

Únik moči (močová inkontinence)

Únik moči je stav, který omezuje pacienty v každodenní činnosti a v různé míře znepráhjemňuje jejich život. Postihuje stovky miliónů lidí na celém světě, přičemž stále vysoké procento z nich nevyhledá pomoc lékaře. 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. Neváhejte proto informovat o tomto problému Vašeho praktického lékaře, který provede základní vyšetření nebo Vám doporučí odborné pracoviště urologické nebo gynekologické ambulance.

Co je to inkontinence moči?

Inkontinence moči znamená jakýkoli mimovolný únik moči. Jedná se o velmi častý problém, který může postihovat jak děti, tak ženy i muže v každém věkovém období a výrazně negativně ovlivňovat jejich kvalitu života. Zatímco u dětí do 6 let je považováno pomočování za důsledek nezrállosti centrálního nervového systému (CNS) a tedy za přirozený jev, u dospívajících a dospělých je jakýkoli typ močové inkontinence považován za patologický stav. Může se 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. Množství úniku kolísá od občasných, nepatrných úniků několika kapek moči až k naprosté ztrátě kontroly a stálému nekontrolovatelnému pomočování.

Podle symptomů se močová inkontinence dělí na

- **stresovou inkontinenci** – k úniku moči dochází při zvýšení tlaku v dutině břišní. Moč uniká bez pocitu nucení na močení. Nejčastěji při zvedání těžkých

předmětů, při cvičení, kašli, smíchu. Je dána oslabením svěrače močového měchýře nebo závěsného aparátu močové trubice. U žen může být tento stav důsledkem změn při těhotenství, porodu nebo menopauzy. U mužů může být příčinou stresové inkontinence chirurgické odstranění prostaty.

- **Urgentní inkontinenci** – k úniku moči předchází náhle vzniklé a silné nucení běžet na močení bez jakýchkoliv předchozích varovných signálů. Může být způsobena infekcí močových cest, kameny močového měchýře, tumorem močového měchýře nebo onemocněními nervového systému jako je Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza, mozková mrtvice a poranění míchy nebo pánve. **Inkontinence z přetékání (ischuria paradoxa)** – je způsobena zástavou močení nebo nedokonalým vyprázdněním močového měchýře. Moč se nahromadí v močovém měchýři a postupně se uvolňuje po kapkách. Příčinou bývá obstrukce odtoku moči (nejčastěji na podkladě zvětšené prostaty, zúžené močové trubice, poklesu dělohy a poševních stěn) nebo získaná slabost svaloviny močového měchýře (nejčastěji nervovým poškozením **při diabetu nebo jiné nemoci**).
- **funkční inkontinenci** – mnoho starších lidí, zejména lidí v domovech důchodců, má inkontinenci jednoduše proto, že jejich tělesné nebo duševní postižení jim brání navštívit toaletu včas

Jakmile močová inkontinence začne zasahovat do Vašich běžných denních aktivit, neváhejte se obrátit na Vašeho lékaře. Návštěvu lékaře v žádném případě neodkládejte, pokud je v moči příměs krve.



Diagnostika inkontinence

Základem správné léčby je přesná klasifikace poruchy a stanovení odpovídající diagnózy. K tomu jsou nezbytná určitá

vyšetření, které dělíme na základní (proveditelné i praktickým lékařem) a specializovaná.

Základní vyšetření:

- **Podrobná anamnéza**– rozhovor s lékařem, při kterém svými slovy popíšete Vaše obtíže. Cílem je zjištění možné příčiny inkontinence a stanovení plánu dalších vyšetření
- **Fyzikální vyšetření**– systematické vyšetření Vašeho těla. Mezi základní fyzikální vyšetření patří i stanovení BMI (body mass index) a posouzení mobility.
- **Mikční deník** – několikadenní záznam příjmu a výdeje tekutin, času močení, množství vymočené moči v jedné porci, počtu úniků moči a závažnosti nucení na močení . Dokáže objektivizovat udávanou frekvenci močení vzhledem k bilanci tekutin, posoudit funkční kapacitu močového měchýře, zmapovat výskyt inkontinence a hlavně vyloučit noční polyurii jako příčinu obtíží. Pitná a mikční karta je k dispozici na stránkách www.musimcasto.cz ZDE nebo na stránkách ZDE.
- **Laboratorní vyšetření vzorku moči** k vyloučení infekce, přítomnosti krve nebo jiných příměsí.
- **Laboratorní vyšetření vzorku krve** k vyloučení renální nedostatečnosti, u mužů stanovujeme PSA.
- **Ultrazvukové vyšetření** – k zobrazení ledvin a močového měchýře se zhodnocením kapacity močového měchýře a množství moči v močovém měchýři po vymočení, ev. k vyloučení kamenů v močovém měchýři a močových cestách

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

- **Urodynamické vyšetření** – jedná se o vyšetření, při kterém je cévkou naplněn močový měchýř, jsou sledovány tlaky v močovém měchýři i v močové trubici a je posuzován vztah mezi nimi. Na konci vyšetření pacient močí do speciální toalety, přizpůsobené měření rychlosti proudu moči (Uroflowmetrie – často používána i jako

samostatné vyšetření).

- **Stress test** – zhodnocení úniku moči při zakašlání nebo břišním tlaku.
- **Lokální vyšetření** – vyšetření stavu pánevního dna, pevnost svalů, které jej tvoří. Posuzuje se také sestup rodidel.
- **Test vážení vložek** – Před a po hodinu trvající pohybové aktivitě jsou převáženy vložky. Lze tak určit množství tekutiny unikající zejména při námaze.
- **Kalibrace močové trubice** – Při podezření na zúžení močové trubice je pomocí speciálního nástroje změřen průsvit močové trubice.
- **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 urodynamického vyšetření i cystoskopie přináší tento článek.



Cystoskop

Léčba inkontinence

Pokud dochází k úniku moči, je vhodné se poradit s lékařem o vzniku potíží a možnostech léčby. Každý únik moči má jinou příčinu a také jeho léčba je výrazně rozdílná. Čím dříve se terapie zahájí, tím je větší šance na celkové zlepšení až vymizení potíží. Po zhodnocení všech aspektů je možné říci, o jaký typ inkontinence se jedná a jaká další terapie je vhodná

(viz. níže přesnější popis léčby)

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

Stresová inkontinence

Je nejčastějším typem inkontinence. K nechtěnému úniku moči dochází při zvýšení tlaku v dutině břišní. Moč uniká, bez pocitu nucení na močení. Nejčastěji při zvedání těžkých předmětů, při cvičení, kašli, smíchu. Je dána oslabením svěrače močového měchýře nebo závěsného aparátu močové trubice. K rozvoji stresové inkontinence přispívá několik známých faktorů, jako genetická predispozice, dlouhodobá zátěž na pánevní dno způsobená obezitou, těžkou fyzickou prací nebo např. chronickým kašlem. U žen může být tento stav důsledkem změn při těhotenství a porodu (kdy dochází k povolení podpůrného aparátu pánevních orgánů a ochabování pánevních tkání), hormonálních změn během menopauzy (ženské pohlavní hormony ovlivňují složení pojiva podpůrných tkání). U mužů dochází k úniku moči nejčastěji v důsledku vrozených vývojových vad, onemocnění nebo poškození nervů močového měchýře, úrazu anebo jako následek poranění svěrače operačními zákroky na prostatě.

Léčba

Léčba stresové inkontinence je individuální. Lehčí stádia inkontinence se často léčí konzervativními postupy, spočívající ve změně životosprávy, rehabilitaci a fyzikální léčbě. Pokud konzervativní léčba nevede k úspěchu, doporučuje se u středně závažné a závažné inkontinence chirurgická léčba.

▪ Konzervativní postupy

K režimovým opatřením řadíme 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. Výsledky lze očekávat přibližně za 4 – 5 měsíců. Cvičení lze doporučit i 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. K fyzikální léčbě patří elektrostimulace nízkofrekvenčními impulsy, kdy dochází 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 radikální operaci prostaty. Vaginální pesary u žen redukuje symptomy stresové inkontinence tím, že upravují porušené anatomické poměry a zvyšují výtokový odpor močové trubice. Mohou být alternativou operačního řešení u žen, které nejsou operace schopny či operaci odmítají, nebo jsou využívány intermitentně např. při sportu. Z léků můžeme zvážit podání estrogenů u žen v období přechodu (hormonální substituční léčba), které zlepšují prokrvení a tím i funkci tkání v oblasti uretry, pochvy a spodiny močového měchýře.

▪ **Chirurgické postupy**

Existuje několik typů operačních zákroků, které lékař volí podle mechanismu vzniku inkontinence. Při zvýšené pohyblivosti močové trubice či hrdla močového měchýře, se užívají tzv. závěsné či páskové „sling“ operace, které jsou založeny na principu podložení močové trubice vložением vaginálních pásků (tahuprostá suburetrální páska: retropubická (TVT) nebo transobturatorová (TOT)). Jedná se o miniinvazivní

chirurgický výkon. 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 nebo v podbřišku. Tyto postupy nahrazují dříve upřednostňované otevřené operace (jako retropubická kolpopexie dle Burche).

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 trubicí, je spojena hadičkami s pumpičkou umístěnou v šourku a balonkem, jenž leží v dutině břišní a slouží jako rezervoár tekutiny. Další informace o implantaci umělého močového svěrače naleznete [zde](#).

Další informace o stresové inkontinenci přináší i tyto stránky.



Urgentní inkontinence

Je charakterizována jako **náhlé a silné** nucení k močení bez jakýchkoliv předchozích varovných signálů, kterému se velice obtížně odolává, a které je spojeno se samovolným únikem moči, může být provázané též nykturií. Je součástí souboru příznaků, které nazýváme hyperaktivní močový měchýř, ale může se vyskytovat i jako projev jiného, mnohdy závažného onemocnění. Je potřeba vyloučit přítomnost:

- **infekce močových cest**, kdy urgence a časté močení mohou být prvním příznakem,
- **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.

- **cystolitiázy**, 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.
- **onemocněními nervového systému** jako je Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza, mozková mrtvice a poranění míchy nebo pánve.
- **medikamentózně indukované poruchy**.

Výskyt urgentní inkontinence se zvyšuje s věkem.



Léčba

Léčba se 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. V prvním případě musíme nejdřív vyléčit původní onemocnění a s tím by měly mizet i příznaky inkontinence. V druhém případě volíme primárně konzervativní postupy popsané níže.

▪ **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, snížení tělesné hmotnosti u obézních pacientů, omezení pití kávy na maximálně 5 šálků 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 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**. 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 cvičení **svalů pánevního dna**, kdy cílem je naučit pacienta vlastní vůlí provádět stahy svalů pánevního dna za účelem ovlivnění nástupu urgencye tak, aby byla potlačena.

Ve **farmakoterapii** se užívá několik skupin léků, z nichž nejrozšířeněji používané jsou léky ze skupiny tzv. anticholinergik, rovněž známá pod názvem antimuskarinika. Blokují aktivaci hladké svaloviny stěny močového měchýře a tím tlumí urgencye k močení a zvyšují kapacitu močového měchýře, což znamená prodloužení intervalů mezi močením a zvětšování namočeného objemu. Tyto léky však mohou mít nežádoucí účinky, z nichž nejzávažnější jsou sucho v ústech, dvojité vidění či zácpa. Zvláště důležité je informovat lékaře o všech chorobách, se kterými se léčíte a to především o zeleném zákalu, o onemocnění trávicí soustavy, (hlavně střeva, ve smyslu tendence k zácpě a poruchám vyprazdňování nebo o tzv. pálení

žáhy). V léčbě urgentní inkontinence u žen je možno využít i podávání estrogenů. Úbytek ženských pohlavních hormonů po menopauze vede ke změnám v oblasti pohlavních orgánů a dolních cest močových, které mohou vést 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.

▪ **Chirurgické postupy**

Pro případ, že by ani jedna z konzervativních metod nebyla úspěšná, nabízí se jako další možnost **aplikace botulinumtoxinu** do stěny močového měchýře. Výkon se provádí endoskopicky, 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 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. 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).

Autoři textu:

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

MUDr. Agnes Juhász (Urologické oddělení ÚVN, Praha)

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

MUDr. Radek Sýkora (Urologická klinika FN Ostrava)

Supervize: doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D. (Urologická klinika FN Ostrava)