

Inkontinence moči z pohledu urologa

MUDr. Miroslava Romžová, MUDr. Marie Hurtová, MUDr. Lukáš Holub, MUDr. Jaroslav Pacovský

Urologická klinika FN Hradec Králové

Močová inkontinence je závažným problémem doby. Výrazně snižuje kvalitu života pacienta a vede ke zvýšeným ekonomickým nárokům. Jejím řešení předchází důkladné vyšetření pacienta a rozlišení jednotlivých typů inkontinence. Management tohoto onemocnění je plně v rukou urologa.

Klíčová slova: inkontinence moči, diagnostika, léčba.

Urinary incontinence from urologists point of view

Urinary incontinence is serious problem in this time. It decreases quality of life of the patient and leads to higher economically claims. The excellent examinations go before the resolved this problem. Management is in urologist hands.

Key words: urinary incontinence, diagnostic procedures, treatment.

Med. praxi 2011; 8(5): 222–225

Úvod

Podle definice Mezinárodní společnosti pro inkontinenci (ICS) je inkontinence moči (únik moči) stav, kdy dojde u jedince k jakémukoliv nedobrovolnému úniku moči. Jedná se o onemocnění, které není doménou jen jednoho pohlaví nebo některé věkové kategorie obyvatelstva. Postihuje muže i ženy bez rozdílu věku, pohlaví nebo rasy. Rozdíl je jen v zastoupení jednotlivých typů inkontinence.

ICS rozděluje močovou inkontinenci následovně:

1. **Stresová inkontinence** – jedná se o únik moči v důsledku poklesu intrauretrálního tlaku při zvýšeném intraabdominálním tlaku. K takovým situacím dochází zejména při kašli, kýčání, poskoku, smíchu, zvedání předmětů aj. Tímto typem inkontinence trpí zejména ženy. Vyskytuje se v lehké formě přibližně u 40–63 % žen, ve formě závažnější kolem 20 %. U žen během gravidity se vyskytuje přibližně v 60 %, po porodu přetrvá asi u 32 % pacientek (19). U mužů se s ní setkáváme zejména po operaci prostaty (radikální prostatektomie pro adenokarcinom).
2. **Urgentní inkontinence** – je součástí syndromu zvaného hyperaktivní močový měchýř. Zahrnuje urgence, vyšší frekvenci močení, urgentní inkontinenci s nebo bez nykturií. Vyskytuje se v populaci přibližně v 16 % (3).
3. **Smíšená inkontinence** – kombinace více druhů močové inkontinence. Nejčastěji se jedná o kombinaci inkontinence urgentní a stresové.
4. **Trvalá inkontinence** – totální inkontinence, kterou nelze ovlivnit léky. Většinou se jedná o extrasfinkterickou vadu, tj. moč ob-

chází přirozené močové cesty. Nejčastěji je způsobena přítomností močové píštěle (vezikovaginální, vezikoenterická ...), ektopickým vyústěním močovodu mimo trigonu močového měchýře a pod svěrač nebo po sfinkterotomii.

5. **Inkontinence z přetékání** – jde o únik moči, který je způsoben selháním sfinkterového mechanismu při přeplněném močovém měchýři.
6. **Jiná inkontinence** – únik moči nezařazen jinam. Například při sexuálním styku aj.

Problém úniku moči patří do rukou urologa. Částečně se na jeho diagnostice a léčbě může podílet i gynekolog.

Únik moči není jen medicínským problémem, ale i problémem sociálním a ekonomickým. Výrazně ovlivňuje život pacienta ve více ohledech: dochází k postupnému snižování kvality jeho života, celkově zhoršuje zdravotní stav, vede ke ztrátě společenské role a vytváří jeho společenskou izolaci. V populaci má vysokou prevalenci. Je jednoznačně prokázáno, že s věkem se incidence inkontinence zvyšuje.

Diagnostika močové inkontinence

Lékařem prvního kontaktu je v současnosti nejčastěji praktický lékař, kterému se pacienti svěří nejdříve. U žen to může být i gynekolog. U mužů mohou být tyto problémy probrány v rámci urologického vyšetření pro různé typy symptomů dolních močových cest (urgence, frekvence, inkontinence, nykturie; slabý proud moči, retardace startu močení, postmikční dribling, pocit neúplného vyprázdnění). Nicméně všechny další vyšetřovací i léčebné postupy

by měly následovat cestou urologů, pro které je tento problém doménou.

Jelikož se nejedná o problém akutní (kromě inkontinence z přetékání), praktický lékař takového pacienta doporučí k urologickému vyšetření. Ke specializovaným vyšetřením v závěru vyšetřovacího postupu jsou pak odesláni na vyšší pracoviště, která disponují adekvátním personálním, materiálovým a přístrojovým vybavením.

Prvním krokem každého vyšetření je důkladná **anamnéza pacienta**. V prvním řadě se soustředíme na příznaky onemocnění jako takové a cílenými otázkami se pokoušíme odlišit typ inkontinence. Zajímá nás délka obtíží pacienta, počet močení za den a noc, intervaly mezi močeními, schopnost močení oddálit. Vyvolávající důvod pro únik moči – kašel, zvedání předmětů nebo nutková potřeba s nutností okamžitého vyhovění, popřípadě únik moči trvale, bez vyvolávajícího momentu. U muže je potřeba se soustředit na iritační symptomy, které mohou být způsobeny prostatou (start močení, proud moči, domočování). Důležitá je také informace o množství moči v jedné porci. Při nechtěném úniku moči spolu s pocitem nedomočení je vždy potřeba myslet na močovou retenci.

Dále vyšetření zahrnuje rodinnou anamnézu (výskyt močové inkontinence v rodině, přítomnost jiných urologických onemocnění, vrozených nebo získaných) a pokračuje anamnézou osobní. Zaujímá nás osobní anamnéza pacienta, jeho interní onemocnění, léky, které užívá a operace které podstoupil. Velice důležitá je znalost podstoupených operací v malé pánvi nebo na nervovém systému. U žen je žádoucí mít přehled o gynekologické anamnéze, zejména počty porodů, jejich průběh a vedení

a operace na gynekologických orgánech. U mužů nás zajímají operace prostaty. Ortopedická nebo neurologická onemocnění jsou také jedny z příčin potíží s únikem moči.

Chronická medikace pacienta může v některých případech ovlivňovat i močové cesty a být příčinou vzniku inkontinenčních epizod. Zejména se jedná o diuretika, některá antihypertenziva (ACEI), hypnotika, sedativa nebo jiná psychofarmaka. Beztržná není ani vlastní medikace jiných typů močové inkontinence (anticholinergika, betamimetika nebo blokátory kalciových kanálů). Ty mohou vést ke vniku močové retence a inkontinence z přetékání. Abúzus některých látek a substancí hraje také významnou roli. Zejména alkohol nebo kofeinové nápoje.

Pracovní anamnéza poukazuje na pacientovo pracovní zázemí. Fyzicky náročná práce, práce v chladném a větrném prostředí nebo práce bez možnosti odejít na toaletu má také vliv na vznik a zhoršování močové inkontinence.

Anamnestické údaje doplňujeme o dotazníkové vyšetření (20). Existuje více druhů dotazníků, které mohou objektivizovat potíže pacientů. U mužů používáme nejdříve dotazník IPSS (Index prostatic score systém). Z dalších dotazníků lze vzpomenout Gaudenzův dotazník (odlišení urgentní a stresové inkontinence), OAB V8 (urgentní inkontinence), iQoL (Incontinence Quality of Life), VAS (Vizuální analogová škála potíží pacienta), PPBC/PBC (Patient perception of bladder condition), PPIUS (Patient perception of intensity of urgency scale), IUSS (index severity of urgency scale). Důležité informace přináší i mikční deník. Doplní objektivní informace o počtu močení za den, za noc, intervalech mezi močeními a množství moči v jedné porci. Výtěžný může být i vložkový test (Pad test), kdy pacienti váží množství uniklé moči (13).

Fyzikální vyšetření pacienta následuje vzápětí. Zahrnuje vyšetření aspektů palpací. Kromě vyšetření fyzikálního se soustředíme na neurologické vyšetření oblasti pánve, zevního genitálu a anu. Zajímá nás jak senzitivní inervace a dermatomy, tak tonus svěrače. U žen je potřeba i gynekologické fyzikální vyšetření s posouzením stavu pochvy a čípku dělohy, eventuálně přítomnosti cystokély nebo enterokély. Při anamnéze trvalé inkontinence je potřeba pátrat po možné přítomnosti komunikace mezi močovým měchýřem a pochvou nebo dělohou.

Laboratorní vyšetření zahrnují vyšetření moči chemicky a kultivačně. Močová infekce zásadně ovlivňuje stav močové inkontinence. V případě pozitivního nálezu jistě dochází

ke zhoršování symptomů onemocnění. Takový náález je nutno přeléčit a až následně pátrat po problémech dál.

Ze **zobrazovacích metod** je užitečné zejména na ultrazvukové vyšetření močových cest. Podává nám informaci o stavu horních močových cest, močového měchýře s náplní a po vymočení (UZ močového rezidua) a také o stavu močové trubice (hypermobilita – introitální UZ).

K dalšímu vyšetřovacímu algoritmu patří vyšetření uroflowmetrie (UFM). Jedná se o vyšetření proudu moči pacienta za jednotku času. Podává nám informaci o možném oslabení proudu při močení (zúžení močové trubice, obstrukční močení u mužů s hyperplazií prostaty).

Celé vyšetření je třeba v indikovaných případech doplnit cystoskopickým vyšetřením k vyloučení jiných onemocnění močového měchýře (tumory, kameny ...). Při podezření na stresovou inkontinenci je vhodné doplnit funkční testy, například Marshall, Bonney nebo Froevisův test.

V případě selhání primární léčby doplňujeme urodynamické vyšetření. Jedná se o specializované vyšetření, které nám umožňuje posoudit funkční stav dolních močových cest. Zahrnuje cystometrii a následnou průtokovou studii. Jeho součástí často bývá i UFM a UZ rezidua (viz výše). Cystometrie umožňuje zhodnocení kapacity močového měchýře, jeho citlivost (senzitivitu) a aktivitu bez provokačních manévru i s nimi (kašel, nádech ...). V případě vylučování stresové inkontinence doplňujeme cystometrii o provokační manévry se zatlačením na svaly pánevního dna při zadrženém dechu (VLPP – Valsalva leak point pressure). Průtoková studie (P/Q) přináší informaci o funkčnosti vyprazdňování, event. překážkách pod močovým měchýřem a množství zůstatkové moči. Vyšetření se provádí na specializovaných pracovištích s důkladně proškoleným personálem. Předpokladem správného vyšetření je sterilní moč. V případě neurogení poruchy močového měchýře je v některých případech možné doplnit videourodynamické vyšetření.

Léčba jednotlivých typů močové inkontinence

Stresová inkontinence

Je únik moči zapříčiněn poklesem tlaku v močové trubici při současném zvýšení nitrobřišního tlaku. Příčiny této inkontinence rozeznáváme dvě. Častější příčina je porucha závěsného aparátu dolních močových cest, spojená s poklesem pánevních orgánů. Jedná se o tzv. hypermobilitu měchýře, která vede k oslabení svěrače močového měchýře. Uzavírací síla svěrače může

být překonána při zvýšeném nitrobřišním tlaku (při kašli, smíchu, kýchnutí apod.) a tím dochází k úniku moči. Druhá příčina je mnohem závažnější. Inkontinence vznikne na podkladě poškození sfinkteru. Tím dochází k výraznému oslabení nebo úplně ztrátě uzavírací schopnosti svěrače. Jde o svěračovou insuficienci (ISD) (14).

Pacient anamnesticky udává únik moči při provokačních manévrech (kašel, kýchnutí, chůze, fyzická námaha). Potíže charakteru urgencye a nykturie nejsou standardní součástí tohoto typu inkontinence.

Léčba zahrnuje konzervativní způsoby, léky a chirurgické postupy.

1. Konzervativní postup

- Začíná cvičením pánevního dna. Jedná se o metodu starou přes 60 let. Jejím tvůrcem byl Arnold Kegel, americký gynekolog, a poprvé ji představil v roce 1948. Její úspěšnost při pravidelném cvičení je přibližně 84 %. Provádí se opakováním několika rychlých kontrakcí pánevního dna za sebou, několikrát denně. Dle jiných dostupných prací je dostačující již minimální cvičení v rozsahu 3 sérií po 12 staženích pánevního dna, 3–4x týdně. Studie u mužů, kteří trpí stresovou inkontinencí po radikální prostatektomii ukazují také dobrý efekt této metody. Pacienti provádějí 3 kontrakce svěrače v průběhu 2 dechů. Cvičení opakují 4x denně (2).
- Vaginální kužely jsou další konzervativní metodou léčby stresové inkontinence. Jedná se o kužely, které mají různou hmotnost. Pacientka si je denně zavádí do pochvy na 20 minut od nelehčího. Celková rehabilitace tímto způsobem trvá kolem 6–8 týdnů a úspěšnost je kolem 50 % (1).
- Pesaroterapie je nejstarší metodou léčby stresové inkontinence u starších žen. Byla zavedena do praxe v 90. letech 19. století. Jejím principem je elevace báze močového měchýře prostřednictvím intravaginálně zavedeného pesaru nad svaly pánevního dna (8, 10).
- Nepřímá elektrostimulace nervosvalových struktur pánevního dna pomocí poševně umístěné elektrostimulační sondy. Dochází ke stimulaci, která vede ke kontrakcím příčně pruhovaného svalu. Stimulace trvá kolem 30 minut denně 20–30 dnů. Pozitivní efekt této metody se popisuje až v 60 %. V České republice se nevyužívá.
- U pacientek s vyšší váhou je doporučeno v úvodu léčby redukce hmotnosti. Redukce

váhy o 5–10 % vede ke snížení inkontinenčních potíží až v 60 % (18).

- Inkontinenční pomůcky potíže pacientů neléčí. U pacientů starých, polymorbidních nebo imobilních, kdy jiná léčba není indikována, jsou nezbytné.

2. Medikamentózní léčba

- Zahrnuje zejména hormonální terapii. Využívá se u starších žen, kdy v menopauze dochází k poklesu hladin pohlavních hormonů, který má za následek poševní a uretrální atrofii. To vede k častým zánětům, které mají vliv na uzávěrový mechanismus močové trubice. Pokles obsahu kolagenu vede k destrukci závěsného aparátu močové trubice s následnou stresovou inkontinencí. V hormonální terapii jsou doporučeny lokální estrogény (masti, krémy, čípky). Účinnost hormonální terapie je však vyšší u urgentní než u stresové inkontinence, proto její užití u stresové inkontinence není časté. Hormonální léčba celková u pacientek v postmenopauzálním období naopak zvyšuje riziko vzniku urgentní inkontinence. Toto riziko klesá po vysazení této léčby (9).
- Tricyklické antidepresivum imipramin ovlivňuje kontrakci hladké svaloviny hrdla močového měchýře přes alfa-adrenergní receptory a přes beta-adrenergní receptory vede k inhibici detruzoru močového měchýře. Jeho působení je neselektivní. V praxi se využívá jen ojediněle (12).
- SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (duloxetin – Yentreve) byl použit v léčbě stresové inkontinence v klinických studiích s dobrým efektem a poměrně nízkými nežádoucími účinky. V praxi však vykazoval mnohem vyšší nežádoucí účinky a nižší efektivitu léčby až u 66 % žen (6). V České republice je schválen SUKL, ale není pro tuto indikaci hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

3. Chirurgická léčba

- Prošla v posledních desetiletích výraznými změnami. Postupně byly opuštěny velké operační techniky (např. Marshall-Marchetti-Kranzová technika, Burchova kolpopexie, jehlové suspenze dle Pereyry, Stammeyho, Raze nebo Gitesse aj.), které měly svůj boom v 90. letech minulého století. Přešlo se k miniinvasivním metodám léčby. Tyto velké techniky mají své místo v případech selhání primární chirurgické léčby.

- Slingové (smyčkové) operace měly svůj boom na konci minulého století. Šlo o závěs uretry smyčnou v místě uretrovezikální junkce. Tento závěs poskytoval podporu svalovině pánevního dna a hrdlu močového měchýře, čímž přispíval ke kontinenci moči. Smyčka byla autologní (svaly, fascie) nebo syntetické (Gore-tex, Marlex, Mersilene, Prolene, Dacron ...). Její konce byly ukotveny v přímém břišním svalu nebo na ligamentum iliopencineum Cooperi. Jejich efektivita je 86 % (4, 19).
- Implantace pásky pod močovou trubici je nejčastěji užívanou metodou chirurgické léčby. Hovoříme o tahuprostých páskách (tension-free vaginal tape), které se umístí podslizničně v pochvě v oblasti první třetiny močové trubice, čím ji poskytne oporu a nedochází k úniku moči. Úspěšnost operace po 5 letech je kolem 84 %. Operace se provádí nejčastěji obturatorním otvorem (TVT-O) pomocí speciálních zaváděčů. Umístění pásky nesmí být moc těsné, aby nedocházelo k hyperkorekci a následné poruše evakuace močového měchýře. Před operací je nezbytné provedení cystoskopického vyšetření. Peroperačně je nutný dobrý přehled v poševních prostorách, protože by mohlo dojít k protažení pásky přes močový měchýř nebo pochvu. To by mohlo vést ke vzniku píštělí. Riziko poranění močového měchýře je kolem 3,8 %, poranění pochvy s hematodem jen 0,7 %. Nejčastější komplikací je infekce močových cest, která představuje asi 4,1 % případů (15, 16, 19).

Urgentní inkontinence

Je únik moči v rámci syndromu OAB (overactive bladder, hyperaktivní močový měchýř). Pacient udává únik moči z důvodu nedoběhnutí na toaletu. Při prvním pocitu na močení musí co nejdříve vyhovět, jinak dojde k úniku různě velkého množství moči. Postihuje kolem 16 % populace. Vyskytuje se u obou pohlaví.

V její terapii je nejčastěji využívaná farmakoterapie. V současnosti se do popředí dostává i behaviorální terapie, zejména u starší nebo dětské populace. Chirurgické metody se využívají jen v krajním řešení a po selhání ostatních metod.

1. Konzervativní postup

- Behaviorální terapie se zakládá na poznatcích o ztrátě kontroly mikčního reflexu. Zahrnuje režimová opatření. Pacient se pomocí mikčního tréninku snaží tuto kontrolu

opět obnovit. Mikce je pravidelná v krátkých intervalech, které se postupně prodlužují. Trénink trvá asi 6–8 týdnů. Pomůckou při jeho plnění je vedení mikčního deníku. Touto metodou je možno dosáhnout zlepšení potíží v 25 až 57 %.

- Významnou úlohu hraje i cvičení pánevního dna. Byla prokázána spojitost mezi stahem detruzoru močového měchýře a stahem svěračů. Cíleným stahem svěrače análního a uretrálního dojde k přerušení reflexní dráhy mikčního cyklu a zastavení kontrakce detruzoru. Cvičení je ale nutno provádět dlouhodobě a pravidelně.
- Úprava dietních opatření zahrnuje omezení kofeinu, alkoholu nebo jiných tekutin.

2. Medikamentózní léčba

- Je nejčastější metodou léčby OAB s urgentní inkontinencí.
- Anticholinergika jsou zlatým standardem v léčbě hyperaktivního močového měchýře a urgentního typu inkontinence. Jejich účinek vychází z blokády uvolňování acetylcholinu. Jeho nedostatek poté vede k relaxaci detruzoru močového měchýře. Celá tato aktivita probíhá na muskarinových receptorech (M). To má za následek snížení kontrakcí detruzoru. Některé léky z této řady mají i přímý spazmolytický vliv na hladkou svalovinu močového měchýře. To pak vede ke zvýšení kapacity močového měchýře. Do skupiny těchto léků patří oxybutinin, propiverin a trospium, fesoterodin, solifenacin, darifenacin a tolterodin. Jejich účinky závisí na typu M receptoru na který působí. Prostřednictvím M1 a M3 receptorů ovlivňují slinné a slzné žlázy. Dochází ke snížené sekreci slin a pocitu sucha v ústech (xerostomie), dále ke snížené tvorbě slz (syndrom suchého oka, zvýšené dráždění). Jejich vliv na GIT prostřednictvím M3 receptorů vede ke zpomalení činnosti střev, zácpě, plynatosti a k bolestem břicha. Působí přes M2 receptory ovlivňují srdeční rytmus a srdeční výdej. Mohou vést ke vzniku tachyarytmie nebo k prodloužení QT intervalu. Afinita k M5 receptorům ovlivňuje kontrakci musculus ciliaris. Účinek se projeví v špatné akomodaci oka a rozmazaném vidění. Někdy může dojít až ke glaukomovému záchvatu (7).
- Tricyklická antidepresiva působí nejspíše přes zpětné vychytávání noradrenalinu v postgangliových sympatických nervových zakončeních. Důsledkem toho jsou stimulovány receptory detruzoru, a to vede

ke zvýšení výtokového odporu a zvětšení kapacity močového měchýře. Nejznámější zástupce je imipramin.

- Sympatomimetika vedou k inhibici detruzoru přes neselektivní stimulaci beta-adrenergických receptorů. Zástupcem je efedrin. V klinické praxi však nenašel uplatnění pro své vysoké nežádoucí účinky (hypertenze).
- Blokátory kalciových kanálů blokují přenos extracelulárních stimulů do intracelulárního prostředí. Jejich zástupcem je nifedipin.
- Blokátory fosfodiesterázy inhibují enzym fosfodiesteráza, který se podílí na svalové kontrakci přes intracelulární regulaci. Při inhibici tohoto enzymu dochází ke slabší činnosti neuromuskulární jednotky snížením množstvím využitelné energie buňky. Zástupcem této skupiny je vinpocetin.
- Desmopresin je syntetickým analogem antidiuretického hormonu. Je využíván zejména v léčbě noční polyurie nebo enurézy. Opatrnost je potřeba zejména u pacientů s polyurií při srdečním selhání nebo chronické žilní insuficienci.
- Také u této skupiny pacientů možno využít hormonální terapii. Pokles obsahu kolagenu v uretře snižuje její pružnost a elasticitu, což vede k dysuriím, urgencím a inkontinenci. Lokální hormonální preparáty vedou ke snížení těchto projevů.
- Intravezikální aplikace léků do močového měchýře, zejména botulotoxinu, kapsaicinu a rosiniferatoxinu vede k paralýze detruzoru močového měchýře. Tím ke zvětšení jeho kapacity, utlumení senzitivity a snížení inkontinenčních epizod (17).

3. Chirurgická léčba

- Vstupuje do léčby až při selhání medikamentózní terapie. Jejím cílem je dospět ke zvýšení kapacity močového měchýře, poklesu intravezikálního tlaku a ochraně horních močových cest.
- Autoaugmentace močového měchýře je chirurgická technika, kdy myotomií detruzoru močového měchýře odstraníme svalovou vrstvu močového měchýře a ponecháme jen sliznici. Její protruzí dojde ke zvětšení kapacity močového měchýře. Výhodou je, že nedochází k metabolickým změnám v organizmu pacienta jako je tomu u enteroplastik (5).
- Augmentační cystoplastika je zvětšení kapacity močového měchýře využitím různých

segmentů gastrointestinálního traktu (enteroplastika) nebo omenta. Jejich našitím na močový měchýř dojde ke zvětšení jeho kapacity. Je velice důležité, kterou část GIT použijeme. Nejvhodnější je ileální část. Přítomnost žaludeční sliznice (gastroplastika) může vést ke dráždění močového měchýře kyselým prostředím, vzniku hematurie a rozvoji hyperchloremické alkalózy. Ani použití ilea není zcela bez komplikací. Může vést k minerální dysbalanci s acidózou. Přítomnost bílkovinné matrix v močovém měchýři zase vede ke vzniku konkrementů. Chronická iritace střevního segmentu moči může vést ke vzniku adenokarcinomu.

Totální močová inkontinence se léky ovlivnit nedá. Její jedinou metodou léčby je chirurgická terapie. U pístěli s GIT nebo gynekologickými orgány se přistupuje k chirurgické fistulorafii, sešití močového měchýře a vložením materiálu mezi oba systémy, nejčastěji omentum. Výkony mohou být komplikované, zejména u pacientů po předchozí radioterapii. Někdy je nutné močový měchýř zcela vyřadit ze systému, provést derivaci moči vytvořením neoveziky, nebo jednoduchým vyšitím močovodu jako stomií (u solitární ledviny).

Paradoxní ischurie je únik moči při přetečení močového měchýře. Vyskytuje se u pacientů zejména mužských, při benigní hyperplazii prostaty. Její léčba spočívá ve vyřešení subvezikální obstrukce pacienta. U pacientů s hypertonickým svěračem je někdy nutné zahájení autokatetrizace pacienta, zejména v rámci ochrany horních močových cest. Jinou metodou by bylo protnutí (tomie) svěrače, která ale následně povede k trvalé inkontinenci.

Závěr

Jakýkoliv nechtěný a nedobrovolný únik moči výrazně ovlivní kvalitu života pacienta. Vede k jeho sociální izolaci a zhoršuje ekonomickou situaci pacienta. Rozpoznání typu inkontinence je prvním krokem k dobré léčbě. Proto by se jím měl zabývat odborník z řad urologů. Jedná se o celosvětový problém. Postihuje pacienty ve všech věkových kategoriích. Mnohdy je řešení těchto potíží jednoduché, postačí jen informovanost pacientů. Jindy je to diagnostický oříšek.

Literatura

1. Belo J, Francisco E, Leite H, Catarino A. Pelvic floor muscles training with Plevnik's cones in women with urinary incontinence. Acta Med Port, 2005; 18(2): 117–122.

2. Bridgeman B, Roberts SG. The 4–3–2 metod for Kegel exercises. Am J Mens Health, 2010; 4(1): 75–76.
3. Brodák M, Holub L, Košina J, Romžová M, Pacovský J, Navrátil P, Louda. Prevalence symptomů dolních močových cest a hyperaktivního močového měchýře u žen a mužů v běžné populaci. Urol. Prax, 2008; 1: 19–21.
4. Brodák M, Navrátil P, Pacovský J, Louda M, Košina J, Holub L. Smyčkové operace stresové inkontinence moči u žen. Urol. Prax, 2007; 8(6): 268–271.
5. Brodák M, Morávek P, Hviezdoslav Š, Louda M, Pacovský M. Autoaugmentace močového měchýře u refrakterního hyperaktivního močového měchýře. Urol. Prax, 2007; 2: 72–73.
6. Cardozo L, Lange R, Voss S, Beardsworth A, Manning M, Viktrup L, Zhao ZD. Short- and long-term efficacy and safety of duloxetine in women with predominant stress urinary incontinence. Curr Med Res Opin, 2010; 26(2): 253–261.
7. Chapple C, Khullar V, Gabriel Z, Dooley JA. The effect of antimuscarinic treatments in overactive bladder: a systemic review and meta-analysis. Eur. Urol, 2005; 48: 5–26.
8. Farrell FA, Beydock S, Amir B, Fanning C. Effectiveness of a new self-positioning pessary for the management of urinary incontinence in women. Am J Obstet Gynecol, 2007; 196(5): 474, e1–8.
9. Hirai K, Tsuda H. Estrogen and urinary incontinence. Int J Urol, 2009; 16(1): 45–48.
10. Horčíčka L. Pesary v urogynekologii. Prak. Gyn, 2002; 5: 6–7.
11. Horčíčka L, Zmrhal J. Hyperaktivní močový měchýř a urgentní inkontinence u žen – diagnostika a sociální aspekty. Med pro Praxi, 2010; 7(5): 229–232.
12. Krhut J. Farmakologická léčba stresové inkontinence. Med. pro Praxi, 2006; 3: 184–186.
13. Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Hochner-Celnikier D, Lavy S, Shveiky D, Manor O. Concordance between one-hour pad test and subjective assessment of stress incontinence. Urology, 2010; 76(6): 1364–1368.
14. McGuire EJ, Lytton B, Kohorn EI, Pepe V. The value of urodynamic testing in stress urinary incontinence. J Urol, 1980; 124: 256–258.
15. Pushkar DZ, Godunov BN, Gvozdev M, Kasyan GR. Complication of mid-urethral sling for treatment of urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet, 2011, Feb 9.
16. Rezapour M, Falconer C, Ulmsten U. Tension free vaginal tape (TVT) in stress incontinent women with intrinsic sphincter deficiency (IDS) – a long-term follow up. Int. Urogynecol J, 2001; 2: 12–14.
17. Sacco E, Paolillo M, Totaro A, Pinto F, Volpe A, Gardi M, Bassi PF. Botulinum toxin in the treatment of overactive bladder. Urologia, 2008; 75(1): 4–13.
18. Subak LL, Whitcomb E, Shen H, Saxton J, Vittinghoff E, Brown JS. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. J Urol, 2005; 174: 190–195.
19. Struppl D. Současné trendy v chirurgické léčbě stresové inkontinence moči. Urol. Prax, 2009; 10(5): 274–278.
20. Vrtal R, Vidlár A, Študent V. Diagnostika a léčba urgentní inkontinence. Urol. Prax, 2007; 8(5): 211–216.

Článek přijat redakcí: 28. 2. 2011
Článek přijat k publikaci: 21. 3. 2011

MUDr. Miroslava Romžová

Urologická klinika FN Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
romzova@fnhk.cz

