

# Inkontinence moči u žen: příčiny, diagnostika a řešení

Lukáš Horčíčka

*Specializovaná zdravotní péče o pacientky s dysfunkcí močového systému, jejíž odborné a organizační předpoklady jsme dlouhodobě vytvářeli, je možná jen díky funkční síti ambulantních zařízení. Žijeme v době, kdy je pozornost laiků a odborníků v řešení problémů držení moči upřena k novým operačním technikám. Ambulantní péče o inkontinentní pacienty je poněkud opomíjena, přestože je nejdůležitějším článkem. Primární depistáž patientek s poruchami držení moči začíná v ambulancích gynekologů, urologů, ale hlavně praktických lékařů.*

Inkontinence je definována jako stížnost pacienta na jakýkoliv nechtěný únik moči. Je prokázáno, že doba od objevení se prvních příznaků inkontinence do zahájení adekvátní diagnostiky a léčby je průměrně tři roky. Na této časové linii pacientka pomalu ztrácí jakoukoliv naději v kvalitní řešení, a to ještě v době, kdy ošetřující lékař ani neví, že má tento naléhavý problém řešit. Pacientka se dosud nesevěřila a lékař se nezeptal...

**Incidence inkontinence** moči u žen je vysoká – zpravidla uvádíme, že každá druhá žena má během života potíže s udržením moči. S přibývajícím věkem se incidence zvyšuje. Uvádí se, že 38 % žen starších 60 let trpí inkontinencí.

**Organizace péče o inkontinentní pacienty má tři úrovně:**

- Primární péče: ošetřující gynekolog, praktický lékař, urolog, méně často neurolog, pediatr, internista. Pracoviště provádí depistáž (aktivní

vyhledávání) patientek, základní diagnostiku inkontinence moči a infekcí močových cest (popsáno níže). Odesílá pacientky k dalšímu vyšetření do vyššího centra k určení typu inkontinence a rozhodnutí o charakteru další péče. Vede léčbu a sledování pacientů na doporučení specialisty.

- Sekundární péče: specializované urogynekologické, urologické pracoviště. Může být ambulantní privátní či státní, je vybaveno urodynamickým přístrojem, ultrazvukem a je schopno provádět cystoskopická vyšetření. Pracoviště provádí specializovanou diagnostiku poruch držení moči a navrhuje postup další léčby. Provádí speciální typy konzervativní léčby, například elektrostimulace, terapii biostimulačním laserem, eventuálně dalšími speciálními pomůckami.
- Terciární péče: specializované lůžkové zařízení vybavené stejně jako

pracoviště sekundární péče. Většinou je v přímé vazbě na toto pracoviště, zejména v oblasti personální. Provádí zejména chirurgickou léčbu močové inkontinence a rekonstrukční operace pánevního dna.

Současná situace v České republice je poznamenána splýváním sekundární a terciární úrovně péče, neboť většina specializovaných pracovišť je součástí lůžkových zařízení ve smyslu urogynekologických poraden.

## Diagnostika

### Anamnéza

Vstupní rozhovor se týká typu a závažnosti močové dysfunkce, prodělaných infekcí močového systému, všeobecné anamnézy, gynekologického předchorobí s porody – způsobem jejich vedení a porodní hmotností dětí,

operacemi. Je třeba posoudit současnou medikaci, předchozí léčbu inkontinence, pracovní zařazení, ale také rodinný a sexuální život.

Speciální dotazy se musejí týkat urologické problematiky: polakisurie, nykturie, hematurie, dysurie, paradoxní ischurie.

Při dotazování pacienta pomohou i speciální dotazníky – dostupné jsou na webu Urogynekologické společnosti ([www.urogynekologie.com](http://www.urogynekologie.com)). Série otázek ulehčuje lékaři orientaci v problémech pacientky a alespoň v primárním kontaktu umožňuje hrubou diagnostiku. Dotazníky kvality života jsou v našich zemích zatím málo používány, chybějí dokonalé překlady dobrých a zároveň jednoduchých dotazníků. Jejich použití je však trendem, který v poslední době nabývá ve světě na vážnosti, a vyhodnocení dotazníku kvality života umožňuje komplexní náhled na potíže inkontinentní pacientky.

### Klinická vyšetření

#### Gynekologické vyšetření

**Aspekci** sledujeme specifické příznaky a patologické stavy charakteristické pro inkontinentní pacientku – macerace kůže rodidel, fluor, zápach atp.

**V zrcadlech** hodnotíme orientačně stav hormonální saturace sliznic. Pečlivě posuzujeme defekty závěsu pochvy a dělohy v klidu a při zátěži – respektive při zatlačení. Defekty anatomické podpory poševních stěn posuzujeme zvláště na přední stěně, zadní stěně a poševním apexu. Musíme si uvědomit, že za normálních okolností stěny pochvy nekříží longitudinální osu poševního kanálu, což je velmi důležité pro správné posouzení defektu. Přítomnost moči v pochvě nás musí vést k podezření z vezikovaginální píštěle.

**Při palpačním vyšetření** posuzujeme velikost a uložení dělohy, její pohyblivost, palpační citlivost (cervicitida může být příčinou urgentní inkontinence sensorického typu). Oblast uretrovezikálního spojení vyšetřujeme palpačně v klidu a při zatlačení a sledujeme její mobilitu. Neměli bychom opomenout vyšetření *per rectum*, s jehož pomocí můžeme posoudit míru poškození závěsu zadní poševní stěny, eventuálně posoudit poškození svěrače.

### Jednoduché testy

#### Stress-test

Při náplni močového měchýře kolem 200 ml vyzveme pacientku, aby rozkročila nohy, mírně pokrčila kolena (postoj vede k vyřazení účinku pánevního svalstva) a zakašlala. Pozitivní je test v případě úniku moči, proto doporučuji podložit pacientku buničinou.

#### Mikční deník

Pacientka si sama do předtištěného formuláře zaznamenává svůj mikční režim, včetně epizod nutkání a inkontinence. Je to velmi jednoduchý a neinvazivní způsob vyšetření. Doba záznamu je 24 hodin, je výhodné, aby byl zaznamenán i objem vymočené tekutiny. Hodnotíme nejenom počet mikcí a objem vymočené moči, ale i rozložení četnosti během dne a noci a lze také sledovat i četnost nutkavých pocitů. Vyšetřující lékař získává podrobný přehled o zvyklostech pacientky a mikční deník velmi dobře objektivizuje stížnosti pacientky. Pacientku je nutné důkladně poučit o způsobu vyplnění deníku.

#### Pad-weight test (PW test), test vážení vložek

Principem testu je vážení vložek za určité časové období. Zvýšení hmotnosti nás informuje o stupni závažnosti inkontinence. K rutinnímu použití se nejlépe hodí jednohodinový PW test. Před testem pacientka nemočí, poté po dobu jedné hodiny provádí předem určenou pohybovou aktivitu. Před uplynutím a po uplynutí doby jsou převáženy vložky, které použila.

Pro praxi je důležité, že oba předchozí testy umožňují předepisovat adekvátní množství správných absorpčních pomůcek.

#### Laboratorní vyšetření

Základem laboratorní diagnostiky u inkontinentní pacientky je chemické bakteriologické vyšetření moči a vyšetření močového sedimentu. Znalost bakteriálního prostředí rodidel by neměla být výjimkou vzhledem k častému zdroji infekce právě v poševním prostředí.

#### Léčba

V ambulanci praktického gynekologa pochopitelně nelze provádět ani

jednoduchou operační léčbu. Možnosti ambulantní léčby jsou přesto velmi široké.

#### Změna životního stylu

Změny životního stylu zahrnují rozbor a změnu vztahu mezi pacientčinými symptomy a jejím okolím pro léčbu špatných mikčních návyků. Toho může být dosaženo změnou pacientčina chování, změnou prostředí nebo obojího.

#### – Redukce nadměrné hmotnosti.

Nadváha je považována za silný rizikový faktor vzniku močové inkontinence. Vliv redukce hmotnosti na zmírnění projevů inkontinence byl však prokázán pouze u nadměrně obézních pacientek. U ostatních kategorií pacientek nejsou známa spolehlivá data, lze však s jistotou tvrdit, že je zcela namístě, pokud obézní pacientka před plánovanou operací zredukuje svoji tělesnou hmotnost.

#### – Omezení nadměrné fyzické aktivity.

Ve studiích byla prokázána statistická závislost mezi těžkou fyzickou prací a rizikem vzniku stresové inkontinence. Častěji je inkontinence pozorována také u rizikových sportů např. gymnastiky, kulturistiky, basketbalu, bojových sportů.

#### – Korekce příjmu tekutin.

Posouzení množství přijatých tekutin velmi dobře popisuje mikční deník v modifikaci objem/frekvence. Nadměrný příjem tekutin ve večerních hodinách zhoršuje projevy nykturie. Opačně omezení příjmu tekutin obvykle vede ke snížení kapacity močového měchýře se všemi neblahými důsledky hypertonu detruzoru.

#### Infekce dolních močových cest

Léčení akutních, ale i skrytých infekcí močových cest, respektive sanace opakované asymptomatické bakteriurie patří k prvním předpokladům dobré péče o inkontinentní pacientku. Je až s podivem, kolikrát léčba tzv. urgentní inkontinence provázené celodenním nutkáním a nykturií v tuto chvíli končí naprostým vyléčením pacientky.

#### Gymnastika pánevního dna

Posílení svalů pánevního dna je prvním terapeutickým krokem u méně

závažné stresové inkontinence nedoprovázené výrazným sestupem pánevních orgánů. Je nezbytně nutné se nespolehat na pouhé předání brožury se znázorněnými cviky. Je potřeba pacientku náležitě poučit zejména o pravidelnosti cvičení, eventuálně cviky názorně vysvětlit. Optimální je návaznost na zkušeného rehabilitačního pracovníka, fyzioterapeuta. Pravidelnost cvičení, ale také pravidelnost kontroly vedou ke zvýšení spolupráce pacientky. Efekt posilování svalstva pánevního dna je zřejmý až po uplynutí poměrně dlouhé doby. Obvykle upozorňují pacientky na minimálně tříměsíční období cvičení bez odezvy a apeluji na jejich trpělivost.

### **Biofeedback**

Technika biofeedbacku je užívána hlavně při léčbě stresové inkontinence. K získání zpětné vazby se nejčastěji využívá změn intravaginálního tlaku nebo elektromyografické aktivity. Při volní kontrakci svalů pánevního dna se mění měřené parametry a intenzita této změny je demonstrována akusticky, opticky či formou grafu na displeji přístroje. Základním principem metody je tedy získání povědomí o činnosti jednotlivých svalových skupin k nácviku izolované kontrakce či relaxace svalů. Vzhledem k náročnosti se tato metoda moc nepoužívá, přesto by měla mít své místo v dobře vedené rehabilitační péči. Může se stát jedním z ukazatelů kvalitně prováděného cvičení pánevních svalů.

### **Pesary**

Léčba pesary je široce referována, zavedena v běžné gynekologické praxi, a tak, jak je běžná, tak je i opomíjena. Důvody jsou dva – poměrně dobrá dostupnost operačního řešení sestupu pánevních orgánů a inkontinence a nedostatek kvalitních pesarů

pro řešení inkontinence či sestupu. Pro řešení inkontinence se hodí dva typy – kostkový a kruhový s uretrální olivkou. Méně vhodný je i klasický kruhový Mayerův pesar, včetně provedení z plexiskla. Doporučuji pacientku dobře poučit o nutnosti kontrol a extrakce. Pacientky se zavedeným pesarem dispenzarizujeme.

### **Farmakologická léčba stresové inkontinence**

Účelem léčby je zvýšit uretrální uzavírací tlak pomocí hladkých svalových vláken v uretře a příčně pruhované svaloviny svěračů a pánevního dna. V praxi používáme alfa sympatomimetika, která jsou limitována svými nežádoucími účinky, tudíž je užívá pouze úzký okruh pacientek spíše jako doplnění základních metod konzervativní léčby stresové inkontinence. Doporučoval bych, v případě zavedení léčby, aby pacientka byla již vyšetřena ve specializovaném centru.

### **Hormonální substituční léčba**

Hormonální léčba má v urogynologii již dlouholetou tradici. Jako nejvýhodnější se jeví vaginální aplikace ve formě čípků nebo mastí. Nejčastěji používáme estriol, méně často estradiol. Aplikace je doporučována u všech typů inkontinence. Prokazatelně je množství alfa-adrenergních receptorů závislé na tkáňové koncentraci estrogenů. Výborně působí estriol na trofiku poševní a vezikouretrální tkáň.

### **Léčba symptomů urgentní inkontinence**

Záměrně uvádím symptomů urgentní inkontinence, a ne urgentní inkontinence samotné. Domnívám se, že zkusmé použití parasympatolytik a spasmolytik bez předchozí zejména urodynamické diagnostiky má svá

poměrně velká rizika. Hlavním problémem, který pociťuji, je zhoršení spolupráce pacientky při neúspěchu zkusmé léčby v případech příliš velkých nežádoucích účinků použitých léků. Pokud se do léčby pustíme, doporučuji používat léky vyzkoušené, z oblasti parasympatolytik v plné denní dávce. Považuji za vhodné důkladné poučení pacientky o vedlejších účincích léku. Pokud terapie nemá úspěch do osmi týdnů, je nezbytně nutné doporučit pacientku do vyššího centra k důkladnému urodynamickému vyšetření.

### **Závěr**

Léčba inkontinence moči v ordinaci praktického lékaře je základním stavebním kamenem péče o inkontinentní pacientky. Bez aktivního vyhledávání jsou pacientky mnohdy odkázány na zcela nevyhovující hygienické pomůcky a kvůli svým potížím se pomalu izolují od společenského života i od svých bližních. Operační léčba je vhodná přibližně pro 20–30 % všech inkontinentních pacientek. Ostatním pacientkám plně dostačují konzervativní metody léčby inkontinence, které má v konečné fázi aplikovat ošetřující gynekolog, urolog či praktik. Je namístě se důkladně zorientovat v možnostech ambulantní diagnostiky a léčby inkontinence. To umožní nejenom zlepšit kvalitu života inkontinentních pacientek, ale také optimalizovat náklady na jejich léčbu, ať už jednoduchou diagnostikou, či včasným odesláním do specializovaného centra.

*Podrobnější a související informace na [www.urogynekologie.com](http://www.urogynekologie.com), [www.mocova-inkontinence.cz](http://www.mocova-inkontinence.cz), [www.incoforum.cz](http://www.incoforum.cz)*

**MUDr. Lukáš Horčíčka, Ph.D.**

GONA spol. s r.o., Praha  
E-mail: [horcic.luk@volny.cz](mailto:horcic.luk@volny.cz)