

# Diagnostika a liečba dráždivého močového mechúra v ambulancii lekára prvého kontaktu

prof. MUDr. Peter Bujdák, CSc.

Urologická klinika, Lekárska fakulta, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

Organické a funkčné poruchy dolných močových ciest predstavujú významný a naliehavý medicínsky, ale aj závažný spoločenský a ekonomický problém. Najčastejšie ide o funkčnú alebo organickú poruchu uskladňovacej alebo vyprázdňovacej funkcie močového mechúra. Prevalencia hyperaktívneho močového mechúra (*overactive bladder* – OAB) s urgentnou inkontinenciou moču u žien na Slovensku dosahuje 10,2 %, čo znamená, že týmto mimoriadne nepríjemným príznakom je u nás postihnutých okolo 200 000 žien starších ako 18 rokov. Najdôležitejším príznakom OAB je urgencia – náhly, neprekonateľný pocit na močenie, ktorý núti pacienta zanechať akúkoľvek činnosť a ísť sa vymočiť. Liečbu OAB rozdeľujeme do štyroch skupín, a to na behaviorálnu terapiu, farmakologickú liečbu, chirurgickú liečbu a liečbu refraktérneho OAB. Aj lekár prvého kontaktu musí prevziať zodpovednosť za liečbu pacienta s OAB. Po starostlivej anamnéze s využitím dotazníkov a denníka močenia má k dispozícii celú škálu medikamentov, ktoré sú úspešné zhruba u 70 % pacientov.

**Kľúčové slová:** hyperaktívny močový mechúr, urgentná inkontinencia moču, urgencie, anticholinergiká.

## Diagnosis and treatment of irritable bladder in primary care

Organic and functional disorders of the lower urinary tract constitute not only a significant and urgent social problem from the medical point of view but also pose serious social and economic problem. The functional or organic defects of the storage or emptying function of the bladder occur most often. The prevalence of overactive bladder (OAB) with an urgent incontinence in women in Slovakia amounts to 10.2%, which means that from this extremely unpleasant symptom suffers around 200 000 women older than 18 years. The most important symptom is urgency – a sudden, overwhelming feeling to urinate, which forces the patient to leave any activity and go to toilette. The treatment of OAB can be divided to the four groups: the behavioral therapy, pharmacological therapy, surgical treatment and treatment of refractory OAB. Also primary care physicians must take responsibility for the treatment of OAB. After a careful medical history, with the use of questionnaires and urinary diary they can use a full range of medicaments, which are successful in approximately 70% of the patients.

**Key words:** overactive bladder, urge incontinence, urgency, anticholinergics.

Via pract., 2012, 9(2): 70–74

## Úvod

Organické a funkčné poruchy dolných močových ciest predstavujú významný a naliehavý spoločenský problém nielen z medicínskej stránky, ale predstavujú aj závažný spoločenský a ekonomický problém (1). Môže ísť o prvý príznak vážneho, často zhubného ochorenia, akým je karcinóm močového mechúra alebo karcinóm prostaty. Nedá sa vylúčiť, že sa príznakmi dolných močových ciest nepriamo prejavia malignity hrubého čreva, prípadne gynekologické. Najčastejšie však ide o funkčnú alebo organickú poruchu fázy plnenia alebo fázy vyprázdňovania močového mechúra. Škála ochorení, ktoré sa týmito príznakmi prejavia, je široká. Pacientov trpiacich poruchami močenia nachádzame v ambulanciách pediatrov, všeobecných lekárov, gynekológov, neurológov a najčastejšie urológov. Ide o súbor príznakov, ktorý je prejavom ochorenia močového mechúra, prostaty alebo panvového dna. Môže ísť o prejav poruchy inervácie dolných močových ciest, prejav zápalu dolných močových ciest a podobne. Kompletná analýza všetkých etiologických faktorov porúch močenia by bola témou pre relatívne rozsiahlu

monografiu. Cieľom príspevku je preto zamerať sa na hyperaktívny (dráždivý) močový mechúr (*overactive bladder* – OAB) a poukázať na možnosti diagnostiky, prípadne liečby ochorenia v ambulancii všeobecného lekára.

## Fyziológia a patofyziológia močenia

Močenie sa skladá z dvoch základných fáz. Z fázy uskladňovacej (plniacej), v ktorej močový mechúr slúži ako rezervoár moču tvorený obličkami; a z fázy vyprázdňovacej, pri ktorej močový mechúr kontrakciou svaloviny vypudí nahromadený objem moču, aby sa celý proces mohol zopakovať. Spomenutý fyziologický dej je výsledkom komplexnej interakcie a súhry rôznych anatomických štruktúr, ako je hladká svalovina steny močového mechúra, hladký vnútorný a priečne pruhovaný vonkajší zvierač močovej rúry, samotný urotel (výstelka vnútornej steny močového mechúra) a napokon centrálny a periférny nervový systém v úlohe regulátora procesu.

Ide o zložitý neurologický proces, na ktorom sa podieľajú parasympatkové eferentné vlákna odstupujúce z neurónov v predných rohoch segmen-

tov S2-S4. Tieto prebiehajú v pelvických nervoch a končia na muskarínových receptoroch vlákien detruzora (hladká svalovina močového mechúra). Sympatkové vlákna odstupujú z ganglií v torakolumbálnej mieche, prebiehajú v hypogastických nervoch a končia na  $\beta$ -adrenergických receptoroch vlákien detruzora a na  $\alpha$ -adrenergických receptoroch vlákien priečne pruhovaného zvierača močovej rúry (1, 2, 3). Porucha ktorejkoľvek z týchto úrovní regulácie alebo samotnej funkcie vedie k narušeniu fyziologického, koordinovaného močenia. Tento stav sa prejaví súborom príznakov, ktorý nazývame hyperaktívny močový mechúr (4).

Prehľad etiológie a patofyziológie vzniku OAB udáva tabuľka 1 a 2 (10).

## Definícia hyperaktívneho močového mechúra a inkontinencie moču

**Hyperaktívny močový mechúr** je súbor príznakov, pre ktoré je charakteristické nutkavé a neodkladné močenie s únikom moču alebo bez neho, sprevádzané frekventným močením a noktúriou (močením v noci). Nemusia sa vyskytovať všetky príznaky, ale neodkladné nutkanie na močenie (urgencia) nesmie chýbať.

# Spasmed®

tropii chloridum



Ak močový mechúr už nevydrží tlak\*

Neprechádza  
hematoencefalickou  
bariérou = minimálne  
nežiaduce účinky na CNS<sup>1,2,3</sup>

#### Literatúra:

1. Todorova A, Vonderheit-Guth B, Dimpfel W. Effects of tolderodine, trospium chloride and oxybutinin of the central nervous system, *J Clin Pharmacol* 2001;41:636-644
2. Diefenbach K et al. Effects on sleep of anticholinergics used for overactive bladder treatment in healthy volunteers aged 50 years. *BJU Int* 2005; 95, 346-349
3. Pietzko A, Dimpfel W, Schwantes U, Topfmeier P. Influences of trospium chloride and oxybutynin on quantitative EEG in healthy volunteers. *ur J Clin Pharmacol* (1994) 47&:337-343
4. Zimmer N, Gittelman M, Harris R et al. Trospium chloride improves overactive bladder symptoms: A multicenter phase III trial. *J Urol* 2004; 171:2311-2315

**Zloženie:** Trospium chloridum 5 mg alebo 15 mg v 1 tablete. **Balenie:** 50 tabliet po 5 mg a 15 mg. **Indikačná skupina:** Spazmolytikum, anticholinergikum. **Indikácia:** Spasmed® tbl. je určený na liečbu polakisúrie, nyktúrie, urgencie (nutkanie na močenie) až urgentnú inkontinenciu, tj. príznakov niektorých funkčných porúch močového mechúra. Najčastejšie ide o hyperaktívny močový mechúr (OAB – over active bladder). **Kontraindikácie:** Precitlivosť na trospium chlorid, retencia moča z organickej príčiny (hyperplázia prostaty, nádor, striktúra uretry), poruchy črevnej motility, črevná obštrukcia, glaukóm s úzkym uhlom, myasténia gravis, tachyarytmia. Pre indikáciu Spasmedu tbl. v období gravidity a laktácie je treba veľmi pozorne zvážiť pomer rizika ku prospechu liečby. Pre nedostatok skúsenosti s liečbou u detí nie je prípravok vhodný pre deti do 14 rokov. **Nežiaduce účinky:** Spasmed® tbl. je väčšinou dobre znášaný. Vzhľadom k celkovým parasymptolytickým účinkom trospia sa môže prejavovať sucho v ústach, útlm potenia, pocity plnosti žalúdka, zápcha, tachyarytmia, prípadne neostré videnie. Vo vyšších dávkach môže dôjsť i k retencii moča. **Interakcie:** Pri súčasnom užívaní Spasmedu tbl. s inými anticholinergikami, strycklickými antidepresívami, amantadínom, betasympatomimetikami, chinidínom, disopyramidom a niektorými antihistaminikami dochádza k zosilneniu anticholinergných účinkov. **Upozornenie:** Spasmed® tbl. môže narušiť videnie (znížená schopnosť akomodácie), a tým nepriaznivo ovplyvniť najmä schopnosť riadenia motorového vozidla. **Dávkovanie:** Veľkosť dávky je treba stanoviť individuálne v závislosti na dosiahnutom účinku liečby a vylúčiť nežiaducich účinkov. Počiatková denná dávka 15–30 mg je obvykle zvýšená na dennú dávku 45 mg, ktorú je treba rozdeliť do 3 dieľčích dávok. V krajných prípadoch možno zvýšiť dávku maximálne na 135 mg denne, tj. 3krát 3 tablety Spasmedu 15 mg denne. Tablety sa užívajú nerozhryzené pred jedlom alebo po ňom a dostatočne sa zapíjajú. **Posledná aktualizácia textu:** Január 2007.

S podrobnejšími informáciami sa zoznámte v Súhrne charakteristických vlastností lieku (SPC). Liek je viazaný na lekársky predpis a je hradený z prostriedkov zdravotného poistenia.

Výrobca: PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Česká republika, [www.promed.cz](http://www.promed.cz)  
Zastúpenie v SR: PROM.MEDIC.SK spol. s r. o., Drevárska 3663/8, 058 01 Poprad  
Obchodné zastúpenie v SR: PROM.MEDIC.SK spol. s r. o., Heydukova 12, 811 08 Bratislava 1, tel.: 02/ 4488 0823

\* častá potreba močiť<sup>4</sup>  
\* samovoľný únik moču<sup>4</sup>

**Inkontinencia moču** je definovaná podľa Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (The *International Continence Society* – ICS) ako **akýkoľvek mimovoľný, nedobrovoľný únik moču** (6). Problematika inkontinencie moču je zložitá a komplexná a na tomto mieste je nutné spomenúť tri najčastejšie typy inkontinencie:

- **urgentná inkontinencia**,
- **stresová inkontinencia**,
- **zmiešaná inkontinencia** – kombinácia stresovej a urgentnej.

Diagnózu hyperaktívneho močového mechúra možno stanoviť až po vylúčení iného patologického procesu, ktorý sa klinicky prejaví obdobne, napr.: infekcia močového mechúra alebo prostaty, cystiolitáza, intersticiálna cystitída, subvezikálna obštrukcia a pod.

### Prevalencia hyperaktívneho močového mechúra

Milson a spol. sú autormi jednej z prvých európskych štúdií zaoberajúcej sa prevalenciou OAB. Podľa nej jednotlivými príznakmi OAB, či už izolovane alebo v kombinácii, trpí viac ako 16 % populácie (7). Podobné výsledky – výskyt OAB u 16,8 % osôb starších ako 18 rokov zaznamenala aj štúdia uskutočnená na území USA (8). Táto štúdia delí OAB na tzv. „OAB suchý“ a „OAB mokrý“, pričom 6,1 % postihnutých OAB malo aj urgentnú inkontinenciu, zatiaľ čo 10,4 % trpelo len určitými príznakmi hyperaktívneho močového mechúra, bez prítomnosti inkontinencie. Prevalencia OAB bez inkontinencie sa ukázala vyššia u mužov (13,4 %). Naopak, OAB spojený s urgentnou inkontinenciou malo 9,3 % žien. Samotná prevalencia OAB významne rastie s vekom. Vo vyššom veku je pomer mužov a žien približne rovnaký. V mladších vekových kategóriách je OAB častejší u žien a často spojený aj s istým stupňom urgentnej inkontinencie.

Prevalencia hyperaktívneho močového mechúra s urgentnou inkontinenciou moču u žien na Slovensku dosahuje 10,2 %, čo znamená, že týmto mimoriadne nepríjemným príznakom je u nás postihnutých okolo 200 000 žien starších ako 18 rokov. Hyperaktívny močový mechúr sa na Slovensku vyskytuje u každej siedmej dospeljej ženy a každá desiatka žena nedokáže potlačiť urgentné močenie a dochádza u nej k úniku moču (9).

### Klinické príznaky a diagnostika OAB

**Klinické príznaky** OAB sú:

- **urgencia** je najdôležitejším príznakom OAB – ide o náhly, neprekonateľný pocit na močenie, ktorý núti pacienta zanechať akúkoľvek činnosť a ísť sa vymočiť;

- **frekventné močenie** – časté nutkanie na močenie v čase. Za fyziologickú frekvenciu sa považuje 8 mikcií cez deň a jedna v noci;

- **noktúria** (nočné močenie) – počet močení v noci počas spánku. Noktúria je definovaná ako pocit na močenie, ktorý pacienta prebudí zo spánku a po ktorom znova zaspí. Dve a viac nočných močení sa považujú za patologické. Treba odlíšiť typickú noktúriu od nočného močenia, ktoré je spojené s nespavosťou pacienta, a takisto treba vylúčiť nočnú polyúriu, pri ktorej pacient vymočí prevažnú časť objemu moču v noci. Tieto dva príznaky nepatria do diagnózy hyperaktívneho močového mechúra;

- **urgentná inkontinencia** – zrejme najneprijemnejší príznak, ktorý nasleduje po urgencii a pri ktorom chorý nie je schopný včas sa vymočiť a pomôcť sa.

Z uvedeného vyplýva, že OAB je ochorenie, ktoré do značnej miery negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacienta. Pacient sa cíti menejcenný, má obavu vyjsť z domu, má pocit izolovanosti. Nenavštevuje spoločenské podujatia z obavy pred „znemožnením sa“ v dôsledku príznakov svojej poruchy. Bojí sa cestovať verejnými dopravnými prostriedkami, bojí sa návštevy kina, divadla. Pacient trpiaci OAB môže mať problémy v zamestnaní (časté prerušovanie pracovnej činnosti, nečakané odchody z pracovných porád a zasadnutí). Pacient trpiaci urgentnou inkontinenciou môže mať pocit, že zapácha svojmu okoliu a pod. Z ochorenia vyplývajúca alterácia kvality života má negatívny vplyv na celkové prežívanie a často vedie aj k závažným depresívnym stavom. Neinformovaný, hlavne starší pacient má pocit, že jeho problém je neriešiteľný, že je súčasťou starnutia a nedá sa ovplyvniť. Preto aktívna otázka zameraná na tieto príznaky v ambulancii všeobecného lekára často vyrieši mnoho závažných problémov pacienta, ktorý má ostych zdôveriť sa lekárovi so svojím problémom.

**Diagnostika OAB** spočíva v dôkladnej anamnéze. Využíva sa validizovaný dotazník, ktorý pomáha pacientovi v presnejšom opise svojich príznakov a lekárovi v čiastočnej objektivizácii príznakov pacienta (obrázok 1). Skóre 8 a viac svedčí o OAB.

Súčasťou diagnózy je tzv. mikčný denník. Pacient minimálne 48 hodín zaznamenáva počet močení, čas močenia, objem jednotlivých dávok moču a súvis močenia s príznakmi OAB, prípadne inkontinenciou. Zároveň pacient zaznamená aj množstvo tekutín, ktoré za sledované obdobie vypije.

Pre diagnózu OAB je nutné vylúčiť močovú infekciu odoslaním vzorky moču na mikrobiolo-

**Tabuľka 1.** Etiológia hyperaktívneho močového mechúra

1. **poškodenie nervového systému** (cerebrovaskulárne ochorenia, neurologické ochorenia, spinálne poranenia, diabetes mellitus, psychiatrické problémy, depresia)
2. **zmeny v štruktúre svalov** (detrúzora) **močového mechúra** (zvýšený vek – starnutie, prolaps panvových orgánov, obštrukcia hrdla močového mechúra, stresová inkontinencia moču, hormonálne zmeny)
3. **genetická predispozícia**
4. **iné**

**Tabuľka 2.** Patofyziológia hyperaktívneho močového mechúra

1. **zmena elektrických vlastností** (schopnosti) **svaloviny močového mechúra** – abnormálne vedenie vzruchu zvyšuje excitabilitu a spôsobuje zvyšovanie počtu spojení medzi bunkami detrúzora
2. **morfológické zmeny v detrúzore** – zmena spojenia svalových buniek (myocytov) v močovom mechúre, denervácia
3. **neuroplastita** – odchýlky v uvoľňovaní neurotransmiterov vyplývajúce zo schopnosti nervového systému meniť sprostredkovateľov prenosu nervového vzruchu, alebo meniť aj samotný spôsob prenosu v synapsách
4. **ischemické zmeny súvisiace s vekom** – znížený prúd krvi do svalov detrúzora má za následok bunkovú smrť – apoptózu buniek hladkého svalu a poškodenie nervových zakončení
5. **poškodenie centrálného prenosu nervových vzruchov** – najmä strata inhibície centrálného nervového systému
6. **funkcia urotelu ako „luminálneho senzora** – ovplyvnenie senzoričných nervových zakončení v podslizničnom tkanive cez rôzne mediátory: neurokinín A, kyslíčnik dusnatý (NO)
7. **vplyv tzv. nervového rastového faktora**, ktorý je zodpovedný za rast a udržiavanie sympatických a senzoričných neurónov
8. **idiopatická**

gické vyšetrenie. V ambulancii urológa je vhodné ultrasonografické vyšetrenie na posúdenie morfológie močových ciest, cystoskopia na vylúčenie možného nádoru močového mechúra, uroflowmetria, prípadne kompletne urodynamické vyšetrenie. Diagnostické možnosti OAB sú zhrnuté v tabuľke 3 (10).

### Liečba OAB

**Liečbu OAB** možno rozdeliť do štyroch skupín:

- **behaviorálna terapia**,
- **farmakologická liečba**,
- **chirurgická liečba**,
- **liečba refraktérneho OAB**.

**Behaviorálna liečba** spočíva v zmene návykov, dietetických opatreniach, úprave režimu a životospráve. Pacient obmedzí príjem tekutín vo večerných hodinách pri častej noktúrii.

**Obrázok 1.** Validizovaný dotazník diagnostiky hyperaktívneho močového mechúra

Do akej miery vás obťažujú nasledovné príznaky	Vôbec nie 0	Len veľmi málo 1	Trochu 2	Do značnej miery 3	Veľmi 4	Neznesiteľne 5
Časté močenie v priebehu dňa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nepříjemný pocit naliehavého nutkania na močenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prudké, naliehavé nutkanie na močenie bez iných varovných príznakov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náhodné, neúmyselné uniknutie malého množstva moču	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Močenie v noci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zobúdzenie sa v noci pre nutkanie na močenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naliehavé, prudké nutkanie na močenie s problémom oddaliť močenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Únik moču spojený s naliehavým nutkaním na močenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaše pohlavie:	<input type="checkbox"/> žena		<input type="checkbox"/> muž			
Skóre:						

Odporúča sa obmedziť príjem kofeínu. Pri urgenciách je vhodné nastaviť močenie podľa hodín na základe výsledkov denníka močenia. Niekedy pomáha tréning svaloviny panvového dna, poprípade potláčanie urgencií a oddalovanie frekvencií medzi jednotlivými mikciami. Úspešnosť tejto liečby je závislá od spolupráce pacienta, je indikovaná pri menej závažných formách OAB, často sa vykonáva v kombinácii s farmakoterapiou.

**Farmakologická liečba** je zameraná na uľahčenie plniacej fázy močového mechúra, zväčšuje kapacitu močového mechúra, vedie k inhibícii kontrakcií detruzora. Používajú sa anticholinergiká so selektivitou k M2 a M3 muskarínovým receptorom, ktoré sa nachádzajú na detruzorových svalových bunkách. Liečivá s anticholinergným účinkom blokujú väzbu neurotransmitera acetylcholínu na muskarínové receptory, a tak tlmia aktivitu cholinergných nervov. Takto pri pozitívnom účinku tieto lieky vedú k subjektívnej úľave pacienta, predĺženiu času medzi mikciami, k zvýšeniu funkčnej kapacity mechúra, a znižujú počet nočných močení. Tieto receptory sa vyskytujú aj mimo močového mechúra, čím sa vysvetľuje výskyt nežiaducich účinkov tejto liečby. Medzi najčastejšie nežiaduce účinky patrí sucho v ústach v dôsledku zníženia sekrécie slinných žliaz, ďalej obstipácia, poruchy akomodácie šošovky, tachykardia. Pri predávkovaní je nutné myslieť aj na možnú retenciu moču. Na medikamentóznú liečbu je v súčasnosti k dispozícii celá škála preparátov.

**Tropium.** Kvartérna amóniová báza, ktorej nízka liposolubilita znižuje schopnosť prieniku do CNS, čím sa výrazne znižujú centrálné ne-

žiaduce účinky. Obvyklá dávka je 2-krát 15 mg. Účinnosť je relatívne vysoká pri nižšom percentne nežiaducich účinkov v porovnaní s oxybutinínom.

**Oxybutinín.** Terciárny amín síce dobre absorbovatelný cez GIT, ale pri obvyklej dávke 5 mg denne je zaťažený relatívne vysokým percentom nežiaducich účinkov. Nežiaduce účinky znižuje nosič s prolongovaným vylučovaním aktívnej látky. Vhodná a dostupná je transdermálna aplikácia preparátu v 72-hodinových intervaloch použitím hermetických náplastí.

**Tolterodín.** Účinné antimuskarinikum s 8-krát nižšou afinitou k slinnej žľaze ako oxybutinín. Jeho aktívny metabolit je 5-hydroxymetyl tolterodín. Používa sa na nosičoch s prolongovaným uvoľňovaním, čo ešte znižuje výskyt nežiaducich účinkov a zachováva účinnosť na tlmenie močového mechúra.

**Fesoterodín.** Moderné antimuskarinikum podobné tolterodínu, ktoré sa mení takisto na aktívny metabolit 5-hydroxymetyl tolterodín (5-HMT); s vyššou biologickou dostupnosťou ako tolterodín. 5-HMT je 10-krát menej lipofilný ako tolterodín, solifenacín alebo oxybutinín, z toho vyplýva nižšie riziko nežiaducich účinkov zo strany CNS. Následok je rýchly a bezpečný žiadany účinok s minimom nežiaducich účinkov.

**Solifenacín.** Terciárny amín, dobre vstrebateľný z GIT. Dávkovanie je 5 až 10 mg v tabletách s riadeným uvoľňovaním. Relatívne selektívny je efekt na M2 a M3 receptory v močovom mechúre, s potlačeným efektom na slinné žľazy.

**Darifenacín.** Terciárny amín so strednou liposolubilitou a dobrou vstrebateľnosťou do GIT. Selektívne M3 antimuskarinikum, pôvodne vyvíjané na liečbu dráždivého tračnika. Z toho

vyplýva aj najväčší vedľajší účinok preparátu – obstipácia.

### Chirurgická liečba

Asi 30 % pacientov postihnutých OAB nereaguje na medikamentóznú liečbu. Výsledkom bývajú úporné, neznesiteľné príznaky hyperaktívneho močového mechúra so závažným vplyvom na každodenný život pacienta. Po kompletnom gynekologickom, neurologickom a urologickom vyšetrení vrátane urodynamiky sú pacienti indikovaní na chirurgickú liečbu. Do úvahy prichádzajú semiinvazívne metódy liečby ako aferetná neurostimulácia, sakrálna neuromodulácia. Augmentácia močového mechúra s využitím tenkého čreva je závažný operačný výkon, ktorého indikácia pri tomto type ochorenia by mala byť starostlivo zvážená; ale je možná a spoľahlivo rieši problém pacienta.

Medzi moderné minimálne invazívne metódy patrí instilácia botulotoxínu typu A do svaloviny mechúra, avšak u nás bolutinium toxin typu A v tejto indikácii nie je dosiaľ kategorizovaný na škodu pacientov trpiacich závažnými príznakmi hyperaktivity močového mechúra.

### Záver

Príznaky hyperaktívneho močového mechúra postihujú v súčasnosti asi 16 % dospelých populácie žien a mužov. Zásadným spôsobom negatívne zasahujú do kvality života postihnutých. Z týchto dôvodov predstavuje toto ochorenie závažný spoločenský a socio-ekonomický problém a treba mu venovať náležitú pozornosť.

Čo robiť, ak sa takýto pacient objaví v ambulancii všeobecného lekára? Práve u nich sa nezriedka takto pacienti objavajú a lekár prvého

kontaktu musí prevziať zodpovednosť za jeho liečbu. Po starostlivej anamnéze s využitím dotazníkov a denníka močenia má k dispozícii celú škálu medikamentov, ktoré sú úspešné zhruba u 70 % pacientov. Liečba by mala pokračovať aj po zmiernení, prípadne vymiznutí príznakov ochorenia po období 4 – 6 mesiacov (5). V prípade terapeutických problémov je vhodné odoslať pacienta do ambulancie urológa.

### Literatúra

1. Breza J ml, Hladík M, Dubravský J. Hyperaktívny močový mechúr: jeho klinický význam, diagnostika a liečba. *Klin urol* 2007; 2: 83–85.
2. Halaška M a spol. *Urogynekologie*. Praha Galén: 256 s.
3. Michel MC, Oelke M, Peters SLM. The neuro-urological connection. *Eur urol* 2005; 4 (Suppl): 18–28.
4. Zvara P, Zvarová K. Hyperaktívny močový mechúr: Etiológia, patogenéza a nové možnosti liečby. *Klin Urol* 2006; 2: 14–17.
5. Vrtal R, Vidlár A, Študent V. Diagnostika a liečba hyperaktívneho mechýře. *Urol prax* 2007; 5–6: 189–192.
6. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffith D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urodyn* 2002; 21(2): 167–178.
7. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thuroff J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population – based prevalence study. *BJU Int* 2001; 87: 760–766.
8. Stewart W, Herzog R, Wein A. The prevalence and impact of overactive bladder in the US. Results from the NOBLE program. *NeuroUrol Urodyn* 2001; 20: 406–408.

9. Švihra J, Baška T, Mona M, Donald B, Kliment J, Ľupták J, Sopilko I, Dušenka M. Prevalence of female overactive bladder with urinary incontinence in Slovakia. *Eur Urol* 2002; suppl 1: 85.
10. Marenčák J. Súčasný stav výskytu, diagnostiky a liečby urgentnej inkontinencie moču. *Urol prax* 2006; 3: 112–116.

**prof. MUDr. Peter Bujdák, CSc.**  
Urologická klinika, Lekárska fakulta SZU  
Limbová 12, 833 03 Bratislava  
bujdak@gmail.com



### Ptáček Radek, Bartůněk Petr

## ETIKA A KOMUNIKACE V MEDICÍNĚ

Publikace představuje poměrně komplexní pohled na etiku a komunikaci v medicíně, která zahrnuje celou řadu obecných, ale i dílčích a speciálních témat, přičemž zasahuje do hlubších teoretických i praktických souvislostí. Svojí povahou ovšem nepředstavuje učebnici, ale spíše monografii, která reflektuje naléhavost předmětných témat v historických a teoretických souvislostech, ale současně, a to dílem větším, v kontextu současné doby a potřeby výkonu medicínských lékařských i zdravotnických profesí.

Sepsání jednotlivých kapitol se ujali přední odborníci a vysokoškolští učitelé z jednotlivých lékařských fakult a pracovišť – jak teoretici, tak pracovníci z klinické praxe.

Kniha se tak stává naprosto unikátním "kultovním" moderním mezioborovým dílem v dané oblasti.

Grada, ISBN: 978-80-247-3976-2, kat. číslo: 1666, 528 s.

Distribúcia v SR: Grada Slovakia, s.r.o., Moskovská 29, 811 08 Bratislava, tel.: 02/5564 5189



[www.grada.sk](http://www.grada.sk)

### Tlačová správa

## Svetový deň zdravia 2012 – venovaný zdravému starnutiu

**Svetová zdravotnícka organizácia (WHO)** upozornila v rámci **Svetového dňa zdravia 2012** (7. apríl) na to, že starostlivosť o zdravie predlžuje ľudský život. Nielen v zmysle dlhšieho žitia, ale aj v zmysle predlžovania aktívneho pôsobenia v spoločnosti. Za kľúčové vyzdvihla poznanie, že dobrá zdravotná starostlivosť v ostatných desaťročiach výrazne zvýšila priemerný vek človeka. Ešte stále si však neuvedomujeme, že skvalitnenie života vo vyššom veku nás stavia pred novú situáciu zmeny sociálneho rozvrstvenia spoločnosti a k tomu adekvátne prispôbenej starostlivosti a spôsobu života.



Údaje zverejnené Svetovou zdravotníckou organizáciou hovoria, že počet ľudí starších ako 80 rokov bude v roku 2050 oproti dnešku štvornásobne vyšší a odhaduje sa na 395 miliónov. O štyridsať rokov budú na planéte žiť približne 2 miliardy ľudí starších ako 60 rokov. Odhaduje sa, že priemerný vek ženy bude o šesť rokov vyšší ako muža. Čoraz viac detí bude poznať svojich prastarých rodičov.

Podľa sčítania obyvateľstva, ktoré bolo na Slovensku vlani v máji, aj u nás došlo k poklesu počtu obyvateľov v predproduktívnom veku (0 – 14 rokov): kým v roku 2001 tvorili deti 18,9 %, dnes je to len 15,3 %. Zatiaľ rastie počet obyvateľov v produktívnom veku (15 – 64 rokov) zo 68,9 % v roku 2001 na 72,0 % v roku 2011 – čo sú generácie narodené v šesťdesiatych a sedemdesiatych rokoch (babyboom). Na Slovensku sa zatiaľ dramaticky nezvýšil podiel obyvateľov v poproduktívnom veku (65+): v roku 2011 to bolo 11,4 %, v súčasnosti je to 12,7 %. Trend je však jasný a štatistické modely potvrdzujú, že so skvalitňovaním života, predlžovaním veku a nízkymi číslami pôrodnosti bude naša populácia starnúť, čo sa dá predpokladať už v najbližších pätnástich rokoch, keď sa práve generácia dnešných päťdesiatnikov, ktorá je veľmi početná, začne presúvať do seniorského veku.

Starnutie však netreba vnímať ako nevyhnutnosť, s ktorou sa treba zmieriť, ale ako výzvu, ktorá pred nás kladie nové úlohy. Starnutie prináša nové možnosti, otvára nové rozmery aj pre našu ľudskosť. Mnoho ľudí v poproduktívnom veku chce viesť plnohodnotný, zmysluplný život, v ktorom chcú byť užitoční. Preto sa treba viac orientovať na pomoc seniorskej generácii a otvoriť cestu novým projektom, ktoré sa týkajú aktivity starších.