

Únik moči (močová inkontinence)

Vážená pacientko, vážený paciente,

únik moči je stav, který omezuje pacienty v každodenní činnosti a v různé míře znepříjemňuje jejich život. Jen malá část pacientů vyhledá kvůli úniku moči odbornou pomoc a hlavně ve vyšším věku jej považují za nepříjemnou, ale nedílnou součást stáří. Cílem této publikace je poskytnout Vám základní informace o příčinách a typech úniku moče, vyšetřovacích metodách a možnostech léčby. Některé formy úniku moči mohou být velmi dobře řešitelné, neváhejte proto informovat o tomto problému Vašeho praktického lékaře, který provede základní vyšetření nebo Vám doporučí odborné pracoviště urologické nebo gynekologické ambulance.

Základní informace

MUDr. Petr Holý, Urologické oddělení, Thomayerova nemocnice, Praha

Úvod

Močová inkontinence je porucha funkce močového měchýře a/nebo svěrače močového měchýře provázená mimovolním únikem moči. Jedná se o relativně častý a velmi obtěžující stav. Močová inkontinence se může projevit např. náhlými úniky moči během kašle, smíchu, pohybu apod., nebo jako nucení na močení, které je tak silné, že není možné včas dojít na toaletu.

Jakmile močová inkontinence začne zasahovat do Vašich běžných denních aktivit, neváhejte se obrátit na Vašeho lékaře. Ve

většinou případů Vám lékař výrazně uleví od obtíží nebo Vás zcela uzdraví za pomoci změny životního stylu anebo doporučené léčby.

Závažnost močové inkontinence

Množství úniku kolísá od občasných, nepatrných úniků několika kapek moči až k naprosté ztrátě kontroly a stálému nekontrolovatelnému pomočování. Závažnost poruchy tak určuje negativní dopad na kvalitu života.



Druhy močové inkontinence

- **Stresová inkontinence.** Stresovou inkontinenci charakterizuje nechtěný únik moči při zvýšení tlaku v dutině břišní. Moč uniká, bez pocitu nucení na močení, při zvedání těžkých břemen, cvičení, kašli, smíchu, apod. Stresová inkontinence je dána oslabením mechanismu močového svěrače nebo svalstva pánevního dna. U žen toto může být důsledkem těhotenství, porodu nebo menopauzy. U mužů může být příčinou stresové inkontinence chirurgické odstranění prostaty.
- **Urgentní inkontinence.** Je únik moči, který je doprovázen náhlým a intenzivním nucením na močení. Při této poruše obvykle chodíte velmi často močit během dne

i noci. Urgentní inkontinence může být způsobena močovou infekcí, střevními obtížemi, neurologickým onemocněním – Parkinsonova nemoc, Alzheimerova nemoc, mrtvice, roztroušená sklerosa a poranění míchy nebo pánve.

- **Smíšená inkontinence.** Smíšený typ inkontinence představuje kombinaci obou předchozích typů, tj. stresové a urgentní inkontinence. Více se o smíšené inkontinenci se dozvíte [zde](#).
- **Paradoxní ischiurie – inkontinence z přetékání.** U paradoxní ischiurie se jedná o samovolné odtékání moči po kapkách z přeplněného močového měchýře po zástavě močení. Tento typ inkontinence je projevem postižení vypuzovací funkce močového měchýře, například u nervového poškození u pacientů s cukrovkou, roztroušenou sklerozou nebo poraněním míchy a u mužů se zvětšením prostaty.

Přestože Vám může být nepříjemné mluvit o úniku moči s Vaším lékařem, je důležité tento problém řešit. Zejména pokud jsou úniky moči časté a negativně ovlivňují kvalitu Vašeho života. Velmi důležité také je, že močová inkontinence může být i projevem jiných závažnějších onemocnění, která se při vyšetření odhalí.

Návštěvu lékaře v žádném případě neodkládejte pokud je v moči příměs krve.

Lékařské vyšetření u pacienta s močovou inkontinencí

Obvyklé testy a vyšetření zahrnují:

- **Podrobná anamnéza** – rozhovor s lékařem, při kterém svými slovy popíšete Vaše obtíže
- **Fyzikální vyšetření** – systematické vyšetření Vašeho těla

pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem.

- **Mikční deník.** Váš lékař Vás požádá o denní (nejlépe několikadenní) záznam příjmu a výdeje tekutin, času močení, množství vymočených porcí moči, počtu úniků moči a údaje zda byly úniky provázeny silným nucením na močení. Pitná a mikční karta je k dispozici [ZDE](#) nebo na stránkách musimcasto.cz [ZDE](#).
- **Laboratorní vyšetření vzorku moči** k vyloučení infekce, přítomnosti krve nebo jiných příměsí.
- **Laboratorní vyšetření vzorku krve.**
- **Stress test.** Zhodnocení úniku moči při zakašlání nebo břišním tlaku.
- **Ultrazvukové vyšetření.** Nebolestivé zobrazení ledvin a močového měchýře se zhodnocením kapacity močového měchýře a množství moči v močovém měchýři po vymočení.

V případě nutnosti může být vyšetření rozšířeno o tato specializovaná vyšetření:

- **Urodynamické vyšetření.** Při tomto vyšetření lékař zhodnotí funkci močového měchýře při jeho plnění a jeho vyprazdňování. Během tohoto vyšetření je nezbytné zavedení tenké cévky do močového měchýře a konečníku. Toto vyšetření je důležité k odlišení typu inkontinence a výběru nejvhodnější léčby.
- **Cystoskopické vyšetření.** Tenký nástroj s optikou je zaveden do močového měchýře. Během tohoto vyšetření lékař může zjistit abnormality dolních močových cest zodpovědné za Vaše obtíže a případně je i odstranit. Podrobnější popis urodynamiky i cystoskopie přináší [tento článek](#).



Stresová inkontinence

MUDr. Barbora Nechanská, Urologické oddělení, ON Mladá Boleslav a.s.

Úvod

Stresová inkontinence je nejčastějším typem inkontinence, kterou trpí asi 20 % populace. Je definována jako stav mimovolného úniku moči, k němuž dochází při zvýšení nitrobřišního tlaku bez stahu svaloviny močového měchýře. Může se objevit při kašli, kýchnutí, smíchu, zvedání břemen, cvičení a jiných aktivitách, jež zvyšují nitrobřišní tlak, a tím současně i tlak na močový měchýř. Tlak v močovém měchýři vyšší než uzavírací tlak v oblasti svěrače vyvolá únik moči. Při normálních anatomických a funkčních poměrech svaly pánevního dna podpírají močovou trubici a podílí se na jejím uzavření. Právě nadměrná pohyblivost hrdla močového měchýře a močové trubice či abnormální poloha těchto struktur způsobená oslabeným podpůrným aparátem se podílí na vzniku stresové inkontinence. Vždy doporučujeme konzultaci s odborníkem na danou problematiku, Váš praktický lékař Vám může doporučit urologické nebo gynekologické vyšetření, v případě operačních výkonů je vždy nutné navštívit pracoviště, které má s daným typem výkonů dostatek zkušeností.

Příčiny vzniku

K rozvoji stresové inkontinence přispívá několik známých faktorů. Kromě genetického vlivu je to u žen těhotenství a porod, kdy dochází k povolání podpůrného aparátu pánevních orgánů a ochabování pánevních tkání. K rozvoji inkontinence přispívají také hormonální změny během menopauzy, které ovlivňují složení pojiva podpůrných tkání. U mužů dochází k úniku moči nejčastěji při vrozených vývojových vadách, při onemocnění nebo poškození nervů močového měchýře, úrazu anebo jako následek poranění svěrače operačními zákroky na prostatě. Mezi další rizikové faktory patří dlouhodobá zátěž na pánevní dno způsobená obezitou, těžkou fyzickou prací nebo např. chronickým kašlem. Únikem moči, zejména u starších pacientů, se může projevit ale i jiné onemocnění, které způsobí zvýšenou frekvenci močení, zvýšení nitrobřišního tlaku nebo poruchy nervového systému. Patří sem například chronická nedostatečnost srdeční nebo ledvin, chronická obstrukční plicní nemoc, cukrovka či neurologické poruchy (roztroušená skleróza, alzheimeroва demence) .

Léčba stresové inkontinence – konzervativní postupy

Léčba stresové inkontinence je individuální a předchází jí pečlivá diagnostika. Nižší stádia inkontinence se často léčí konzervativními postupy, kam patří návyk základních léčebných režimů, rehabilitace, elektrostimulace, pesaroterapie a farmakologická terapie.

K úpravě režimu radíme snížení tělesné hmotnosti minimálně o 5 % původní váhy, kontrolu příjmu tekutin (mezi 1,5 – 3 l) a stop kouření. Rehabilitace se skládá z gymnastiky svalů pánevního dna a tzv. biofeedbacku. Posilují se svalové

skupiny, jež mají vliv na sklon pánve, svaly hýžďové, stehenní, břišní a svaly oblasti bederní páteře. Nejčastěji se užívá systém tzv. **Kegelových cviků**, jejichž úkolem je zvýšit sílu a odolnost svalů pánevního dna. Několik sérií cviků se provádí denně, dbá se především o jejich důkladné provedení a koordinaci s dýcháním. Výsledky lze očekávat přibližně za 4 – 5 měsíců. Cvičení lze doporučit ženám i před porodem či mužům před operací prostaty jako formu prevence vzniku inkontinence. Ukázkou cviků najdete [zde](#). **Biofeedback** slouží ke zlepšení vědomé kontroly nad posilováním svalů – kontrola prsty, manometrem, konusy či míčky různých hmotností, které se vkládají do pochvy.

Elektrostimulace nízkofrekvenčními impulsy se užívá v kombinaci s ostatními konzervativními metodami. Sondy mohou být zavedeny do pochvy, do řitního otvoru nebo lze použít tzv. jehlové elektrody, které se přikládají ke kůži a slouží ke stimulaci nervů v oblasti hráze a v regionu nad močovým měchýřem. Účinek lze hodnotit obvykle až po 3 – 6 měsících a byl zaznamenán hlavně u žen, které nedokážou samy vyvolávat stahy svalů pánevního dna, a u mužů po radikálním odejmutí prostaty.

Pesaroterapie se uplatňuje při poklesu či výhřezu pohlavních orgánů ženy. Pacientka si zavede do pochvy silikonový pesar, změní tak anatomické poměry a zvýší výtokový odpor močové trubice. Tato metoda je doporučena pacientkám, které nemohou být operovány, či na operaci čekají, nebo prodělaly více zákroků, při nichž nebylo docíleno efektu.

Léků určených pro řešení stresové inkontinence je velmi málo, využívá se přítomnosti receptorů pro různé chemické působky, které se nachází v pochvě, močové trubici či měchýři a při pánevním dnu. Používají se místně aplikované hormonální přípravky (estrogeny), jež ovlivňují pojivovou tkáň a výživu epitelu sliznic. Užívají se zejména u žen v menopauze. Zesílení přenosu nervového signálu v oblasti nervosvalových spojek umožňují některá antidepresiva (imipramin) a tzv.

inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (duloxetin). Zvýší se tak aktivita pánevních nervů a tím napětí svěrače močové trubice. U těchto přípravků je třeba upozornit na výskyt nežádoucích účinků jako je nízký krevní tlak, nevolnost, únava, třes, nespavost, zácpa, nemožnost močení apod.

Léčba stresové inkontinence – chirurgické postupy

Při nedostatečném efektu nechirurgické terapie se přistupuje k léčbě operační. Existuje několik typů operačních zákroků, které lékař volí podle mechanismu vzniku inkontinence. Pokud se jedná o zvýšenou pohyblivost močové trubice či hrdla močového měchýře, užívají se tzv. závěsné či páskové „sling“ operace, které jsou založeny na principu zevního stlačení močové trubice. Pokud je příčinou porušený svěrač močové trubice, lze implantovat svěrač umělý.

Některé látky, jako je silikon, kolagen, dextranomer/hyaluronová kyselina, tuk z vlastních tkání pacienta, lze aplikovat do podslizniční tkáně močové trubice pod hrdlo močového měchýře. Dojde ke zúžení průsvitu močové trubice a zvýší se výtokový odpor při močení. Efektivita je asi 20 % a metoda zlepšuje inkontinenční příznaky přibližně na 3 měsíce.

Ze závěsných operací prováděných na gynekologii se nejčastěji užívá tzv. **retropubická kolpopexe dle Burche**, jež spočívá v závěsu hrdla močového měchýře a močové trubice nevstřebatelnými stehy. Kromě otevřené operace lze výkon provést laparoskopickým přístupem, který nese nižší riziko komplikací a jímž se zkrátí doba hospitalizace.

Operace v pochvě jsou dvojího typu. Tzv. **kolpoplastiky** mají v terapii inkontinence malý efekt, umožňují pozdvihnout hrdlo močového měchýře a bývají součástí jiných výkonů, při nichž se

rekonstruuje zadní či přední poševní stěna. Nejčastěji používanou metodou v současnosti je aplikace vaginálních pásek (typ TVT nebo TVT-0). Tyto tahuprosté vaginální pásky vytváří podporu pro močovou trubici. Jedná se o miniinvazivní chirurgický výkon, jehož principem je vložení pásky pod močovou trubici, která postupně vrostle do tkáně. Provádí se krátký řez v pochvě na přední stěně poševní, páska je vedena pod močovou trubicí a její konce pak vyústí do oblasti tzv. genitofemorální rýhy na hrázi. Oproti TVT pásce je TVT-0 postup rychlejší a nese menší riziko výskytu komplikací.



Při léčbě stresové inkontinence mírného či středního stupně u mužů využíváme též páskové operace, jejichž výhodou je menší invazivita a nižší riziko komplikací.

U středně těžkého až těžkého stupně inkontinence, který nereaguje na konzervativní terapii, je metodou volby **implantace umělého močového svěrače**. U žen se provádí výjimečně. Systém se skládá ze 3 částí – manžeta, která obkružuje močovou trubici, je spojena hadičkami s pumpičkou umístěnou v šourku a balonkem, jenž leží v dutině břišní a slouží jako rezervoár tekutiny. Pacient stiskne pumpu a dojde k výměně tekutiny mezi manžetou a balonkem. Náplň se buď přesune do balónku, tím se vyprázdní manžeta, dojde k uvolnění výtokové části a k močení, nebo se naplní manžeta, která zevním tlakem uzavře močovou trubici. Další informace o implantaci umělého močového svěrače naleznete [zde](#).



V případě, kdy je veškerá terapie inkontinence neúspěšná nebo ji nelze provést pro věk pacienta či přidružená onemocnění apod. doporučuje se užívání různých protetických pomůcek, jako jsou absorpční pleny, vložky a další **inkontinenční pomůcky**, jež mohou zkvalitnit život pacienta. Bližší informace o těchto pomůckách jsou k dispozici na těchto stránkách: www.moliklub.cz, www.tenacz.cz

Inkontinence moči je nejen medicínským a psychologickým problémem, ale i sociálním. Postihuje stovky miliónů lidí na celém světě, přičemž stále vysoké procento z nich nevyhledá pomoc lékaře. Její terapie se skládá z mnohých konzervativních a operačních metod, ale kromě úzké spolupráce s lékařem vyžaduje hlavně aktivní přístup samotného pacienta, trpělivost a mnohdy změnu jeho životního stylu.

Další informace o stresové inkontinenci přináší i tyto [stránky](#).

[Urgentní inkontinence](#)

MUDr. Radek Sýkora, Urologické oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

Úvod

Urgentní inkontinence, jak bylo uvedeno v předchozích odstavcích, je charakterizována jako intenzivní nucení k močení, kterému se velice obtížně odolává, a které je spojeno se samovolným únikem moči. Je součástí souboru příznaků onemocnění, které nazýváme hyperaktivní močový měchýř, ale může se vyskytovat i jako projev jiného, mnohdy závažného onemocnění. Určitě je potřeba vyloučit přítomnost nádorového onemocnění močového měchýře. Zvláště složitá může být diagnostika tzv. in situ karcinomu, který je vysoce rizikový z přeměny ve velice agresivní typ tumoru močového měchýře a často bývají jeho jediným projevem urgencye a případně krev v moči ať už viditelná pouhým okem, nebo zjistitelná při vyšetření močového sedimentu. Urgence k močení mohou být spojeny rovněž s výskytem tzv. cystolitiazoy, což je přítomnost močového konkrémentu v močovém měchýři. Setkat se s ní můžeme například u starších mužů s obstrukcí dolních cest močových zvětšenou prostatou, která působí dlouhodobou překážku při močení. Výskyt urgentní inkontinence se zvyšuje s věkem. Je chybou bagatelizovat tento problém a rozhodně není na místě se z důvodů ostychu vyhýbat návštěvě lékaře. Rovněž nelze tyto obtíže považovat, hlavně ve vyšším věku, za něco běžného a s věkem samozřejmého. Diagnostika této poruchy je uvedena v úvodní kapitole. Léčba se pak odvíjí od toho, jsou-li urgencye a inkontinence projevem jiného, výše zmíněného onemocnění dolních cest močových, anebo jde o projev v rámci komplexu hyperaktivního močového měchýře.



Léčba urgentní inkontinence – konzervativní postupy

V konzervativní léčbě hrají na prvním místě významnou roli **behaviorální metody**. Jedná se o postupy, které vyžadují dobrou spolupráci lékaře a pacienta a hlavně ochotu a odhodlání pacienta se aktivně zapojit. Zahrnují režimová opatření, jejichž součástí je například snížení tělesné hmotnosti u obézních pacientů. Dále je to omezení pití kávy na maximálně 5 šáleků kávy týdně, omezení nadměrného kořenění jídel, zlepšení pitného režimu tak, aby se příjem tekutin pohyboval v rozmezí 1,8 – 2,2 litrů tekutin na den a hlavně rovnoměrně rozložený do celého dne. Obtíže může také zhoršovat nadměrné požívání citrusových plodů, pití sycených nápojů, diskutabilní je oblast pití alkoholu. Pokud máte pocit, že chodíte močit hlavně v noci, pak může pomoci omezení příjmu tekutin 2 hodiny před ulehnutím k spánku.

Další součástí léčby je tzv. **mikční drill**, neboli také „močení podle hodinek“. Smyslem tohoto cvičení je snaha „získat kontrolu nad svým močením“. Je k tomu potřeba vést důkladně „mikční deník“, pomocí kterého zjistíme časové intervaly mezi každým močením a po jejich zprůměrování získáme časový

interval, po který je nutné nejít močit. Po jeho uplynutí se pak pacient vymočí bez ohledu na to, jestli se mu chce nebo ne. Cílem je tyto intervaly postupně prodlužovat za stálého vedení deníku za účelem možnosti kontrolovat dosažené výsledky. V noci se časové intervaly mezi jednotlivým vymočením nestanovují. Doporučuje se obecně toto provádět přibližně 4-12 týdnů, pokud se v průběhu dostavuje efekt.

Součástí behaviorálních postupů je rovněž **fyzioterapie svalů pánevního dna**, kdy cílem je naučit pacienta vlastní vůlí provádět stahy svalů pánevního dna za účelem ovlivnění nástupu urgency tak, aby byla potlačena. Behaviorální postupy však vyžadují ze strany pacienta trénink a s tím i určitý čas k jejich zvládnutí. Proto je v úvodu tato terapie podporována podáváním farmakoterapie.

Ve **farmakoterapii** se užívá několik skupin léků, z nichž nejrozšířeněji používané jsou léky ze skupiny tzv. anticholinergik, rovněž známá pod názvem antimuskarinika. Jsou to léky, které jednak cíleně působí v močovém měchýři. Blokují aktivaci hladké svaloviny stěny močového měchýře autonomním nervovým systémem a tím jednak tlumí urgency k močení a jednak tím dochází i ke zvyšování kapacity močového měchýře, což znamená prodloužení intervalů mezi močením a zvětšování namočeného objemu. Tyto léky však mohou negativně ovlivňovat i jiné oblasti organismu, což se označuje jako nežádoucí vedlejší účinky léčby, z nichž nejzávažnější jsou sucho v ústech, dvojité vidění či zácpa a v některých případech si mohou vynutit snížení dávky léku, jeho výměnu za jiný či nutnost vysazení léku. Zvláště důležité je proto informovat lékaře o všech chorobách, se kterými se léčíte, především jde o zelený zákal, onemocnění trávicí soustavy, hlavně střeva, ve smyslu tendence k zácpě a poruchám vyprazdňování, dále jde o tzv. pálení žáhy, jako jeden z projevů zpětného toku žaludečních šťáv do jícnu.

V léčbě urgentní inkontinence v rámci projevů hyperaktivního močového měchýře je možno využít i podávání estrogenů, při

vědomí toho, že úbytek ženských pohlavních hormonů po menopauze vede ke změnám v oblasti pohlavních orgánů a dolních cest močových, které zjednodušeně řečeno vedou v dalším průběhu k rozvoji inkontinence. V praxi se používají čípky, vaginální tablety nebo krém.

V případě selhání behaviorální terapie a farmakoterapie je možno jako metodu druhé volby využít **metody neuromodulační**, kdy stimulací nervu na dolní končetině nebo přímo v oblasti pánve se snažíme ovlivnit oblasti centrálního nervového systému, které se podílí na řízení funkce dolních cest močových. Výsledky těchto metod jsou vcelku přijatelné a pohybují se v rozmezí 50-80% úspěšnosti. U některých těchto technik je možné i samostatné provádění stimulace v domácím prostředí. Jednou z mála nevýhod této léčby je relativně dlouhá doba od zahájení terapie do doby nástupu účinku, která činí asi 3-6 týdnů.

Léčba urgentní inkontinence – chirurgické postupy

Pro případ, že by ani jedna z metod nebyla úspěšná, nabízí se jako další možnost **aplikace botulinumtoxinu** do stěny močového měchýře. Výkon se provádí endoskopicky, v celkové anestezii nebo v kombinaci léků od bolesti s lokální anestézií. Výkon trvá průměrně 15-20 minut a lze jej provádět i ambulantně. Spočívá v aplikaci botulinumtoxinu do svalové vrstvy stěny močového měchýře, kde pak blokuje přenos nervového vzruchu a tím i aktivaci hladké svaloviny. Doba působení toxinu je různě dlouhá v závislosti na rychlosti jeho odbourání v organizmu a dále rychlosti obnovy struktury a funkce nervového systému a pohybuje se zhruba okolo 6 měsíců. Po vymizení účinku je pak zpravidla nutná další aplikace.

Pokud ani jedna z těchto metod nezabírá a životní komfort pacienta je výrazně špatný, nabízí se ještě **možnosti**

operativního řešení, které jsou však nevratné. Spočívají v postupech, které mohou jednak zvětšit kapacitu měchýře (tzv. myektomie, augmentace), pokud je malá kapacita příčinou obtíží a dále u závažných forem onemocnění úplné odklonění moči z dolních cest močových a provedení derivační operace (tzv. ureteroileostomie).