

koitálních aktivit způsobují sexuální dysfunkce. Symptomy močové inkontinence sice mohou v mládí spontánně regredovat, ale v období perimenopauzy a postmenopauzy vždy přetrvávají, resp. se pozvolna zhoršují.

Diagnostika

Správně stanovená příčina močové inkontinence je hlavním předpokladem úspěchu léčby. Diagnostika je založená na odběru anamnézy a popisu konkrétních symptomů inkontinence moči a dysfunkce dolních močových cest (např. frekvence mikce, urgencye, nykturie a další). Kvalitní odběr anamnézy pomůže odhalit rizikové faktory vzniku inkontinence – gynekologické operace, parity, porodní poranění, extrakční porodnické operace, porod velkého plodu nad 4000 g. Symptomy močové inkontinence mohou být průvodním jevem různých interních (např. diabetes mellitus) a neurologických (např. roztroušená skleróza, diabetická neuropatie, výhrze meziobratlových plotének) onemocnění, resp. následkem užívání chronické léčby (např. diuretika, antidepressiva). Symptomatologii močové inkontinence může imitovat i probíhající infekce dolních močových cest. Gynekologické vyšetření má posoudit kvalitu svalů pánevního dna, trofiku poševní sliznice a potvrdit či vyloučit sestup pánevních orgánů.

Ultrazvukové vyšetření transvaginální sondou vyloučí organickou příčinu úniku moči (např. útlak močového měchýře myomatózně zvětšenou dělohou, adnexální patologie, intraluminální proces v močovém měchýři či (ne)správnou lokalizaci implantátů). Transvaginálním ultrazvukem můžeme hodnotit i hypermobilitu močové trubice či funneling (otevírání uretrovezikální junkce při zvýšení abdominálního tlaku). Tyto markery však nekorelují se závažností inkontinence.

Transperineální ultrazvukové zobrazení orgánů malé pánve umožní stanovit závažnost poklesu pomocí POP-Q klasifikace. Je možné využít 3D sondy a vizualizovat bilaterálně musculus levator ani a velikost genitálního hiatu v klidu i při Valsalvově manévru.

Komplexní urogynekologické vyšetření zahrnuje vyšetření perineálního a perianálního cití či kašlací test (stress test). Méně často se v současnosti využívá test s vážením vložek (pad weight test). Mikční deník s 24hodi-

novým záznamem příjmu a výdeje tekutin, včetně počtu a času mikcí ideálně i se změněním vymočeného objemu, může významně pomoci diferenciální diagnostice typu močové inkontinence. V rámci diagnostiky močové inkontinence je vhodné biochemické vyšetření moči a zcela zásadní je vyloučení urogenitální infekce. Ke zhodnocení symptomů a závažnosti obtíží se využívají standardizované dotazníky (např. ICIQ-SF, OAB-V8, PPIUS a další). Tyto dotazníky jsou volně dostupné a mohou být v ambulanci praktických lékařů nápomocny pro správný výběr a odeslání pacientek do specializované urogynekologické ambulance.

Urodynamické vyšetření

Urodynamické vyšetření slouží k objektivizaci poruch funkce dolních močových cest (6). Skládá se ze tří hlavních částí: cystometrie, profilometrie a uroflowmetrie.

Při **cystometrickém vyšetření** se močový měchýř plní sterilní vodou či fyziologickým roztokem konstantní rychlostí transuretrálně zavedeným tenkým katétrem. Toto vyšetření poskytuje zejména informaci o funkci detrusoru močového měchýře, jeho compliance, intravezikálním tlaku během plnicí fáze a maximální funkční kapacitě měchýře. Ženy s hyperaktivním měchýřem mají první nucení na močení již při malém objemu instilované tekutiny do měchýře, často se zvýšením intravezikálního tlaku a maximální kapacita močového měchýře je zpravidla také nižší než u zdravých žen.

Profilometrie (měření uretrálního tlakového profilu) měří intraluminální tlak v celé délce močové trubice pomocí močového katétru s měřícím tlakovým čidlem. Toto vyšetření poskytuje informace o funkční délce a maximálním uzavíracím tlaku uretry, který může být zejména u žen se stresovou inkontinencí při stresových manévrech snížený. Maximální uzavírací tlak uretry je u žen, které nerodily přirozeně, signifikantně vyšší než u žen po spontánním porodu (7).

Uroflowmetrie měří kvantitativní parametry mikčního aktu. Při tomto vyšetření se zjišťuje zejména objem vymočené moči, trvání mikce, rychlost průtoku moči a postmikční reziduum.

Režimová opatření v léčbě močové inkontinence

Základním předpokladem optimálního výsledku léčby je spolupráce, resp. compliance pacientky s navrženou terapií. V některých případech mohou pomoci režimová opatření, např. redukce hmotnosti u obezních, protože ženy s body mass indexem nad 40 mají pětikrát vyšší riziko vzniku močové inkontinence (8). Ženy trpící symptomy hyperaktivního měchýře by měly snížit příjem močopudných látek a dodržovat přiměřený pitný režim v intervalu 1,5–2 litrů tekutin denně. Úprava pitného režimu ve večerních hodinách může omezit nykturie. U hyperaktivního měchýře se doporučuje trénink močového měchýře, který spočívá v potlačení urgencí, prodloužení intervalů mezi mikcemi a zvýšení kapacity močového měchýře. V případě noční polyurie je vhodné kompletní interní vyšetření s vyloučením srdeční insuficience a dekompenzované arteriální hypertenze. S věkem mohou mít na symptomatiku projevů dolních močových cest vliv i cerebrovaskulární, neurodegenerativní či vertebrogenní onemocnění.

Terapie stresové inkontinence moči

Cílem terapie je obnovení kontinence. Konzervativní možnosti terapie SUI představují zejména rehabilitaci svalstva pánevního dna a lokální estrogenní terapii (9).

Chirurgická léčba stresové inkontinence se v posledních 100 letech kontinuálně vyvíjela a její efektivita se pozvolna zvyšovala. Revoluci v léčbě stresové inkontinence představovalo uvedení moderní miniinvazivní operace – transvaginálně aplikované polypropylenové pásky pod uretru – do praxe na konci 20. století. Princip této operace se opíral o tzv. teorii visutého lůžka (hamaky), kterou popsal anatom DeLancey v roce 1994. Touto teorií vysvětlil patofyziologii stresové inkontinence moči (5). Teorie visutého lůžka předpokládá, že u kontinentní ženy nastává vzestup uretrálního uzavíracího tlaku při stresovém manévru následkem komprese uretry podpůrnou tkáňovou vrstvou, přičemž umístění uretry v místě působení intraabdominálního tlaku není pro zajištění kontinence rozhodující. Na základě této své teorie DeLancey doporučil, aby se chirurgická léčba stresové inkontinence zamě-