

INKONTINENCIA MOČU U ŽIEN – PREVENCIA A LIEČBA

Peter Urdzík, Alexander Ostró

II. gynekologicko-pôrodnická klinika, LF UPJŠ a FN L. Pasteura, Košice

Inkontinencia moču je definovaná ako nechcený únik moču, ktorý je objektívne dokázateľný a je sociálnym a hygienickým problémom. Každá druhá žena, vrátane mladých žien, má v priebehu života ťažkosti s udržaním moču. S pribúdajúcim vekom sa pohotovosť k inkontinencii moču výrazne zvyšuje a býva udávaná v 12 – 57 % celej populácie. Liečba urgentnej inkontinencie moču (UIM) je prevažne konzervatívna. Ak poznáme príčinu UIM, zameriame sa na jej liečbu. Pokiaľ túto príčinu nepoznáme, je cieľom liečby obnoviť centrálnu kontrolu mikcie alebo modifikovať inerváciu. Liečba stresovej inkontinencie moču (SIM) je prevažne chirurgická. Voľba operačného postupu sa určuje podľa klinickej závažnosti, urodynamických a zobrazovacích vyšetrení, veku, event. predchádzajúcich operácií. Zlatým štandardom bola kolpopexia podľa Burcha, avšak v súčasnosti sa do popredia dostávajú tzv. sľučkové operácie (tension free vaginal tape – TVT, intravaginal sling plasty – IVS a i.). Vzhľadom k veľkej prevalencii v populácii je vhodná prevencia IM, ktorá spočíva v uvedomelom prístupe lekára a pacientky k tejto problematike počas celého jej života.

Kľúčové slová: inkontinencia moču, diagnostika inkontinencie, liečba inkontinencie moču.

Kľúčové slová MeSH: inkontinencia moču – diagnostika, terapia; inkontinencia moču, stresová – chirurgia.

Via pract., 2006, roč. 3 (10): 471–474

Definícia

Inkontinencia moču (IM) je definovaná ako nechcený únik moču, ktorý je objektívne dokázateľný a je sociálnym a hygienickým problémom (1).

Klasifikácia

Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu uvádza tieto formy inkontinencie (2):

I. extrauretrálna:

- vrodená – extrofiie, ektopický ureter,
- fistuly – ureterálne, vezikálne, uretrálne;

II. uretrálna:

- **urgentná** – mimovoľný únik moču spojený so silným nutkaním k mikcii
 - nestabilný detruzor (motorická urgencia),
 - hypersenzitivita (senzorická urgencia),
- **reflexná** – prejav zvýšenej aktivity spinálneho mikčného reflexu netlmeného z CNS,
- **overflow, prepadová, pretlaková** – akútna, alebo chronická.

Je to retencia moču v dôsledku striktúry alebo neuropatie a moč odteká mimovoľne z prepĺneného močového mechúra – ischiuria paradoxa,

- **stresová, pravá alebo genuína** – je mimovoľný únik moču, keď intravezikálny tlak prevyšuje intrauretrálny bez prítomnosti kontrakcie detruzoru. Tiež býva označovaná ako inkontinencia uretry.

Posúdenie stupňa závažnosti

Delenie stresovej inkontinencie moču (SIM) podľa závažnosti má stále určitý význam. Najznámejší a z praktického hľadiska najvhodnejší je návrh Ingelmann-Sundberga, ktorý rozlišuje 3 stupne úniku moču pri pohybe a námahe, v sede a v ľahu (3).

Incidencia

Incidencia inkontinencie moču u žien je vysoká. Každá druhá žena, vrátane mladých žien, má počas života ťažkosti s udržaním moču. S pribúdajúcim vekom sa pohotovosť k inkontinencii moču výrazne zvyšuje a býva udávaná v 12 – 57 % celej populácie (4). Asi polovicu všetkých foriem predstavujú prípady len stresovej inkontinencie, no v 20 % sa vyskytuje stresová inkontinencia v kombinácii s urgentnou, asi v 30 % existuje samostatná urgentná inkontinencia.

Vyšetrovacie metódy (5)

Nevyhnutné vyšetrovacie metódy pred začatím terapie

Po nich možno stanoviť pracovnú diagnózu stresovej, urgentnej alebo zmiešanej inkontinencie a možno začať konzervatívnu, eventuálne operačnú terapiu. Pri neúspechu tejto liečby sú indikované ďalšie vyšetrenia.

a) Anamnéza

Anamnézou zisťujeme typ inkontinencie (stresová, zmiešaná, urgentná), ďalej podľa množstva použitých vložiek, počtu únikov moču za 24 hodín určujeme závažnosť inkontinencie. Zameriavame sa aj na iné močové príznaky (frekvenciu močenia, nyktúriu, dysúriu, hematúriu), chronickú medikáciu a príznaky spôsobené inými orgánmi (descensus

rodidiel, nádory, obstipáciu, neurologické príznaky a pod.). Ďalej sa snažíme zistiť vplyv inkontinencie na kvalitu života pacientky.

b) Mikrobiologické vyšetrenie moču a pošvového prostredia

c) Fyzikálne vyšetrenie

Cieľom je zistiť prítomnosť cystokély, event. descenzu maternice, taktiež je nutné vyšetřovať kontraktilitu svalstva panvového dna. Ak žena nie je schopná svaly kontrahovať, je potrebné vyšetřenie inervácie perinea a bulbokavernózneho reflexu.

d) Klinické testy

Marshallov test: v stojí pri naplnenom močovom mechúre sa zisťuje únik moču pri kašli; Bonneyov test: elevácia pošvovej steny vo výške uretrovezikálnej junkcie pomáha posúdiť prognózu operačného riešenia; Pad weight test: váži sa vložka po fyzickej námahe pri plnom močovom mechúri;

e) Zobrazovacie metódy

V súvislosti s kvalitou ultrazvukových prístrojov sa upúšťa od retiazkovej cystografie. Ultrazvukovým vyšetřením hodnotíme predovšetkým pozíciu a mobilitu uretrovezikálnej junkcie, vezikalizáciu proximálnej uretry a hrúbku steny močového mechúra.

f) Urodynamické vyšetrenia

Urodynamické vyšetřenie je v súčasnosti nevyhnutnou súčasťou komplexného vyšetřenia inkontinencie moču:

Tabuľka 1. Stresová IM (podľa Ingelmann-Sundberga).

Stupeň IM	Množstvo unikajúceho moču	Vyvolávajúce príčiny
I.	kvapky (+)	max. zvýš. intraabd. tlaku (kýchanie, kašeľ, smiech)
II.	väčšie množstvo (++)	beh, chôdza po schodoch
III.	veľké množstvo (+++)	min. zvýšenie intraabd. tlaku (vertikálna poloha)

- a) **cystometria** – zaznamenáva vzťah tlak/objem v močovom mechúre počas plnenia rôznou rýchlosťou tekutinou alebo plynom, a to v ľahu alebo v stoji. Je to základné vyšetrenie pri diagnostike urgentnej inkontinencie,
- b) **Uretrálny tlakový profil** – poskytuje informáciu o intrauretrálnom tlaku v priebehu dĺžky uretry. Pri súčasnej registrácii intrauretrálneho tlaku a intravezikálneho tlaku možno hodnotiť stresový profil. Jeho pozitívita je považovaná za dôkaz inkompetencie uretry – stresovej inkontinencie,
- c) **Uroflowmetria** – meria okamžité a celkové množstvo vymočeného tekutiny, ktoré je závislé na odpore uretry a intravezikálnom tlaku pri mikcii. Môže potvrdiť intravezikálnu obštrukciu,
- d) **Postmikčné reziduum** – objem tekutiny, ktorý zostáva v mechúre po kompletnom vyprázdnení močového mechúra.

Ďalšie možné vyšetrenia pri recidivách inkontinencie moču po operačnej liečbe alebo v iných komplikovaných prípadoch:

- a) elektromyografia,
- b) konziliárne (neurologické a psychiatrické) vyšetrenie.

Konzervatívna liečba inkontinencie moču

Urgentná inkontinencia moču (UIM)

Pokiaľ možno zistiť príčinu urgentnej inkontinencie, zameriame sa na jej liečbu alebo jej odstránenie. Pokiaľ túto príčinu nepoznáme, je cieľom liečby obnoviť centrálnu kontrolu mikcie alebo modifikovať inerváciu. Liečba tohto typu inkontinencie moču, resp. len urgencií je prevažne konzervatívna.

Liečbu môžeme rozdeliť do štyroch základných skupín:

1. Ovplyvnenie močového mechúra

Tento typ liečby sa snaží o znovuzískanie kortikálnej (CNS) kontroly nad funkciou močového mechúra. Do tejto skupiny radíme:

- a) Tréning pravidelného močenia – je to metóda založená na predpoklade psychosomatickej etiológie ťažkostí UI. Stratu inhibičných kortikálnych podnetov, navodených výchovou a normálne prítomných po celý život sa snažíme navrátiť predžovaním pravidelných intervalov medzi mikciami.
- b) Psychoterapia – pri vzniku UI sa spolupodieľajú stresové psychogénne faktory a naopak, pacientky trpiace inkontinenciou sú častejšie anxiózne alebo trpia depresiami.
- c) Hypnóza – výsledky nie sú uspokojivé. Odporúča sa až po zlyhaní klasickej liečby.

- d) Biofeedback – pacientkám je cestou zrakových, sluchových či taktilných vnemov podávaná spätná informácia o ich vlastných a normálne nevnímaných funkciách.
- e) Akupunktúra – táto metóda liečby zatiaľ nie je overená na väčších súboroch žien, a preto by mala byť použitá až po zlyhaní klasickej liečby.

2. Medikamentózna liečba

Súčasné znalosti o neurofyziológii a vegetatívnej inervácii močového mechúra a uretry umožňujú účinnejší výber lieku. Liečebný efekt medikamentózne liečby UI sa pohybuje približne medzi 60 – 80 %.

Cholinergné muskarínové receptory sú tvorené 5 subtypmi receptorov (M1 – M5). Močový mechúr obsahuje M2 a M3 receptory. Receptor M3 zohráva hlavnú úlohu pri kontrakcii močového mechúra za fyziologických okolností a M2 receptor môže zohrávať úlohu pri kontrakcii močového mechúra pri niektorých patologických stavoch. Receptorová selektivita je veľmi dôležitá pre maximálne využitie anticholinergného účinku pri orgánovej selektivitě ako aj na vylúčenie vedľajších účinkov.

V liečbe sa používa oxybutinín (Ditropan, Cystrin, Uroxal) v dávke 2 x 5 mg per os (p. o.). Na začiatku liečby musíme zhodnotiť znášanlivosť lieku pacientom, prípadne výskyt nežiaducich vedľajších účinkov a tomu potom prispôbiť dávku. V liečbe sa tiež odporúča imipramín (Melipramín) v dávke 2 x 25 mg p.o., propiverín (Mictonorm) 2 x 15 mg p. o. ako aj trospium (Spazmo-Lyt, Spazmex). V súčasnosti je najvhodnejší tolterodín (Detrusitol) v dávke 2 x 2 mg p. o., u ktorého bolo zaznamenané menšie množstvo vedľajších nežiaducich účinkov a veľmi dobrý liečebný efekt. Vzhľadom na jeho cenu je ale odporúčaný ako liek druhej voľby.

Výskyt detruzorovej instability sa zvyšuje vekom, a preto je častý u postmenopauzálnych žien. Estrogénové receptory boli dokázané hlavne v oblasti uretry a v trigone močového mechúra. Estrogény okrem zlepšenia trofiky ovplyvňujú aj α – receptory v uretre – čo vysvetľuje príčinu ich účinnosti aj pri liečbe stresovej IM, napriek tomu, že mnoho štúdií nedokazuje zmenu urodynamických parametrov. Na zmiernenie polakisurie, nykturie, urgencie a dysurie je možné preto využiť buď lokálnu hormonálnu terapiu – estriol (Ovestin), alebo celkovú hormonálnu substitučnú terapiu.

3. Elektrická stimulácia

Pri tejto liečbe sa elektricky stimulujú aferentné vlákna n. pudendus, čo vyvoláva podráždenie eferentných vlákien toho istého nervu a tým sa zvyšuje kontraktilita priečne pruhovaného svalu a svaloviny panvového dna. Súčasne je ovplyvnený aj vegetatívny systém, nastáva inhibícia parasympatiky a stimulá-

cia β -sympatických receptorov v močovom mechúre. Uretra je tonizovaná stimuláciou α -receptorov.

4. Chirurgická liečba

Distenzia močového mechúra – metóda založená na znížení citlivosti mechúra maximálnou distenziou steny dosiahnutou v narkóze. V súčasnosti sa od týchto metód ustupuje pre množstvo možných vedľajších nežiaducich účinkov (ruptúra močového mechúra a pod.)

Stresová inkontinencia moču (SIM)

1. Medikamentózna liečba stresovej inkontinencie moču

Zvýšenie uretrálneho odporu je možné stimuláciou α -receptorov, ktoré sú uložené v báze močového mechúra a uretre, napr. midorin (Gutron). Podobné výsledky má u žien v menopauze celková či lokálna hormonálna liečba.

2. Chirurgická liečba

Indikáciu na chirurgickú liečbu IM sú ťažšie stupne stresovej IM po predchádzajúcej konzervatívnej terapii. Kontraindikáciou operačnej liečby SIM sú abnormálne nálezy pri cystometrii, cystoskopii, kultivácii z moču, detruzorosfinkterickej dyssynergii a všeobecné kontraindikácie (ochorenia znemožňujúce operačnú liečbu).

Operačné postupy podľa miesta úpravy a mechanizmu účinku (7):

1. zriadenie parauretria a hrdla mechúra (Kelly, Stoeckel, Atabekov),
2. opora hrdla mechúra a uretry (Martius, Krantz, Wertheim-Schauta),
3. závesné suprapubické operácie (Marshall-Marchetti-Krantz, Perrin, Burch),
4. závesné operácie vaginálno-ihlové (Pereyra, Stamey, Raz, Melier),
5. kombinované postupy (Kelly-Ball, Pereyra ai.),
6. „sľučkové“ závesné operácie (riešenie intrinsickej sfinkter deficiencie – ISD!): z fascie m. rectus abdominis, TVT, IVS a i.

Voľba operačného postupu sa určuje podľa klinickej závažnosti, urodynamických a zobrazovacích vyšetrení, veku, event. predchádzajúcich operácií a i. Celosvetovo sa doposiaľ považovala kolpopexia podľa Burcha za zlatý štandard operačnej liečby SIM. Najnovším trendom však sú tzv. sľučkové operácie pomocou inertných materiálov (TVT, IVS a i.) aj vzhľadom na to, že riešia aj ISD (80 % úspešnosť).

K pooperačným recidivám dochádza v 15 – 50 % prípadov. Na zníženie ich frekvencie treba exaktnú predoperačnú diagnostiku (najväčšiu úspešnosť má vždy primárna operačná liečba), zohľadňovanie kontraindikácií, voľbu správnej metódy, pooperačný režim, zamedziť infekcii, rehabilitáciu, adekvátnu fy-

zickú a pracovnú záťaž, životosprávu ako aj skúseného operátora.

Záver

Liečba IM u žien predstavuje aj napriek úspechom v poslednom desaťročí vážny odborný, sociálny a ekonomický problém. Preto a tiež vzhľadom na veľkú prevalenciu v populácii – je nevyhnutná **prevencia. Tá spočíva v uvedomelom prístupe lekára a pacientky k tejto problematike počas celého jej života.** Začiatkom je navodiť správne mikčné návyky v najrannejšom detstve. Fixácia reflexných oblúkov kontrolujúcich zhromažďovanie a vypudzovanie moču je predpokladom pre správnu neskoršiu funkciu uropoetického systému. Významnú úlohu má prevencia infekcií a ich liečba v mladosti. Generačné funkcie zaťažujúce močové ústrojenstvo v tehotnosti a postihujúce dôležité zložky závesu

uretrovezikálnej junkcie pri pôrode uľahčujú vznik porúch kontinencie často v súvislosti s insuficienciou panvového dna. Starostlivosť o správnu funkciu obličiek a odvodných močových ciest u žien v tehotnosti, šetrný pôrod s následným ošetrením poranení a vedomá snaha o posilnenie panvového dna a reedukáciu normálnej mikcie v rannom šestonedelí pomáha prekonať toto náročné obdobie bez následkov na kontinenciu. Ďalším obzvlášť dôležitým obdobím je klimaktérium a postmenopauza s vyhasináním

hormonálnej produkcie, ktorá doteraz podporovala tonus závesného aparátu vnútorných pohlavných orgánov a dolného močového ústrojenstva. Práve v tomto období je nutné odkryť a riešiť symptómy, ktoré nepriaznivo a osudovo ovplyvňujú druhú polovicu života ženy.

MUDr. Peter Urdzík

II. gynekologicko-pôrodná klinika, LF UPJŠ
a FN L. Pasteura, Rastislavova 43, 041 90 Košice
e-mail: urdzo@zoznam.sk

Literatúra

1. Abrams, P. et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardisation Subcommittee of the International Continence Society, *Neurol. Urodyn.*, 2002, 21, s. 167.
2. Martan, A. et al. Inkontinence moči a ultrazvukové vyšetrenie dolného močového ústrojí u žien. *Praha, PanMed* 2001, 190 s.
3. Stanton, S.L., Tanagho, E.A. (Eds). *Surgery of female incontinence*. 2nd ed. Berlin: Springer, 1986, 285 s.
4. Diokno, A.C., Brown, M.B., Brock, B.M., et al. Prevalence and outcome of surgery for female incontinence. *Urology*, 1989, 33, 4, s. 285–290.
5. Martan, A. et al. Doporučení k diagnostice a terapii inkontinence moči u ženy. *Čes. Gynek.*, 2002, 67, s. 305–306.
6. Martan, A., Mašata, J., Švábík, K. Konzervatívni léčba inkontinence moči. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2003, 12, č. 1, s. 98–99.
7. Hollý, I. Starostlivosť o ženy s inkontinenciou moču. *Gynekol. Prax*, 2003, 1(1), s.: 36–38

ABRI FORM

plienkové nohavičky pre dospelých
s elastickou flexibilnou fóliou

X-Small	Super	1400 ml	126 ks
Small	Super	1800 ml	99 ks
	X-Plus	2200 ml	86 ks
Medium	Plus	2100 ml	86 ks
	Super	2500 ml	78 ks
	Extra	3000 ml	71 ks
Large	Plus	2400 ml	73 ks
	Super	2900 ml	67 ks
	Extra	3600 ml	62 ks
X-Large	Super	3300 ml	61 ks

ABRI SAN

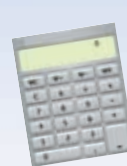
vkladacie plienky so spodnou
priedušnou fóliou **Air Plus**

Midi	5	1200 ml	157 ks
Plus	6	1500 ml	143 ks
Super	7	2000 ml	117 ks
SuperMaxi	8	2500 ml	110 ks
Forte	9	2500 ml	109 ks
Extra	10	2900 ml	108 ks

BAMBOLINA

detские plienkové nohavičky
fólia klasická aj priedušná

Mini	3 - 6 kg	560 ml	-
Midi	6 - 11 kg	760 ml	217 ks
Maxi	9 - 18 kg	890 ml	199 ks
Night	12 - 25 kg	1100 ml	180 ks
X-L Plus	15 - 30 kg	1400 ml	151 ks



priedušné za cenu klasických!

Počítaj s nami!



Savé pomôcky pre inkontinentných

Porovnajete si počty kusov pomôcok firmy ABENA s inými firmami na www.inkontinencia.sk

Zastúpenie pre SR: UNTRACO SR tel./fax: 02/638 111 20 e-mail: untraco@abena.sk www.abena.sk