledky léčby daleko lepší. Doba, po kterou by se mělo cvičení provádět, je minimálně osm týdnů, při frekvenci 30-80 cvičení za den.

Z dalších terapeutických modalit k posílení svalstva pánevního dna lze použít vaginálního kónusu. Tento si žena instaluje do pochvy a kontrakcí svalstva pánevního dna jej musí udržet uvnitř vaginy. Tuto techniku s použitím kónusu je třeba aplikovat dvakrát denně a délka vědomého stahu svalstva pánevního dna by měla být alespoň 10-15 minut. Za období 4-6 týdnů aktivního cvičení lze zhruba u 70 % pacientek pozorovat zmírnění až vymizení projevů inkontinence. Bohužel u seniorek a hůře mobilních pacientek nejsou tyto metody tak účinné jako u mladší populace.

Další technikou používanou k zlepšení stavu svalstva pánevního dna je metoda elektrické stimulace, kdy pomocí evokovaných elektrických signálů dochází ke stahům pelvických svalů. Pomocí zdroje, který je zaveden do konečníku nebo pochvy jsou vysílány elektrické impulzy do okolní tkáně a svalstva. Samotná délka aplikace elektrického proudu je obvykle 20 minut a je vhodné ji opakovat v rozmezí 1-4 dnů. Výhodou je možnost aplikovat tuto metodu i mimo zdravotnické zařízení po důsledné edukaci pacienta. Výsledky klinických výzkumů v oblasti elektrostimulace pánevního dna při terapii urgentní inkontinence se zdají být nadějně.

Biofeedback je další cennou a nadějnou metodou v terapii OAB. V praxi jde o behaviorální terapii za pomoci asistence, jejímž úkolem je výuka pacientů v schopnosti ovlivnit reakce močového měchýře ve fyziologické rovině a normální funkce pelvického svalstva, jejíž správná funkce umožňuje udržení kontinence. Napomáhá pacientům v osvojení a udržení subjektivního vnímání práce svalstva dna pánevního. Pomocí zavedených elektromyografických sond je sledována síla a přesnost stahu konkrétních svalů pánve a tato jejich aktivita je zobrazována na monitoru. Pacient tak má možnost zpětné kontroly, zda posilující cvičení provádí efektně. Standardní výsledky biofeedbacku jsou uváděny mezi 76-86% zlepšení ve snížení symptomů urgentní inkontinence u pacientů s OAB. U všech pacientů s projevy urgentní inkontinencí a OAB je vhodné jako léčbu první volby zvolit PFMT (Sobotka, Hanuš, Novák, 2010, s. 85-86).

2.4.4 Fyzioterapie

Pacientům s méně závažnými projevy inkontinence a to u všech jejich typů, je dnes doporučována jako jedna z možností terapie první linie použití fyzioterapie jako konzervativní, nefarmakologické léčby. Na základě veřejného průzkumu s dotazem na typ léčby, kterou by pacienti preferovali v případě onemocnění močovou inkontinencí, bylo zjištěno, že jen 20% dotázaných si myslelo, že by v léčbě jejich potíží mohla být účinná fyzioterapie. Je třeba pozastavit se nad příčinou, proč není procento kladných odpovědí vyšší. Nabízí se možnost, že příčinou tohoto nízkého procenta je neaktivní přístup pacientů k léčbě inkontinence. Stejně tak způsob fyzioterapie, kdy při některých skupinových cvičení neví fyzioterapeut a ani pacient, zda zapojuje při cvičení svalstvo pánevního dna a zda je toto cvičení vůbec pro pacienta s inkontinencí přínosem. Takováto fyzioterapie má ovšem očekávaný výsledek pouze u pacientů s inkontinencí s velmi nízkou mírou závažnosti, jejíž příčina tkví jen ve snížení kondici svalů pánevního dna. Tento fakt má za následek přetrvávání všeobecného přesvědčení nejen u laiků, ale i u odborníků, o minimálním efektu cvičení na inkontinenci.

Je třeba též vzít na vědomí základní fakt, že inkontinence jako taková je projevem onemocnění, nikoliv samotnou chorobou. Po důkladném vyšetření specialistou,

urologem nebo urogynekologem jsou pacienti zasíláni k fyzioterapii na podkladě jednoznačných indikací. Máme možnost aplikovat několik fyzioterapeutických technik.

Nejjednodušší, první fyzioterapeutickou metodou, popsanou Kegelem je simplexní cvičení svěračů, tzv. Kegelovy cviky. Jejich absolutní nevýhodou je nedostatek komplexního léčebného přístupu.

Z dalších fyzioterapeutických modalit ke zlepšení kondice svalstva pánevního dna v léčbě inkontinence je tzv. „synkretický přístup“. Jeho podstatou je cílený stah svalstva pánve, respektive svalových skupin, jež s pánevním dnem přímo nesouvisí, ale mají své úpony v jeho blízkosti. Výsledný efekt lze bohužel hodnotit též jako nepříliš velký. Pacient sice posílí svalstvo pánve, ale problémem zůstává neschopnost samostatně cíleně ovlivnit kontrakci svalstva pánevního dna a využít této kontrakce v situacích, kdy dochází k úniku moči (např. u stresové inkontinence při kašli, zapojení svalstva břišní stěny, kýčání, u OAB při nástupu urgencye). Zjednodušeně lze říci, že pacient nemá povědomí, kde se jeho svaly pánevního dna nachází. Určité menší množství pacientů je schopno již po prosté slovní edukaci správně kontrahovat právě svaly pánevního dna.

Posturální přístup, jako třetí možnost, patří mezi celkové fyzioterapeutické postupy, při kterých je na pacienta pohlíženo v komplexní rovině. Při této metodě jsou svaly pánevního dna brány jako součást hlubokého stabilizačního systému, jehož úloha je velmi významná v celkové posturální stabilizaci trupu. Výhodou tohoto přístupu je ovlivnění eventuelních jiných souvisejících onemocnění, jež by mohla mít vliv na svaly pánevního dna. Při výskytu závažných stavů inkontinence moči je pro překonání akutního krizového inkontinenčního stavu třeba zapojit svalstvo pánevního dna při principu „find and use“. Podstatou je být si vědom, za jakých podmínek a při jakých situacích je třeba svaly pánevního dna použít. Nejde tedy jen o prosté denní cvičení, které má jistě prospěch, ale o schopnost správně tento trénink využít.

V našich podmínkách je jednou z metod aplikovaných v praxi komplexní metoda léčby dle tzv. Ostravského konceptu. Tato technika je dnes pomocí standardizovaných diagnostických a terapeutických postupů schopna dle zásad

evidence based medicine objektivizovat výsledky léčby. Jejím principem je spojení přístupu posturálního společně s cvičením ovládní samostatných svalových skupin, svalů pánevního dna, ve vztahu k jejich funkci. Nejprve je pacient stručně, srozumitelně, ale dostatečně informován o základní anatomii, základech fyziologie močového měchýře a svalstva pánevního dna. Dále je nutné nastínit patofyziologii močové inkontinence, naše možnosti jak inkontinenci léčit a také terapeutické výsledky. Po té je nutné provést vyšetření per vaginam k posouzení kondice svalstva pánevního, jako součást základního kineziologického vyšetření. Podle výsledků kineziologického vyšetření je poté volena léčba a cílené cvičení stahů vybraných svalů pánevního dna s rozvojem samostatného volného ovládní kontrakce. V první fázi je trénink zaměřen na samostatné svalové funkční jednotky pánevního dna, po zvládnutí této sekce přecházíme k posilování svalstva pánevního dna jako celku a v poslední fázi zapojujeme do cvičení i svaly, které mají za úkol celkově stabilizovat trup. Výsledkem této léčby by nemělo být jen zlepšení pracovní zdatnosti svalů pánevního dna, ale hlavně by mělo dojít k optimalizaci funkční zdatnosti svalů a tím k schopnosti využít jejich funkce k předcházení inkontinenční epizody dle principu „find and use“. Stejně zásadním faktorem fyzioterapie je také doba, po kterou je cvičení prováděno. Je třeba dodržet potřebnou délku cvičení a i přes počáteční neúspěchy terapii neukončovat. První výsledky fyzioterapie lze očekávat nejprve po dvou měsících od začátku terapie, největší efekt léčby lze pozorovat až po půl roce cvičení. Je nutné, aby pacient byl o pozdějším efektu fyzioterapie dostatečně informován. Pokud by se tento fakt podcenil, hrozí při nedostatečném efektu z pohledu pacienta snížení motivace ke cvičení, případně úplné předčasné přerušení léčby.

Fyzioterapii močové inkontinence nemůže provádět každý fyzioterapeut, ale je třeba, aby byl k tomu řádně vyškolen a specializován. Ideálním stavem je, pokud je součástí mezioborového týmu specialistů. Při léčbě inkontinence pomocí fyzioterapie je třeba si uvědomit, že je nutno napravit nejen kondici svalů pánevního dna, ale též ostatních přítomných postižení, jež by mohla mít na porušenou funkci svalů pánevního dna zásadní efekt. Musíme pamatovat na fakt, že svalstvo pánevního dna je nedílnou složkou celého pohybového aparátu. Při behaviorálním přístupu k léčbě inkontinence v rámci komplexního postupu je třeba změnit též patologické

denní aktivity pacienta. Mezi tyto patří změna špatné životosprávy, špatných mikčních návyků, nedostatečné pohybové aktivity, pracovní nebo sportovní. Poslední ukazatele efektu komplexního přístupu k fyzioterapii inkontinence moči nám dávají dobré výsledky. Tento fakt dává našim pacientům možnost vhodně používat kontrakci svalů pánevního dna v rizikových situacích s výskytem inkontinenční epizody. Nebylo zaznamenáno navýšení síly kontrakce svalstva pánevního dna, přesto došlo k vyléčení u 23 % pacientů a k významnému zmírnění potíží u 48 % pacientů (Holaňová, Krhut, 2010, s. 308-309).

2.4.5 Léčba močové inkontinence u mužů

Muži jsou v současné době nejčastěji postiženi stresovou inkontinencí v závislosti na častějším řešení karcinomu prostaty radikální prostatektomií. Způsob, jakým inkontinenci moči u mužů řešíme je odvislý od uběhlého času od operačního výkonu. Projevy inkontinence v brzké době od operace tedy od 3 týdnů do 6 měsíců se vyskytují u 30-50% pacientů. Společně se stresovou inkontinencí zde bývá přítomna i urgentní složka na základě nestability detrusoru. V této době zahajujeme léčbu obvykle fyzioterapií v kombinaci s anticholinergiky.

Posilování svalstva pánevního je metodou první volby, důležitou k úpravě správné funkce močového měchýře i svalstva pánevního dna. Pacient provádí kontrakce svalů pánevního dna s cílem zlepšit pohotovostní sílu stahu a také dostatečnou délku a pevnost kontrakce. Výsledky cvičení jednoznačně ukazují zrychlení nástupu kontinence v pooperačním období, oproti těm mužům, kteří posilování pánevního dna z nejrůznějších důvodů neprovádějí.

U 2-5% pacientů zaznamenáváme projevy inkontinence 12 měsíců od radikální prostatektomie, kdy je příčinou potíží insuficience svěrače. Léčba pomocí fyzioterapie a anticholinergik zůstává v tomto případě bez efektu a inkontinence významně snižuje životní komfort. V tomto případě se obvykle přistupuje k operační terapii. Jednou z možností je transuretrální instilace kolagenu, endogenního tuku a jiných látek. Jedná se o poměrně snadný výkon, při němž se snažíme aplikovanou látkou obnovit odpor uretry při insuficienci svěrače. Nejčastěji používanou látkou

k tomuto účelu v dnešní době je kolagen. Zákrok se provádí obvykle ambulantně při místní anestezii, má malou morbiditu a pacienti je velmi dobře tolerován. Efekt této léčby je uváděn v 60%. Bohužel je při této terapii zaznamenán klesající efekt v závislosti na odstupu od doby provedení výkonu. Kontinence v odstupu 24 měsíců od výkonu je uváděna v 43%. Přesto jde o metodu, jež je pacienti velmi dobře tolerována, je bezpečná, a pokud není efekt uspokojivý, jde ji bez zvýšení rizika provést opakovaně. Pacient však musí být instruován o možnosti, že efekt terapie nemusí být definitivní a postupně se i přes počáteční dobrý výsledek může zhoršovat.

Další možností operačního řešení jsou slingové operace, při nichž se zavádí do oblasti bulbární uretry tzv. smyčka, která má za úkol vytvořit subvezikální obstrukci, která zvyšuje uretrální rezistenci a nahrazuje tak nedostatečnou práci svěrače. Efekt terapie je poměrně dobrý, 75% pacientů po terapii je kontinentních a v 10% dochází k zlepšení projevů inkontinence.

Třetí možností řešení inkontinence po radikální prostatektomii je zavedení umělého svěrače. V současné době jde o terapii s největším efektem, který je uváděn ve více než 80 % po 36 měsících od operace. Ačkoliv se jedná o metodu s dobrými výsledky, samotné zavedení umělého svěrače je oproti jiným metodám spojeno s vyšším výskytem nežádoucích účinků, jako je mechanické poškození močové trubice, dekubitus v místě implantace, infekční komplikace, které tak mohou významně ovlivnit život pacienta a stav kontinence. I přes tyto možné negativní důsledky zavedení artifičního svěrače při léčbě přetrvávající močové inkontinence po radikální operaci pro karcinom prostaty jde stále o terapii s největším efektem. Velkou nevýhodou této terapie je její velká finanční náročnost (Ženíšek, 2010, s. 27-28).

2.4.6 Léčba stresové inkontinence u žen

Základní možností u léčby ženské stresové inkontinence, která není závažného stupně, je obvykle doporučováno posilování pánevního dna a dále použití pomůcek k udržení stability pánevního dna. Pokud pacientka s méně závažnou stresovou inkontinencí ví o nadcházející situaci, která může vést k projevu stresové

inkontinence, např. plánovaná sportovní aktivita, tančení, je vhodné krátkodobé použití vaginálního pesaru. Toto nelze brát jako definitivní řešení, ale spousta pacientek zpočátku tento způsob preferuje (Hanáková, 2010, s. 158). Nejjednodušší metodou používanou k zlepšení svalového tonu a zlepšení stažlivosti svalstva pánevního dna u pacientek se stresovou inkontinencí je aplikace tzv. Kegellových cviků. Jde o nácvik kontrakce svalů pánevního dna, kdy nesmí být současně kontrakce účastněny další svalové skupiny, jako svaly gluteální nebo svalstvo břišní stěny. Dlouhodobé výsledky tohoto cvičení jsou udávány až v 80% za předpokladu, že je cvičení prováděno bezchybně, pravidelně a alespoň po dobu několika měsíců (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30).

2.4.7 Léčba močové inkontinence u seniorů

U seniorů je třeba se před zahájením léčby inkontinence zaměřit na pátrání po vlivech, jež mají ve stáří přímý účinek na únik moči. Vhodné je postupovat dle zavedeného schématu DIAPPERS. V některých případech již po odstranění těchto vyvolávajících faktorů dojde k vymizení inkontinenčních potíží bez nutnosti další léčby.

Je potřebné též dodržet několik jednoduchých obecných zásad, které jsou schopny po jejich realizaci snížit počet inkontinenčních epizod. Mezi tyto jednoduché zásady patří například správná úprava domácího prostředí. Zajistit co nejkratší cestu na WC, dostatek světla na této cestě, nutností je zajištění cesty bez překážek a plochy k úchytu jako jsou madla a zábradlí. Pacient by měl mít vždy v dosahu pomůcky k udržení mobility, např. francouzské hole, chodítko. Pokud je pacient výrazně imobilní, je třeba zajistit jiné vyřešení problému, např. podložní mísa, močová láhev, nebo toaletní křeslo. Další důležitou zásadou je zajistit vhodný oděv pacienta, aby byl schopen v případě potřeby se rychle vysvléci. Nesmíme zapomínat ani na správný denní příjem tekutin a to jak z hlediska nízkého tak i vysokého příjmu.

Behaviorální terapie u seniorů vychází ze zjištění porušené kontroly kortikálního mikčného reflexu. V důsledku tohoto zjištění je díky mikčnému tréninku (bladder

drill) možná úprava inkontinence. Ze začátku pacient vede mikční deník, kam pokud možno co nejpřesněji uvádí četnost mikce a objem jednotlivých porcí při mikci. Následně pacient provádí mikci v pravidelných přesně určených časových intervalech i v případech, kdy nemá pocit nucení k močení. Zprvu se tato doba mezi mikcemi pohybuje v rozmezí 30-60 minut, pro noční hodiny nejsou tyto periody stanoveny. Pacient pokračuje v zapisování mikčního deníku, abychom zajistili dostatečnou kontrolu efektu terapie. Následně je nutné, aby pacient jednotlivé časové intervaly mezi mikcemi posunoval. Celý nácvik praktikujeme alespoň 6-8 týdnů, kdy by již měl být patrný alespoň částečný efekt. Statistiky uvádí efekt této terapie močové inkontinence u seniorů v rozmezí 25-57 %. Pokud je toho pacient schopen, je vhodné aplikovat cvičení pánevního dna. Vhodné je provádění tzv. Kegelových cviků (metodu objevil a zavedl Arnold Kegel v roce 1948), které jsou ve svém provedení velmi jednoduché a pokud je cvičení prováděno pravidelně, pak je jeho efekt uváděn až v 84%. Samotné cvičení spočívá ve frekventních a opakovaných stazích svalů pánevního dna. Je potřebné aplikovat tyto cvičení vícekrát denně, až 500 opakování. Ovšem jiné prameny považují u seniorů za dostatečné i minimální rozsah cvičení a to 12 kontrakcí svalů pánevního dna ve třech sériích denně, opakované 3 až 4 krát za týden. U seniorek lze s dobrým efektem aplikovat i pesaroterapii. Tato poměrně stará technika terapie stresové inkontinence u žen byla popsána již na přelomu 19. a 20. století. Metoda je založena na nadzvednutí spodiny močového měchýře a tím vyrovnání zadního vesikouretrálního úhlu pomocí pesaru, jež je zaveden do pochvy nad úroveň pelvické membrány (Romžová et al., 2010, s. 120 – 122).

I v dnešní době je stále v povědomí veřejnosti i některých lékařů a nelékařského zdravotnického personálu nesprávný názor, že u starší populace je inkontinence, nykturie, urgence naprosto běžná záležitost a že s tím nelze, nebo není třeba nic dělat. Bylo by zapotřebí, aby tento názor byl eliminován. Vzhledem k současnému trendu stárnutí populace a posunu průměrného věku úmrtí, lze předpokládat, že s tímto faktem bude také spojen vyšší výskyt pacientů s inkontinencí a symptomy OAB (Vrtal et al., 2008, s. 236).

3 PÉČE O PACIENTY POUŽÍVAJÍCÍ INKONTINENČNÍ POMŮCKY

I přes poměrně široké možnosti, jak kauzálně řešit močovou inkontinenci, je stále u velké části pacientů potřeba používat inkontinenční pomůcky. Zvolení správného typu pomůcky je velmi důležité, a proto je nutné, aby nelékařský zdravotnický personál zajišťující ošetrovatelskou péči byl o vhodném užití daných pomůcek důkladně informován. Nejde jen o to, znát dlouhý seznam dodavatelských firem a výrobců, ale důležitější je, abychom si byli vědomi vlastností, jež tyto pomůcky nabízejí a ve skutečnosti mají. Je třeba vždy zohlednit individuální potřeby daného pacienta a taky nároky, jaké budou na pomůcku kladeny. Pokud jsou nově diagnostikovány u pacienta potíže s kontinencí moči, je třeba citlivým přístupem a cíleným pohovorem pacienta edukovat o dané problematice. Dle aktuálních potřeb vybereme pro pacienta danou pomůcku za účelem zmírnění a vyřešení dané problematiky. Je třeba pacientovi pomoci při zvolení správné pomůcky a také edukovat, eventuelně prakticky nacvičit používání pomůcky. Pomůcku je třeba volit uvážlivě, například pacientovi bez omezení mobility s mírnými projevy inkontinence není nutné nabízet pleny, ale daleko vhodnější je pro něj použití vložky, která není příliš vidět a je daleko intimnější.

Pokud je nutností používat pleny, zejména u imobilních pacientů, jsou doporučovány pro velmi dobré zkušenosti výrobky s označením flex. Jejich výhodou je díky vhodnému způsobu zajištění přichycení možnost již používanou plenu rozepnout a poté ji bezproblémově opět fixovat. Díky tomuto lze použít další jednorázovou plenu vloženou dovnitř. Mechanismus fixace, který je u těchto plen využíván, funguje na principu tzv. suchého zipu. Je možné je takto použít v kombinaci s dalšími pomůckami, jako jsou jednorázové vložky. Díky tomuto lze plenu ponechat nasazenou déle a zároveň ji použít jako pomůcku pro udržení vložky ve správné pozici. Pleny nejsou těžké, jsou vyrobeny ze vzdušného a prodyšného materiálu a díky tomu je jejich použití velmi snadné. Na trhu je množství absorpčních plen od různých výrobců. S výhodou tak lze získat vzorky od výrobců a eventuelně požádat o jejich pomoc při výběru vhodné pomůcky pro daného pacienta.

Před použitím plen jako inkontinenční pomůcky je třeba pacienta eventuelně členy rodiny dostatečně edukovat o správnosti používání plen, nutnosti jejich pravidelné obměny a důsledné zajištění hygieny v anogenitální oblasti, čímž je možné snížit riziko výskytu infekčních komplikací (infekce dolních močových cest), rozvoj opruzenin a případný zápach.

Další důležitou součástí péče o inkontinentní pacienty používající pleny je péče o pokožku s cílem zajištění ochrany genitálu před negativním vlivem moči použitím vhodných přípravků k ošetření a ochraně pokožky, např. krémy, oleje ve spreji, vhodná čistící pěna apod. Samozřejmostí je přístup striktně individuální k jednotlivému pacientovi. Je zřejmé, že pro některé pacienty není inkontinence subjektivně tak závažný problém, ale pacient je deprimován tím, jak situaci bude zvládat. Je velmi důležité, aby se pacient při řešení potíží s inkontinencí neseťkal s nezájmem, špatnou informovaností a neochotou zajistit mu adekvátní pomoc (Jančová, 2007, s. 138).

3.1 Intermitentní katetrizace

Čistá intermitentní katetrizace představuje v současnosti terapii první linie u nemocných s nemožností mikce nebo s vysokým postmikčním reziduem. Pokud budeme techniku intermitentní katetrizace jako jednu z možností k zajištění evakuace moči z močového měchýře porovnávat s jinými technikami, např. Credého hmat, reflexní mikce či permanentní katetrizace, je intermitentní katetrizace daleko bezpečnější a efektivnější stran snížení rizika poškození horních močových cest. Lze ji jako terapii poruch evakuace močového měchýře využít u pacientů s neurogenní i non-neurogenní poruchou mikce, nebo ji kombinovat s jinými terapeutickými metodami. Nutným požadavkem pro možnost aplikace terapie intermitentní katetrizací je dobrý celkový fyzický stav nemocného, předpoklad zvládnutí edukace a další nutné spolupráce. Je důležité, aby byla zachována dostatečná pohyblivost horních končetin a schopnost jemných pohybů rukou k nutnosti uchopení katetru a jeho bezproblémového zavedení do uretry. V dnešní době jsou k dispozici tři

způsoby použití intermitentní katetrizace, patří mezi ně sterilní zavádění, dále čistá katetrizace a non-touch technika.

Sterilní intermitentní katetrizace je nejčastěji používána tam, kde je největší riziko vzniku nozokomiálních infekčních komplikací, tj. v nemocničním prostředí nebo v rehabilitačních ústavech. Vždy je nutné maximálně dodržet sterilní postupy, ke každé jednotlivé katetrizaci použít nový originální sterilní katetr, sterilní nástroje i rukavice, sterilní lubrikant, vždy zajistit desinfekci zevního ústí uretry před zaváděním katetru.

Při použití čisté intermitentní katetrizace, obvykle v domácím prostředí, je před zavedením katetru požadováno jen omytí rukou, zevního ústí močové trubice vhodným mýdlem a teplou vodou, není nutné ani použití sterilního lubrikantu. U vybraných pacientů lze tolerovat i použití jednoho katetru vícekrát, pacient po použití katetru uchovává v desinfekčním roztoku.

Non-touch technika je považována za mezistupeň mezi sterilní technikou a čistou katetrizací, její využití je vhodné u některých pacientů. V podstatě jde o co největší snahu přiblížení se k sterilní technice v podmínkách domácího prostředí. Opět před samotnou katetrizací provádíme hygienické omytí rukou a penisu mýdlem a vodou, pokud je k dispozici, používáme i desinfekci na ústí uretry. Ke každé jednotlivé katetrizaci je použit vždy nový sterilní katetr. Pacient jej při zavádění vezme do ruky za střední část obalu, zbylé části perforovaného obalu odstraní a dává pozor, aby se katetru mimo obal nedotkl a tento zůstal sterilní.

Zvolení dané techniky katetrizace je v rukou ošetřujícího lékaře, obvykle urologa. V každém případě by měl být při katetrizaci u mužů používán lubrikant, v případě katetrizace u žen k jeho použití přistupujeme individuálně. Důležité je, aby byl lubrikant zaveden přímo do uretry. Při nanášení gelu jen na špičku katetru dojde při jeho zavádění k setření gelu v oblasti ústí uretry a močová trubice poté není dostatečně lubrikována a průběh katetrizace nemusí být optimální. V indikovaných případech pacienti používají katetry hydrofilní, potažené lubrikantem již přímo od výrobce. Odpadá tak nutnost lubrikovat uretru gelem, katetrizace je tak snadnější a při jejich použití se snižuje i riziko traumatu močové trubice a riziko zavlečení infekce.

Pokud pacienta indikujeme k provádění intermitentní močové katetrizace, je nutné jej řádně edukovat o účelu této terapie buďto ošetřujícím lékařem, častěji ošetřujícím personálem. Edukace a samotný nácvik intermitentní katetrizace je obvykle realizován při hospitalizaci na spinálních jednotkách, urologických odděleních, či v rehabilitačních centrech, ambulantní nácvik bývá prováděn v urodynamických ambulantních poradnách. Frekvence jednotlivých katetrizací během dne je obvykle 5-6, množství cévkované moči v jedné porci by nemělo být větší než 400-500ml. Pokud je pacient schopen cítit náplň močového měchýře, provádí cévkování dle toho, v opačném případě se provádí cévkování v pravidelných časových intervalech. Pokud to zdravotní stav pacienta umožní, snižuje se denní příjem tekutin na maximální množství 2000ml, dále pak není vhodné výrazněji pít po 18. hodině, jinak se pacient musí cévkovat i v nočních hodinách. Předpis katetrů k intermitentní katetrizaci zajišťuje praktický lékař nebo urolog. Mimo vypsání poukazu na pomůcku je nutné žádat příslušnou zdravotní pojišťovnu o zvýšení úhrady a tuto musí schválit revizní lékař.

Samozřejmě je intermitentní katetrizace spojena s výskytem nežádoucích komplikací, ovšem jejich četnost není příliš vysoká, např. traumata uretry, někdy zúžení močové trubice. Výskyt infekce močových cest u pacientů provádějících intermitentní katetrizaci patří mezi obvyklou komplikaci. Je třeba si však uvědomit, že pacienti s permanentní močovou cévkou eventuelně s epicystostomií jako derivací moči jsou infekčními komplikacemi postiženi dvakrát častěji (Baumová, 2008, s. 197-199). Výskyt bezpříznakové bakteriurie a bakteriální kolonizace dolních močových cest není ovlivněn používáním hydrofilních katetrů, zároveň ale při jejich používání je výskyt závažných akutních infekcí močového měchýře výrazně nižší. Ke vzniku traumatu uretry dochází stejně často u cévkování lubrikovaným katetrem ve srovnání s normálním PVC katetrem, pokud ovšem k traumatu došlo při cévkování PVC katetrem, bylo poranění závažnější (Šámal et al., 2011, s. 235).

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ PROBLEMATIKA PACIENTŮ S MOČOVOU INKONTINENCÍ

Inkontinence moči jako taková je v povědomí veřejnosti stále tabuizována. Krhut na toto téma uvádí: „jen 42% z dotazovaných pacientů bylo schopno o tématu urgency a inkontinence hovořit otevřeně a beze studu“ (Krhut et al., 2011, s. 183). Při diagnostice a léčbě projevů inkontinence není důležitá jen správně zvolená terapie a používání inkontinenčních pomůcek, ale také správný přístup personálu vykonávajícího ošetrovatelskou péči, adekvátně nabídnutá pomoc pacientovi, pochopení jeho potíží, nezlehčování problému, by mělo být samozřejmým přístupem ke každému pacientovi. Pacienti s neléčenou inkontinencí, žijící aktivním životem, mají velmi často obavy z omezení společenských kontaktů, posměchu okolí, špatně se jim hledají nové vztahy, mají pocit osamění při řešení svého problému. O tom, co pacienti cítí a trápí je, nejsou často informovaní ani jejich příbuzní a ani ošetřující lékaři. Pro většinu pacientů představuje inkontinence nejen hygienický problém, ale také postižení v psychosociální rovině. Ze strachu, pocitu zahanbení a nedostatku informací, někteří pacienti nepoužívají správné absorpční pomůcky a inkontinenci řeší jen používáním nejrůznějších kusů látky, kapesníků apod., místo účinných plen (Jančová, 2007, s. 138).

Inkontinence moči nepředstavuje pouze problém ve zdravotní oblasti. Po přihlédnutí k jejímu vysokému výskytu a zastoupení ve všech věkových kategoriích je pro nás problémem i v socioekonomické rovině. Přítomnost močové inkontinence má zásadní vliv na dosavadní život pacienta. Ve své podstatě zhoršuje jeho životní standard, ovlivňuje významnou měrou jeho zdravotní stav i v jiných oblastech. Ovlivňuje společenské postavení a může být důvodem změny, až ztráty postavení ve společnosti, což vede k celkové izolaci a osamění pacienta (Romžová et al., 2010, s. 119).

Velmi závažný vliv na psychický, sociální i zdravotní stav má inkontinence moči u žen spojená s nástupem menopauzy. Vlivem poklesu produkce ženských hormonů dochází k orgánovým změnám, které jsou většinou trvalé. Až u poloviny žen

se během života rozvine inkontinence různé příčiny i stupně, její přítomnost působí výrazně stresově a může ženu i invalidizovat. Pokud je již žena inkontinencí postižena, veškerá její činnost je tímto faktorem významně omezena. Inkontinentní ženy trápí pocity nejistoty, mají pocit zhoršené hygieny, cíleně omezují kontakty se společnostmi, přáteli, snižuje se u nich sebedůvěra, pohybují se ve svém uzavřeném světě. Svoje aktivity lokalizují jen do míst, která dobře znají, a je v těchto místech zajištěna okamžitá dostupnost toalety. Pro potíže s inkontinencí jsou ženy schopny i ukončit pracovní poměr, opustit oblíbené aktivity jako je sport či jiné fyzické činnosti, odmítají kontakt s přáteli a odmítají sexuální aktivity. Jejich psychický stav se výrazně zhoršuje, profesní, sociální a zejména partnerské vztahy bývají velmi narušené. Většina žen přítomností inkontinence značně psychicky strádá, má obavy se s tímto problémem obrátit na svého lékaře. Dle studií pacientka otálí tři roky s vyhledáním odborné pomoci (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30).

Močová inkontinence není jen problémem vyspělých zemí, ale jde o celosvětové onemocnění, které se vyskytuje až u 50 % žen v průběhu jejich života. Zarážející je její incidence, která je vyšší než mnohé, veřejnosti více známé choroby jako Alzheimerova nemoc, nejrůznější alergie a další tzv. civilizační choroby. Až čtvrtina žen s projevy postmenopauzálních poruch je v souvislosti s nimi postižena inkontinencí moči, ovšem v žádném případě nelze inkontinenci vnímat jako součást, nebo projevy stárnutí (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 32). Citlivý psychologický přístup personálu vykonávajícího ošetrovatelskou péči je nutné dodržovat u každého jedince s inkontinencí moči. Pro přítomnost psychických poruch téměř u všech pacientů s inkontinencí moči je vhodné doplnit též psychologické vyšetření. Studie zkoumající psychologické projevy vyvolané přítomností inkontinence upozorňují hlavně na projevy chronického napětí s dopady na vztahy v zaměstnání, depresivní labilitu, přítomnost poruch v sexuální oblasti, neadekvátní jednání při stresové zátěžové reakci. Mezi psychosomatické projevy vlivu inkontinence na psychiku pacientů jsou negativní vlivy v oblasti sexuálních vztahů, snížení až úplné vynechání sportovních a rekreačních činností (Dzvinčuk, Müller, Látalová, 2008, s. 92).

Rozsáhlé vědecké studie věnující se ovlivnění života pacientů trpících OAB, s ovlivněním jejich sociální úrovně a stavu jejich emočního napětí, ukázaly velmi zajímavé i závažné výsledky. Až 2/3 pacientů s projevy OAB uvedlo,

že je symptomy onemocnění obtěžují v obvyklých denních aktivitách. Ovšem přes tuto skutečnost není podle velkého množství pacientů nutné navštívit lékaře, z důvodu, že od tohoto neočekávají přínos pro změnu stavu. Zhruba 40% mužů a 48% žen uvádějí, že potíže s inkontinencí nevnímají jako onemocnění. Zejména u mužské populace převládá názor, že potíže s inkontinencí jsou něčím, na co si musejí zvyknout a naučit se s tím žít. Až 2/3 mužů i žen považují projevy inkontinence za normální projevy stárnutí a zhruba 1/3 dotazovaných mužů i žen považuje rozvoj inkontinence za následek dosavadního stylu života. Projevy OAB s inkontinenčními epizodami ve větší míře postihují pracovní výkonnost a mají vliv na přerušování pracovní činnosti u mužů (38% muži, 31% ženy). Stejně tak byl inkontinencí ovlivněn výběr práce s ohledem na prostředí, v kterém měla práce probíhat a rozvržení pracovní doby (u mužů v 21%, u žen v 8%). Přítomnost inkontinence u mužů vedla častěji k ukončení pracovního poměru a odchodu do starobního důchodu i předčasného (Brodčák et al., 2008, s. 18).

ZÁVĚR

V této bakalářské práci byly shromážděny základní dostupné informace o poměrně složitém problému, který představuje močová inkontinence, jak bylo stanoveno v prvním cíli při tvorbě této práce. Byly shrnuty typy inkontinence moči tak, jak je definuje Marenčák (2006). Výskyt inkontinence moči je 5-20% celosvětově, z toho u ženské populace je výskyt dva až třikrát častější (Marenčák, 2006, s. 112). S přibývajícím věkem nad 80 let dochází k vyrovnání incidence inkontinence moči u mužů i žen. Nejčastějším typem inkontinence moči vyskytující se u žen je stresová inkontinence. Naopak u mužů je výskyt inkontinence nejčastěji spojen s projevy LUTS, při onemocněních prostaty (Romžová, 2010, s. 119-120). U mužů stoupá výskyt stresové inkontinence po radikální prostatektomii (Ženíšek, 2010, s. 26-27). Neurogenní poruchy močového měchýře se vyskytují zejména na podkladě léze míšní (Baumová, 2008, s. 97).

V rámci druhého cíle byla zjištěna tato data. Autoři se ve svých závěrech shodují při diagnostice inkontinence moči na nutnosti vyloučení faktorů, jež by mohly negativním způsobem ovlivnit funkci močového měchýře, s kladením zřetele na zjištění důkladných anamnestických dat (Marenčák, 2006, s. 113-14, Romžová et al., 2010, s. 120, Hanáková, 2010, s. 156). Správný terapeutický postup při léčbě inkontinence moči je shrnut v guidelines jež byly ustanoveny v roce 1998. V terapeutickém algoritmu jsou primárně používány konzervativní postupy, při jejich selhání jsou indikovány specializované postupy (Thüroff et al., 2011, s 72-73). Nedílnou součástí terapie inkontinence moči jsou režimová opatření (Hanáková, 2010, s. 158). Při využití farmakoterapie se autoři shodují na pozitivním efektu aplikace anticholinergik. Po zahájení léčby anticholinergiky je třeba se dostatečně věnovat výskytu nežádoucích vedlejších účinků (Thüroff et al., 2011, s. 75, Sobotka, Hanuš, Novák, 2010, s. 86). Důležitou součástí konzervativní léčby inkontinence je fyzioterapie a behaviorální přístupy včetně biofeedbacku (Dzvinčuk, Müller, Látalová, 2008, s. 94, Sobotka, Hanuš, Novák, 2010, s. 85-86). Fyzioterapii a behaviorální postupy lze využít jako primární možnosti léčby s, nebo bez farmakoterapie. Při použití fyzioterapie dochází u 23 % procent pacientů k vyléčení a u 48 % pacientů je zaznamenáno výrazné zmírnění potíží (Holaňová, Krhut, 2010,

s. 308-309). Při použití biofeedbacku je uváděno zmírnění symptomů u 76-86% pacientů (Sobotka, Hanuš, Novák, 2010, s. 85-86). Nejjednodušší metodou fyzioterapie je provádění tzv. Kegelových cviků, jejich efekt je při správném provádění uváděn až v 80% (Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30, Romžová et al., s. 120-122). Ovšem jiní autoři vidí nevýhodu Kegelových cviků v absenci komplexního terapeutického přístupu (Holaňová, Krhut, 2010, s. 308-309).

Přes možnosti kauzálního řešení inkontinence moči, zůstává množství pacientů s nutností použití inkontinenčních pomůcek a potřebou ošetrovatelské péče. Předložení poznatků, týkajících se této problematiky bylo třetím cílem bakalářské práce. Úlohou personálu zajišťujícího ošetrovatelskou péči je pacienta správně edukovat a nacvičit používání pomůcky, zajistit ochranu pokožky a minimalizovat riziko infekce močových cest (Jančová 2007, s. 138). Nedílnou součástí je účast nelékařského zdravotnického personálu při nácvičku intermitentní katetrizace. Této problematice se ve svém článku věnuje Baumová (2008) a zároveň upozorňuje na komplikaci v podobě infekce, kterou jsou ovšem pacienti s permanentní derivací moči postiženi dvakrát častěji, než pacienti využívající technik intermitentní katetrizace (Baumová, 2008, s. 197-199).

Nutný je také správný psychologický přístup s pochopením problému, dostatkem porozumění pro pacienty, kteří jsou inkontinencí značně limitováni v běžných činnostech, a jen necelá polovina těchto pacientů je schopna o těchto svých problémech otevřeně hovořit. S těmito názory se ztotožňují všichni autoři prezentovaných článků (Krhut et al., 2011, s. 183, Jančová, 2007, s. 138, Romžová et al., 2010, s. 119, Trněná, Horčíčka, 2011, s. 30-32, Dzvinčuk, Müller, Látalová, 2008, s. 92, Broďák et al., 2008, s. 18). Shromáždění těchto informací bylo čtvrtým cílem přehledové bakalářské práce.

Po dlouhé době rozdílných přístupů k pacientům s inkontinencí moči, došlo k sjednocení názorů jak v diagnostice, terapii, tak i v ošetrovatelské péči o pacienty, s nimiž se ztotožňují všichni autoři prezentovaných článků.

Přesto, že není inkontinence moči postižením jednoduchým a pro mnoho pacientů v jejich životě představuje výrazné omezení, lze za předpokladu aplikace komplexního ošetrovatelského a terapeutického přístupu zvládnout její symptomatologii a v některých případech ji definitivně vyléčit.

BIBLIOGRAFICKÉ ZDROJE

BAUMOVÁ, Ivanka. 2008. Intermitentní katetrizace jako součást léčby dysfunkcí močového měchýře. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 4, s. 197-199. ISSN 1213-1768.

BROŽÁK, Miloš et al. 2008. Prevalence symptomů dolních močových cest a hyperaktivního močového měchýře u žen a mužů v běžné populaci. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 1, s. 16-20. ISSN 1213-1768.

DZVINČUK, Petr, MÜLLER, Otakar, LÁTALOVÁ, Eva. 2008. Inkontinence moči z pohledu gynekologa. *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč. 10, č. 2, s. 90-95. ISSN 1212-7299.

GARBACHINSKY, I., BADLANI, H. 2011. Stresová močová inkontinence u žen: diagnostika a léčba na základě hodnocení AUA Guidelines. *Urologické listy*. 2011, roč. 9, č. 1, s. 38-43. ISSN 1214-2085.

HANÁKOVÁ, Monika. 2010. Funkční poruchy močení u žen. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 156-159. ISSN 1213-1768.

HOLAŇOVÁ, Romana, KRHUT, Jan. 2010. Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 6, s. 308-309. ISSN 1213-1768.

JANČOVÁ, Bohumila. 2007. Inkontinence, problém nejen zdravotní, ale i společenský. *Urologie pro praxi*. 2007, roč. 8, č. 3, s. 138. ISSN 1213-1768.

KRHUT, Jan et al. 2011. Prevalence symptomů hyperaktivního měchýře u pacientů urologických ambulancí. *Česká urologie*. 2011, roč. 15, č. 3, s. 181-188. ISSN 1211-8729.

MARENČÁK, Jozef. 2006. Súčasný stav výskytu, diagnostiky a liečby urgentnej inkontinencie moču. *Urologie pro praxi*. 2006, roč. 7, č. 3, s. 112-116. ISSN 1213-1768.

ROMŽOVÁ, Miroslava et al. 2010. Inkontinence moči ve stáří. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 3, s. 119-123. ISSN 1213-1768.

ROMŽOVÁ, Miroslava et al. 2010. Inkontinence moči u neurogenního močového měchýře. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 5, s. 247-252. ISSN 1213-1768.

SOBOTKA, R., HANUŠ, T., NOVÁK, K. 2010. Hyperaktivní močový měchýř u dětí a dospělých. *Urologické listy*. 2010, roč. 8, č. 3, s. 83-88. ISSN 1214-2085.

ŠÁMAL, Vladimír et al. 2011. Čistá intermitentní katetrizace v léčbě neurogeních dysfunkcí dolních močových cest po spinálním poranění. *Česká urologie*. 2011, roč. 15, č. 4, s. 229-236. ISSN 1211-8729.

THÜROFF, J. W. et al. 2011. EAU Guidelines pro řešení močové inkontinence. *Urologické listy*. 2011, roč. 9, č. 4, s. 72-85. ISSN 1214-2085.

TRNĚNÁ, Zuzana, HORČIČKA, Lukáš. 2011. Inkontinence a menopauza. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 1, s. 29-32. ISSN 1213-1768.

VILHELMOVÁ, Libuše. 2011. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2011, roč. 12, č. 2, s. 97-99. ISSN 1213-1768

VRTAL, Radovan et al. 2008. Současný pohled na OAB a strategii léčby u mužů. *Urologie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 5, s. 236-241. ISSN 1213-1768.

ŽENÍŠEK, Jaroslav. 2010. Inkontinence moče po radikální prostatektomii. *Urologie pro praxi*. 2010, roč. 11, č. 1, s. 26-28. ISSN 1213-1768.

SEZNAM ZKRATEK

ACE	angiotenzin konvertující enzym
CNS	centrální nervová soustava
DIAPPERS	schéma faktorů ovlivňujících vznik inkontinence (delirium, demence, infekce, atrofie, psychiatrické nemoci, farmacoterapy, excesivní ztráty tekutin, redukováná mobilita, stolice)
IM	inkontinence moči
LUTS	(lower urinary tract symptoms), symptomy dolních močových cest
OAB	(over active bladder), hyperaktivní močový měchýř
PFMT	(pelvic floor muscle training), posilování svalů pánevního dna
PVC	polyvinylchlorid