

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

**KVALITA ŽIVOTA INKONTINENTNÍCH  
SENIOREK**

Bakalářská práce

Autor práce: **Kršňáková Veronika**

Vedoucí práce: **MUDr. Libor Zámečník, FEBU**

2007

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové 27.4. 2007

.....

podpis

Děkuji vedoucímu své diplomové práce MUDr. Liboru Zámečnickovi a konzultantce Mgr. Jiřině Slavíkové za soustavnou spolupráci, cenné rady, podnětné připomínky, ochotu a zájem, se kterým sledovali moji práci.

**Motto:**

*„ Není více obtěžující poruchy než je neudržení moči . . . . Stálé odkapávání páchnoucí moči prosakujícím prádlem Inoucím vlhce a chladně k tělu vylučuje pacientku z rodiny i společnosti. „*

Howard T.Kelly

## **OBSAH:**

|   |    |
|---|----|
| <b>ÚVOD</b> .....                                 | 7  |
| <b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                   | 8  |
| 1. Cíl práce.....                                 | 8  |
| 2. Kvalita života.....                            | 9  |
| 2.2 Kvalita života při inkontinenci moče.....     | 10 |
| 2.3 Základní aspekty kvality života.....          | 11 |
| 2.4 Psychická oblast.....                         | 12 |
| 2.4.1 Psychická podpora zdravotníků.....          | 12 |
| 2.4.2 Psychická podpora okolím.....               | 13 |
| 2.4.3 Sociální opora.....                         | 13 |
| 3. Charakteristika problému.....                  | 14 |
| 4. Anatomie dolních močových cest.....            | 15 |
| 4.1 Močový měchýř – Vesica urinaria.....          | 15 |
| 4.2 Ženská močová trubice – Urethra feminina..... | 16 |
| 5. Fyziologie vyprazdňování.....                  | 17 |
| 5.1 Regulace mikce CNS.....                       | 17 |
| 5.2 Periferní inervace dolních močových cest..... | 18 |
| 5.3 Mechanismus kontinence moče.....              | 18 |
| 5.4 Anatomický podklad inkontinence moče.....     | 19 |
| 5.4.1 Funkce detruzoru.....                       | 20 |
| 6. Inkontinence moče.....                         | 21 |
| 6.1 Klasifikace inkontinence moče.....            | 21 |
| 6.1.1 Urgentní inkontinence.....                  | 21 |
| 6.1.2 Stresová inkontinence.....                  | 22 |
| 6.1.3 Reflexní inkontinence.....                  | 23 |
| 6.1.4 Paradoxní inkontinence.....                 | 23 |
| 6.1.5 Smíšená inkontinence.....                   | 23 |
| 6.2 Etiologie močové inkontinence.....            | 24 |
| 6.3 Rizikové faktory inkontinence.....            | 25 |
| 6.4 Prevence vzniku onemocnění.....               | 26 |

|   |           |
|---|-----------|
| 6.5 Diagnostika onemocnění.....                         | 26        |
| 6.5.1 Anamnéza.....                                     | 26        |
| 6.5.2 Fyzikální vyšetření.....                          | 27        |
| 6.5.3 Laboratorní vyšetření.....                        | 27        |
| 6.5.4 Klinické testy.....                               | 28        |
| 6.5.5 Ultrazvukové vyšetření.....                       | 29        |
| 6.5.6 Rentgenologické metody.....                       | 29        |
| 6.5.7 Urodynamické vyšetření.....                       | 29        |
| 6.5.8 Endoskopické vyšetření.....                       | 30        |
| 6.5.9 Elektromyografie svaloviny dna pánevního.....     | 30        |
| 6.6 Léčba inkontinence.....                             | 31        |
| 6.6.1 Terapie urgentní inkontinence.....                | 31        |
| 6.6.2 Terapie stresové inkontinence.....                | 33        |
| 6.6.3 Pomůcky pro inkontinenci.....                     | 38        |
| 6.6.4 Základní vlastnosti pomůcek pro inkontinenci..... | 39        |
| 6.6.5 Nejčastější chyby při aplikaci pomůcek.....       | 40        |
| <b>II. EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>                          | <b>41</b> |
| 2. Cíl výzkumu.....                                     | 41        |
| 2.1 Hypotézy.....                                       | 41        |
| 2.2 Diferenciace hypotéz.....                           | 42        |
| 3. Charakteristika a metoda výzkumu.....                | 43        |
| 3.1 Předvýzkum.....                                     | 43        |
| 3.2 Charakteristika zvoleného souboru.....              | 44        |
| 3.3 Výsledky výzkumu.....                               | 44        |
| 3.4 Diskuze.....  | 71        |
| 3.5 Návrhy na řešení.....                               | 73        |
| <b>ZÁVĚR.....</b>                                       | <b>75</b> |
| <b>ANOTACE.....</b>                                     | <b>76</b> |
| <b>LITERATURA A PRAMENY.....</b>                        | <b>78</b> |
| <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>                               | <b>81</b> |

## ÚVOD

Téma mé závěrečné bakalářské práce jsem si vybrala ne zcela náhodně. Od absolvování Vyšší zdravotnické školy v roce 2001 pracuji trvale na urologické klinice. Obor, který jsem si vybrala pro svoji profesi, byl jistě dobrou volbou. Zatím jsem neměla potřebu ho změnit za jiný a letos pracuji na urologii již šestým rokem.

Problém inkontinence je stresující a invalidizující stav zvyšující nemocnost ve společnosti. Strádající ženy, se kterými se setkávám ve své profesi, vzdávají mnohé ze svého běžného životního stylu. Dochází tak ke zřejmému poškození jejich sociálních vazeb, partnerských a sexuálních vztahů, profesního zařazení a celkové spokojenosti. Starost o domácnost, odpočinek a zájmové aktivity jsou částečně ovlivněny a nemocné ženy nově organizují svůj život podle rozmístění toalet a s důsledným vyhýbáním se eventuálním nepříjemným situacím.

Jsem si vědoma, že tento symptom postihuje značnou část populace vyššího věku, a proto bych chtěla prostřednictvím své práce objasnit danou problematiku.

Je zřejmé, že množství pacientek, trpících močovou inkontinencí, k lékaři nepřijde vůbec, část jich své problémy bagatelizuje a určitá skupina žen, trpících stresovou inkontinencí, ji dokonce považují za normální jev související s pokročilým věkem. Existují i pacientky, které se za projevy inkontinence stydí a vědomě tento problém zapírají. V této souvislosti mě napadají následující otázky: Co je příčinou neinformovanosti, nespolupráce, podceňování a strachu? Pokusím se prostřednictvím své práce postupně nalézt vhodné odpovědi.

Celá problematika se týká žen, které přicházejí k lékaři, až když už je pozdě. Otázkou však zůstává, zda lékaři dělají svoji práci zodpovědně.

V současné době, při tlaku zdravotních pojišťoven na vysoký objem prováděných výkonů, nemá lékař dostatek času na pacienta a mnohdy není ochoten či schopen angažovat se v problémech přesahujících rámec jeho úzké odbornosti, nebo dokonce v sociální problematice.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. CÍL PRÁCE

Hlavním cílem **teoretické části** bakalářské práce je podat ucelenější literární přehled o problematice inkontinence moče.

Teoretická část se zaměřuje na několik oblastí, týkajících se problematiky inkontinence moče, anatomie a fyziologie. Pro pochopení celé problematiky je důležité dělení inkontinence, diagnostika a léčba. Další velmi důležitá část práce popisuje význam slova kvalita života a základní aspekty kvality života nemocných s inkontinencí.

Hlavním cílem **empirické části** je zmapovat pomocí dotazníků kvalitu života z pohledu pacientek. Snahou je též posoudit vliv vzdělání na přístup k onemocnění a zjistit, jak dlouhý byl časový interval, než se nemocné rozhodly vyhledat odbornou pomoc. Zda je dostatečná informovanost o této problematice a léčbě. Zjistit, jak ženy subjektivně hodnotí své obtíže před zahájením léčby a po léčbě. V neposlední řadě zjistit, zda jsou ženy ochotné změnit svůj životní styl, aby samy napomohly léčbě.



## 2. KVALITA ŽIVOTA

Termín „ kvalita života“ byl poprvé v historii uveden již ve dvacátých letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory chudých lidí. Uvažovalo se zejména o vlivu státních dotací na kvalitu života nemajetných lidí a na celkový vývoj státních financí. Po válce se tento termín znovu objevil v politické souvislosti v USA. V šedesátých letech minulého století americký prezident L. Johnson v jednom ze svých projevů vyhlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží, ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. Tento termín se pak začal používat jako určitá alternativa konceptu „společnost hojnosti“, který začal být v této době zpochybňován jako měřítko společenské prosperity. Studium kvality života nabylo na intenzitě zejména v posledních 10 letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které se pokoušejí z různých aspektů řešit tuto náročnou problematiku. Společné všem přístupům je hledání faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.

Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory. Nejpádnejším důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem pro ně nejlepším. Takovým způsobem, v němž nacházejí smysl, a který si dovedou „užít“. Významným impulsem pro takto chápanou kvalitu života a její vztah k lidskému zdraví byl Antonowského koncept solutogeneze, tj. orientace na rozvoj a posilování protektivních faktorů zdraví, který je v jistém smyslu v protikladu s tradičním zdůrazňováním zdravotních rizik. V návaznosti na tuto myšlenku vznikla v průběhu let na půdě Světové zdravotnické organizace řada významných dokumentů, rozvíjejících tento

přístup v podobě programů podpory zdraví. Příkladem může být Otawská charta podpory zdraví z roku 1986 či hnutí Zdravých měst, které se velmi dobře rozvinulo i u nás.

Kvalita života se stala jedním z nejpoužívanějších pojmů medicíny. Dokonce se objevuje názor, že zdravotní péče má smysl jen do té míry, jak dokáže ovlivnit život pacientů.

Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života podle toho, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v níž žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Je to velmi široký koncept, který postihuje existenci člověka ve smyslu jeho fyzického i psychického zdraví, soběstačnosti, osobní nezávislosti a sociálního začlenění. Kvalita života v současném pojetí Světové zdravotnické organizace není prostým součtem životních podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince a jeho život. Jinými slovy: Kvalita života vyjadřuje to, jak člověk hodnotí svou životní situaci, individuální pocit pohody, vlastního štěstí a spokojenosti se životem. (Hnilicová, Bencko, 2005).

## **2.2 Kvalita života při inkontinence moče**

Inkontinence moče je jedním z faktorů, které mohou kvalitu života ovlivnit velmi výrazně. Postihuje totiž prakticky všechny oblasti života. Život inkontinentní ženy je prakticky plně podřízen jejím obtížím. Žena je limitována v oblasti fyzické aktivity – musí zanechat sportu (cvičení, aerobik), delší chůzi, tanec aj. Je limitována pracovně – fyzickou práci je schopna vykonávat jen za cenu nemalých psychických útrap, což obvykle vede dříve či později ke ztrátě zaměstnání. Je hendikepována společensky – ze strachu před společenskou diskvalifikací se uzavírá doma, omezuje styk s okolím na hrstku svých nejbližších. Ale ani doma, u životních partnerů, nebývají její obtíže přijímány vždy s pochopením. Dle cílených studií je inkontinence při pohlavním styku mnohem častější, než je

obvykle uváděno, což samozřejmě ústí v závažné sexuální dysfunkce. Při častém nočním močení výrazně klesá kvalita spánku. Soubor všech těchto příznaků vede k těžké neurotizaci pacientky, frustraci, deprivaci, k pocitu méněcennosti a k pocitu limitovaného a nenaplněného života. Jinými slovy, jeho kvalita je snížena. (Hořčíčka, 2004).

„Opravdu kvalitní život může být veden tehdy, jestliže sobě rozumíme a žijeme vlastní život v nahlédnutí. Viděno filozoficky – stupňujeme to, co je specificky lidské.“ (Vymětal, s. 201, 2004).

„V našem mateřském jazyce nám význam slova „nemoc“ definuje slovník spisovné češtiny větou: „Nemoc je porucha zdraví“. Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí“. (Křivohlavý, s. 15, 2002).

### **2.3 Základní aspekty kvality života**

Vymezení diskutovaného pojmu není snadné, a jak tomu u pojmových konstruktů bývá, setkáváme se s rozličnými přístupy a názory. Hnilicová uvádí, že ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou východisek, a to z objektivního a subjektivního.

- Objektivní kvalita života splňuje požadavky týkající se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.
- Subjektivní kvalita života se dotýká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se svým životem, tak jak je člověk hodnotí ze svého pohledu.

Při zkoumání kvality života je nutné obě hlediska kombinovat. Z toho plyne souvislost zdraví se spokojeností člověka, kdy však musíme brát v úvahu i jeho premorbidní osobnost včetně hodnotové orientace. Při výskytu určitého defektu zdraví je třeba přesně vymezit a zjistit rozsah a

stupeň defektu zdraví. Ten defekt zdraví, který zasahuje a mění celkový život člověka. V rámci přístupu ke kvalitě života, ve významu objektivním, ji lze vymezit jako výsledek souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a enviromentálních podmínek, které ovlivňují rozvoj lidí.

Kvalita života je jakýsi stupeň, ve kterém člověk využívá důležité možnosti svého života. Kvalita života v subjektivním přístupu je tím, jak člověk vnímá a hodnotí své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a to i ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Výsledkem je spokojenost či nespokojenost, která bude závislá se zdravotním stavem a smysluplností vedeného života. (Vymětal, 2003).

## **2.4 Psychická oblast**

Přechod ze zdraví do nemoci, zvláště u člověka do té doby zdravého, znamená množství nových a neznámých situací, se kterými se obtížně vyrovnává. Znamená změnu zaběhnutého životního stylu, nové mezilidské vztahy s lidmi, od kterých zpočátku neví, co může očekávat. Nemocný nemá představu o tom, co vše se v jeho životě změní. To vše činí přechod do nemoci obdobím psychicky náročným svou novostí a složitostí. (Bartlová, 2004).

### **2.4.1 Psychická podpora zdravotníky**

Onemocnění znamená pro člověka změnu v jeho životě. V případě hospitalizace je tato změna i dočasnou změnou jeho sociálního prostředí, v němž se odehrává jeho každodenní život. Ne každý jedinec si však osvojuje novou roli se stejnou snadností. Někdy si zdravotníci tuto skutečnost ani neuvědomují. (Křivohlavý, 2002).

### **2.4.2 Psychická podpora okolím**

Kontakt s okolím je pro nemocného velmi důležitý, neboť je přirozeným pokračováním osobních vztahů a pro psychický stav nemocného je velmi potřebný. Každá nemoc vede k omezení či ztrátě některých vazeb, znamenajících pro nemocného silnou emotivní změnu. Nemocný od okolí očekává spíše rozptýlení, přátelskou nebo citovou komunikaci a odreagování od problému.

Závěrem lze říci, že je nesporná souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných příslušníků a přátel na jeho pozitivním, popřípadě negativním průběhu. (Bartlová, 2004).

### **2.4.3 Sociální opora**

Každá nemoc má určité sociální důsledky. Nemocnému způsobuje nemožnost vykonávat dosavadní činnosti ve své profesi. To má významný vliv na socioekonomické podmínky života. Zde se otvírá široké pole působnosti pro odborníky ze sociálních sfér, kteří mohou pomoci zvládnout negativní důsledky nemoci.

Objevují se však i změny v oblasti trávení volného času, omezení nebo nemožnost další činnosti v různých společenských, kulturních a jiných oblastech. V případě onemocnění velmi záleží na odbornících a rodinných příslušnících, aby pomohli nemocnému z tohoto stavu a zabezpečili mu návrat do společnosti. Sociální opora by se tedy měla zaměřovat na jednotlivé okruhy onemocnění, neboť není možné navrhnout sociálně technická opatření pro všechny nemocné stejně.

Jen tehdy, podaří-li se zmapovat, jaké sociální důsledky to které onemocnění přináší, lze vytvořit kvalitní sociální oporu a tím zkvalitnit život nemocného. (Bartlová, 2004).

### 3. CHARAKTERISTIKA PROBLÉMU

Inkontinence moče patří spolu s polymorbiditou, snížením mobility a zhoršením funkcí centrálního nervového systému k nejčastějším problémům ve skupině geriatrických pacientů. Vzhledem k vysoké prevalenci se jedná nejen o problém medicínský, ale i o problém socio – ekonomický. Inkontinence moče zásadně ovlivňuje každodenní život pacienta, zhoršuje celkový zdravotní stav a snižuje kvalitu života.

Pacienti zažívají pocit ztráty své společenské role a ocitají se v izolaci. Ztrácejí stávající společenské kontakty, nové nenavazují, a to vede k dalšímu omezování jejich duševní a tělesné aktivity. Někteří autoři tak hovoří o „psychosociální smrti“. Z tohoto hlediska lze bezesporu inkontinenci označit za velmi zásadní psychosociální problém. Nemalou zátěží je inkontinence moče i pro okolí příbuzní, pečovatelský a zdravotnický personál, a to tehdy, když pacient již není plně soběstačný. Zvláště ženy prožívají velmi těžce narušení intimity. Pacienti se v souvislosti s inkontinencí potýkají s celou řadou zdravotních problémů - zvýšený výskyt infekcí močového traktu, perigenitálních dermatóz, infekcí dekubitů atd. Mnohdy právě inkontinence moči vede ke snaze o umístění pacienta do sociálního zařízení.

Obrovským problémem je inkontinence i z hlediska ekonomického. Je známo, že patří k „nejdražším“ onemocněním vůbec. Celkové náklady na léčbu inkontinence jsou však podstatně vyšší a navíc stále rostou, a to vzhledem k měnící se věkové struktuře obyvatelstva, kdy předpokládáme, že v r. 2030 bude zhruba 35 % obyvatelstva starších 65 let. (<http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky4.html>).

## **4. ANATOMIE DOLNÍCH MOČOVÝCH CEST**

Základní úlohou dolních močových cest je jímání a vyprazdňování moče. Dolní močové cesty jsou tvořeny močovou trubicí a močovým měchýřem.

### **4.1 Močový měchýř – Vesica urinaria**

Močový měchýř je dutý svalový orgán uložený v malé pánvi, který plní dvojí funkci:

- shromažďuje moč při nízkém napětí své stěny
- za mikce se kontrahuje a moč aktivně vypuzuje

Jeho stěnu tvoří sliznice, podslizniční vazivo a svalovina, která se nazývá detruzor (m. detrusor vesicae). Kontrakcí detruzoru v mikční fázi dochází k močení a vyprázdnění močového měchýře. Stěnu močového měchýře tvoří sliznice a hladká svalovina. Její síla závisí na náplni. Při naplnění je silná 3 – 4 mm, po vyprázdnění 1 - 1,5 cm. Sliznici pokrývá přechodně epitel ochrannou vrstvou, která tvoří bariéru zabraňující vstřebávání odpadních látek z moče vyloučené ledvinami. Svalovinu tvoří tři vzájemně spojené vrstvy hladkého svalstva. Obsahuje velké množství elastických vláken a funkčně tvoří vypuzovací systém měchýře, tzv. detrusor vesicae. Tento systém nejsme schopni vlastní vůlí ovlivnit. Malá část stěny močového měchýře je pokryta pobřišnicí, a tak sousedí bezprostředně s dutinou břišní. Tento fakt umožňuje vlastní vůlí zvýšit proud moče mechanismem, kdy stahem svaloviny břišní stěny vyvoláme zvýšený tlak v břišní dutině, a tak i v močovém měchýři. Moč do močového měchýře přivádějí dva močovody, které spojují ledviny s měchýřem. Ledviny tvoří moč neustále a ta je po malých dávkách odváděna do močového měchýře. Vyprazdňování moče z měchýře při močení je umožněno močovou trubicí. (Halaška, 2004).

## 4.2 Ženská močová trubice – Urethra feminina

Ženská močová trubice je přibližně 4 cm dlouhá, lehce zahnutá pod dolním okrajem symfýzy. Svalovina močové trubice je složena jak z hladkých vláken přestupujících ze svaloviny, tak z vláken příčně pruhovaných, které konstituují zevní svěrač uretry.

Příčně pruhovaná svalová vlákna I. typu generují kontrakce o nízké intenzitě, frekvenci asi 10 Hz, s dlouhodobou rezistencí vůči svalové únavě. Tvoří asi 70 % příčně pruhované periuretrální svaloviny a zajišťují její dlouhodobý tonus. Příčně pruhovaná svalová vlákna II. typu generují kontrakce o vysoké intenzitě, frekvenci přibližně 40 – 50 Hz, o délce jen několik sekund, s nízkou rezistencí vůči svalové únavě. Zajišťují schopnost volního krátkodobého zvýšení intraabdominálního tlaku v podobě rychlého vzestupu intrauretrálního tlaku. Tvoří asi 30% příčně pruhované periuretrální svaloviny. Vnitřní hladký svěrač uretry není u ženy zdaleka tak vyvinut jako u muže. ( Krhut, 2005).



## 5. FYZIOLOGIE VYPRAZDŇOVÁNÍ

Močový měchýř má dvě základní funkce - slouží k zadržování moči a k jejímu vyprazdňování. Tato funkce je zajištěna komplexní inervací, na které se podílejí: vegetativní nervstvo zásobující měchýř a uretru, somatická inervace vláken příčně pruhovaného svalu uretry, dna pánevního a v neposlední řadě CNS.

### 5.1 Regulace mikce CNS

Řízení mikce je zajištěno několika způsoby. Bradley vyslovil koncept 4 reflexních smyček (oblouků) v nichž zvláštní roli hraje primární centrum umístěné v pontu. Je tvořeno mnoha milióny krátkých neuronů a synapsí. Jeho funkce je zesílit a prodloužit reflexní kontrakci detruzoru. Přichází sem proprioceptivní impulsy z detruzoru a odtud motorické impulsy do mikčního centra v sakrální míše cestou tractus reticulospinalis.

**1. smyčka (oblouk)** – tvoří ji obousměrné spojení mezi mikčním centrem ve frontálním laloku a primárním centrem v pontu. Mikční centrum ve frontálním laloku je uloženo před sulcus centralis a dostává sensorické podněty z periferie - to znamená z měchýře, příčně pruhovaného svalu uretry, svalů hráze i z kmene mozkového a ihned vysílá podněty zpět. Ručí za volní kontrolu detruzorové kontrakce inhibicí primárního centra v pons. Tato dráha může být porušena traumatem nebo při chorobách mozkových cév - stařecká ateroskleróza, Parkinsonova choroba aj.

**2. smyčka (oblouk)** představuje klíčovou dráhu mikčního reflexu, protože spojuje primární mikční centrum v pontu s mikčním centrem v sakrální míše. Tato dlouhá cesta sensorických podnětů (z oblasti měchýře do kmene mozkového) umožňuje zesílení a prodloužení

detruzorové kontrakce při mikci, která je nutná pro úplné vyprázdnění měchýře.

**3. smyčka (oblouk)** zahrnuje spojení měchýře s nukleus pudendalis mikčního centra v sakrální míše.

**4. smyčka (oblouk)** obsahuje supraspinální a segmentační inervaci příčně pruhovaného svalu uretry (zevní svěrač).

## **5.2 Periferní inervace dolních močových cest**

Správná funkce měchýře a uretry je zajištěna komplexní inervací, na které se podílí mikční centrum v sakrální míše, vegetativní nervstvo zásobující měchýř a uretru a somatická inervace zevního svěrače. Inervace měchýře a uretry je parasymptická, sympatická a somatická. Parasymptikus zajišťuje převážně motorickou inervaci měchýře a uplatňuje se při jeho vyprazdňování, zatímco sympatikus má funkci inhibiční a napomáhá zadržování a hromadění moče. Anatomickým centrem mikčního reflexu je mikční centrum v sakrální míše (Budgeho – centrum). Je situováno do oblasti S2 – S4. V průběhu života se mícha zpomaluje ve svém růstu, a tak se relativně zkracuje, takže v dospělosti se toto centrum nalézá v oblasti páteře asi Th12 – L1. (Zikmund, Hanuš, 1993).

## **5.3 Mechanismus kontinence**

Kontinence moče je zajištěna správnou funkcí močového měchýře a uretry. Tyto dva orgány spolu tvoří funkční jednotku, která má dvě základní funkce – jímací a vyprazdňování. Jímací funkce zajišťuje postupné skladování moče v močovém měchýři při nízkém intravezikálním tlaku. Vypuzující funkce zajišťuje evakuaci obsahu močového měchýře na stanoveném místě a ve stanovený čas a je za normální situace pod

kontrolou mozkové kůry. Vlastní vyprazdňování začíná pokynem z mozku ke zvýšení nitrobřišního tlaku a přeneseně i k tlaku uvnitř močového měchýře. To je pokyn pro spuštění celého procesu, který nejprve začíná aktivním stahem hladké svaloviny močového měchýře, na který navazuje uvolnění stahu svaloviny svěračového mechanismu. Jímací funkce je umožněna relaxací detruzoru a uzavřením svěračů, naproti tomu vypuzovací funkci vykonává kontrakce detruzoru s relaxací sfinkterů.

#### **5.4 Anatomický podklad inkontinence moče**

Pro udržení moče je velmi důležité správné uložení močové trubice, která prochází šikmo svalovým pánevním dnem. Normálně uložená močová trubice je ještě součástí břišní dutiny. Při zvýšení tlaku v břišní dutině (např. kašel, smích, kýchnutí - tzv. stresové manévry) je tento zvýšený tlak rovnoměrně přenášen na močový měchýř i na močovou trubici, a tak se zvyšuje i tlak v oblasti svěrače. Pokles pánevních orgánů při ochabnutí svalstva pánevního dna může být předpokladem vzniku inkontinence.

Močová trubice a svěračový mechanismus je vychýlen a dostává se pod svalové pánevní dno, a tedy mimo dutinu břišní. Důsledkem je, že při zvýšení tlaku v dutině břišní se zvýší tlak v měchýři, ale tlak v močové trubici zůstane stejný nebo se zvýší jen minimálně. Výsledkem je únik moče, tzv. stresový typ inkontinence moče (viz.6.1.2).

Pro udržení moče je důležitá i správná činnost svaloviny močového měchýře. O naplnění měchýře jsme informováni pomocí receptorů v močovém měchýři. Pokud dochází k nežádoucím stahům detruzoru při málo naplněném močovém měchýři, může dojít k úniku moče, kterému předchází silné nucení na močení, tzv. urgentní inkontinence (viz.6.1.1). U tohoto typu inkontinence je svěračový mechanismus bez poškození. (Brodák, Navrátil, 2001).

### 5.4.1 Funkce detruzoru

Za normální považujeme takovou činnost, kdy detruzor v plnicí fázi dovoluje zvětšování objemu bez většího vzestupu tlaku. Kontrakce detruzoru při mikci je vyvolaná vůlí a vůlí může být potlačena.

O nadměrně aktivním - **hyperaktivním detruzoru** mluvíme tehdy, jestliže v plnicí fázi dojde k detruzorové kontrakci, kterou se nedaří vůlí potlačit. Kontrakce může být samovolná, nebo vyprovokovaná nějakým podnětem (kašel, kýchnutí, změna polohy, chůze aj.). Tehdy mluvíme o **nestabilním detruzoru** nebo o „nestabilním měchýři“. Termín **detruzorová hyperreflexie** je označení pro stavy způsobené ztrátou inhibice při patologickém neurologickém nález. Snížená funkce detruzoru - **hypoaktivní detruzor** se projeví při mikci. Detruzorová kontrakce se neobjeví ani při plnění ani při mikci. **Areflexie detruzoru** je stav chybění koordinované kontrakce. (Zikmund, Hanuš, 1993).

## **6. INKONTINENCE MOČE**

Dříve byla inkontinence moče definována jako stav, při kterém jsou mimovolní úniky moče sociálním a hygienickým problémem a jsou objektivně prokazatelné.

Dnes je definice zjednodušena na konstatování, že inkontinence moče je jakýkoliv únik moče.

### **6.1 Klasifikace inkontinence moče**

Únik moče jinou cestou než uretrou se označuje termínem extrauretrální inkontinence.

#### **1. Uretrální inkontinence:**

- urgentní inkontinence
- stresová inkontinence
- reflexní inkontinence
- paradoxní inkontinence
- smíšená inkontinence

#### **2. Extrauretrální inkontinence:**

- vrozené (extrophia vesicae, ektopický ureter)
- získaná (píštěle)

#### **6.1.1 Urgentní inkontinence**

Je definována jako nechtěný únik moči, který je spojený se silným nucením na močení. Rozeznáváme 2 formy:

1. motorická urgentní inkontinence moče je urgentní forma inkontinence způsobená netlumenými kontrakcemi detruzoru (příkladem je tzv. nestabilní močový měchýř).

2. senzorická urgentní inkontinence moče je urgentní forma inkontinence způsobená hypersenzitivitou receptorů v detruzoru (např. cizím tělesem, nádorem, zánětem).

**Hyperaktivní močový měchýř** – je definován jako soubor příznaků dysfunkce dolních močových cest. Tento soubor příznaků dysfunkce zahrnuje urgenci jako primární symptom, spojenou s inkontinencí nebo bez ní a obvykle rovněž s častým močením a nočním močením.

Mezinárodní společnost pro kontinenci (ISC) určila čtyři základní příznaky hyperaktivního močového měchýře:

1. nucení na močení (urgence) – náhlý a nutkavý pocit nutnosti vymočit se, který je obtížné oddálit
2. inkontinence – jakýkoliv nedobrovolný únik moče
3. časté močení (frekvence) – příliš časté močení během dne
4. nykturie – probuzení se jednou a víckrát za noc kvůli nucení na močení

### **6.1.2 Stresová inkontinence**

Jde o pasivní únik moči uretrou jako následek zvýšení intraabdominálního tlaku. Pro udržení moče je nezbytný neporušený uzávěrový mechanismus uretry a dobrá anatomická podpora uretrovezikální junkce, baze močového měchýře a proximální uretry. Jde o poruchu nebo také nedostatečnost svěračového mechanismu, který není schopen adekvátně zvýšit uzavírací tlak, když se prudce zvýší tlak v močovém měchýři.

### 6.1.3 Reflexní inkontinence

Jde o nechtěný únik moči z uretry, zaviněný abnormální reflexní aktivitou míšního centra za nepřítomnosti pocitů běžně spojených s nucením na močení. Při onemocnění či poškození CNS pacientka ztrácí vědomou kontrolu mikčního reflexu, který pak probíhá nekontrolovaně přes periferní mikční centrum v sakrální míše. Mikce nastává bez předchozího pocitu nucení na močení.

### 6.1.4 Paradoxní inkontinence

Jde o odtékání moči z přeplněného měchýře s projevy neúplného vyprázdnění měchýře a tvorbou reziduální moči. Nárůst rezidua vede k neúměrnému roztažení svaloviny měchýře, což vede ke snížení její kontraktility.

### 6.1.5 Smíšená inkontinence

Jedná se o kombinaci urgentní a stresové inkontinence. (Florence, 2006).

Pro hodnocení stupně postižení **stresovou inkontinencí** se v klinické praxi ujala klasifikace dle *Ilgelmana – Sundberga*:

**I. stupeň** – je charakterizován únikem moče po kapkách při kašli, smíchu, kýchnutí a zvedání těžkých předmětů. K úniku moče dochází jen v situacích spojených s poměrně náhlým zvýšením nitrobřišního tlaku. Moč uniká jen intermitentně.

**II. stupeň** – moč uniká v situacích, kdy je podstatně nižší vzestup intraabdominálního tlaku, než při stupni prvním. Např. při běhu, chůzi, chůzi po schodech a lehčí fyzické práci.

**III. stupeň** – k úniku moče dochází již při velmi nízkém vzestupu intraabdominálního tlaku. Moč uniká téměř permanentně při pomalé chůzi či i v klidu ve vzpřímené poloze.

Nedostatkem výše uvedené klasifikace je ovšem subjektivismus, a proto se doporučuje k rozlišení inkontinence používat řadu dotazníku a metod k objektivnímu určení množství uniklé moče. To však již náleží do kompetence specializovaného lékaře – urologa.

## 6.2 Etiologie močové inkontinence

### 1) Příčiny urgentní inkontinence

- pokles poševních stěn
- nestabilní měchýř
- močové infekce
- striktury močové trubice
- nádory měchýře
- metabolické choroby – diabetes mellitus, degenerativní onemocnění CNS

### 2) Příčiny stresové inkontinence

- ochabnutí svalstva dna pánevního
- snížený uzávěrový tlak uretry
- zkrácení absolutní délky uretry
- snížení estrogenů v menopauze

### 3) Příčiny reflexní inkontinence

- neurologická onemocnění
- nádory, úrazy



#### 4) Příčiny paradoxní inkontinence

- poškození dolního i horního motorického neuronu (např. po traumatu, po rozšířené hysterectomii, amputaci rekta pro karcinom, diabetické neuropatii aj.)
- mechanická nebo funkční obstrukce uretry (těžké prolapsy dělohy a poševních stěn, stenózy uretry – u ženy vzácné, velké tumory v malé pánvi)

### **6.3 Rizikové faktory inkontinence**

Nejčastějším rizikovým faktorem vzniku stresové inkontinence je věk. V důsledku stárnutí často nastává anatomický pokles močového měchýře a gynekologických orgánů, což obvykle vede k narušení funkce močového měchýře a uzavíracího mechanismu uretry. Těhotenství, porody (zejména porod plodu o hmotnosti více než 4000 gramů) a větší porodní poranění se podílejí na oslabení a uvolnění svalů a pojivové tkáně pánevního dna a na porušení inervace močového měchýře a uretry.

Empirické studie prokazují i nepříznivý vliv obezity na vznik stresové inkontinence. Dalším rizikovým faktorem (zejména z hlediska urgentní a smíšené inkontinence) je menopauza a období postmenopauzy. Dolní močové cesty a ženský genitál se vyvíjejí z primitivního urogenitálního sinu, a proto jsou v uretře a v trigonu měchýře přítomny receptory pro estrogény. Urogenitální atrofie, vznikající následkem deficitu estrogenů, zvyšuje riziko dolního močového traktu a pochvy k infekci. V důsledku zvýšení poševního pH se totiž zvyšuje riziko kolonizace pochvy uropatogeny. Urogenitální atrofie rovněž vede k poruchám jímání moče. Mezi další faktory vedoucí ke vzniku urgentní inkontinence patří recidivující infekce dolních močových cest, používání diuretik či některých jiných léků a pokles dělohy nebo poševních stěn. Mezi další rizikové faktory související s věkem patří: dehydratace spojená s infekcemi,

omezená hybnost, zadržování stolice, depresivní stavy aj.  
(<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med0800-22.html>)

## 6.4 Prevence vzniku onemocnění

- redukce hmotnosti - může přinést zlepšení, protože dochází k odlehčení pánevního dna
- dostatek tekutin – tak lze předcházet možnosti vzniku infekce
- v poporodním období – začít posilovat pánevní svalstvo
- nekouřit - chronický kašel inkontinenci zhoršuje
- vyvarovat se těžké fyzické práce
- dodržovat osobní hygienu
- používat ochranné prostředky k ošetření pokožky
- předcházet vzniku zánětů močového měchýře – již vzniklé správně léčit
- pokud se inkontinence objeví, včas vyhledat lékaře

## 6.5 Diagnostika onemocnění

### 6.5.1 Anamnéza

**Pohovor** zaměřený na informace, které mají vztah k onemocnění. Prioritní je jak rodinná anamnéza, tak i anamnéza osobní, pracovní a gynekologicko-porodnická. Sociální a pracovní anamnéza má svou důležitost při stanovení diagnózy. Urologická anamnéza nás informuje o eventuální bolesti či tlaku nad sponou, polakisurii, nykturii, imperativním nucením na moč, případně hematurii. Zjišťujeme, má-li pacientka stomii a jak o ni pečuje. Jiné faktory ovlivňující vylučování moče (léky, příjem tekutin, choroba), okolnosti úniku moče aj.

V praxi používáme různé **standardní dotazníky**, které mohou pacientky vyplnit doma v klidu. Na základě získaných odpovědí může lékař předčasně stanovit typ poruchy. Nejznámější jsou Gaudenzův, Hodgkinsův a Robertsonův dotazník nebo jejich modifikace.

**Mikční deníky** - jde o přesné záznamy vyprazdňování moče. Pacient zaznamenává údaje, týkající se času a frekvence močení, množství moče, frekvence nucení, únik moče, okolnosti a situace. Současně bývá zaznamenáván příjem tekutin.

### **6.5.2 Fyzikální vyšetření**

Z fyzikálních vyšetření je nejdůležitější **pozorování**. Všímáme si vchodu poševního, stavu hráze, jizev po předchozích epiziotomiích, rupturách, sledujeme zevní ústí uretry a sestup stěn poševních. Vyšetřujeme jak v klidu, tak při zatlačení. Dysurické obtíže mohou být způsobeny i zúžením uretry. O jejím průsvitu se můžeme přesvědčit kalibračními sondami, které přesně změří diametr močové trubice. Hodnotíme velikost sondy, která při vytahování prochází bez odporu.

### **6.5.3 Laboratorní vyšetření**

Laboratorní vyšetření zahrnuje hodnocení a léčbu MOP, dále pak vyšetření moče chemicky, močového sedimentu a kultivace moče jako podmínku dalších metod spojených většinou s katetrizací měchýře. Nelze opomenout cytologické vyšetření moče (vyloučení tumoru měchýře).

Pozorováním sledujeme fyzikální vlastnosti moče – barva, zápach, příměsi, množství. V případě potřeby můžeme provést rutinní hematologické vyšetření (krevní obraz, markery zánětu, jaterní testy, iontogram), dále vyšetření virologické, serologické či parazitologické a funkční testy ledvin.

## **6.5.4 Klinické testy**

### **1) Marshallův – Bonneyův test**

Jde o test, kdy za vizuální kontroly sledujeme únik moče z předem naplněného močového měchýře - např. při zakašlání.

### **2) Q-tip test**

Test umožňuje orientaci o mobilitě uretrovezikálního spojení. Do uretry se zavede vatová štětička navlhčená gelem. Pacientka zatlačí na stolicí. Při normálním stavu uretrovezikálního spojení, se poloha štětičky prakticky nemění. Při uvolněném uretrovezikálním spojení opisuje štětička úhel vzhůru.

### **3) Pad-test**

Slouží k objektivizaci a kvantifikaci úniku moče. Pacientka váží vložky za určité časové období a nárůst hmotnosti vložek udává míru inkontinence.

### **4) Stres-test**

Tímto testem objektivizujeme únik moče při stresové inkontinenci. Pacientka s plným močovým měchýřem se postaví s rozkročenýma a pokrčenýma nohama a lokty se opře o oporu, pak silně zakašle. V případě stresové inkontinence odteče klinicky zjistitelné množství obsahu měchýře.

### **5) Leak point pressure test**

Tlak, při kterém uniká moč z uretry. Spadá již do oblasti urodynamického vyšetření.

### 6.5.5 Ultrazvukové vyšetření

Zjišťuje se poloha a mobilita hrdla a baze močového měchýře a jeho přechodu v močovou trubici.

### 6.5.6 Rentgenologické vyšetřovací metody

**Vylučovací urografie (IVU)** – rentgenologická metoda, která spočívá v zobrazení močových cest pomocí parenterálně (i.v) podané rtg kontrastní látky.

**Cystografie** – je rentgenologická metoda sloužící ke znázornění močového měchýře rtg kontrastní látkou, která je aplikována do měchýře uretrálním katétre. Jejím doplňkem je mikční fáze (mikční cystografie), při které je možno v boční projekci zachytit i morfologii uretry a její vztah k pánevnímu skeletu (stresová inkontinence).

**Uretrografie** – je rtg metoda sloužící k retrográdnímu znázornění uretry kontrastní látkou aplikovanou pomocí speciálního katétru.

### 6.5.7 Urodynamické vyšetření

Jde o funkční vyšetření dolních močových cest. Patří sem tato vyšetření:

**uroflowmetrie** – umožňuje kvalitativní a kvantitativní analýzu proudu moče. Hodnotí množství moče, které proteče uretrou v jednotce času (ml/sec).

**cystometrie** – funkční vyšetření močového měchýře. Prázdný měchýř je plněn pomocí tenké cévky fyziologickým roztokem a průběžně je měřen tlak a velikost náplně v močovém měchýři. Získaná křivka poměru tlaku v měchýři a velikosti náplně hodnotí kvalitu odpovědi detruzoru na náplň v měchýři (tzv. complienci). Vyšetření ozřejmí kapacitu měchýře a např. i stahy detruzoru, které pacientka není schopna ovlivnit. Tyto stahy se označují jako netlumené kontrakce a mohou svědčit pro urgentní inkontinenci. Standardní průběh křivky svědčí spíše pro inkontinenci stresovou.

**profilometre** – vyšetření funkce svěračového mechanismu. Jsou měřeny hodnoty tlaků v oblasti močové trubice v porovnání s tlaky v měchýři. Odchylky od normálních hodnot ukazují na jednotlivé typy inkontinence.

#### **6.5.8. Endoskopické vyšetření**

Je zaměřeno na dutinu měchýře a močové trubice. Umožňuje odhalení patologií - konkrementy, nádory, zánět, či vývojové vady nebo jiné patologické stavy (píštěle).

**Cystoskopie** je indikována u případů hematurie nejasného původu, zejména v případech urgencye a také u různých pooperačních stavů.

#### **6.5.9 Elektromyografie svaloviny dna pánevního**

Je indikována při vyšetření zvláštních a resistantních forem inkontinence. Sleduje bioelektrické potenciály vznikající při depolarizaci svalových vláken dna pánevního a tím i příčně pruhovaného svěrače uretry, který je jeho součástí.

## 6.6 LÉČBA INKONTINENCE

### 6.6.1 Terapii urgentní inkontinence

Do této terapie patří:

- medikamentózní terapie
- trénink močového měchýře
- psychoterapie
- biofeedback
- behaviorální terapie
- elektrostimulace
- operační léčba
- neuromodulace

**Medikamentózní léčba** - jedná se o základní metodu léčby. Užívané preparáty snižují aktivitu svaloviny močového měchýře, snižují tlak v močovém měchýři, zvětšují jeho kapacitu a omezují mimovolní kontrakce jeho svaloviny. Takto zamezují častému nucení na moč i neudržení moče, kterému silné nucení na moč předchází. Léky lze podávat též přímo do močového měchýře a to rozpuštěné v malém množství sterilního roztoku pomocí cévky.

Nejčastěji používané léky k terapii urgentní inkontinence:

**1. Oxybutinin** (*Uroxal, Ditropan, Cystrin*). Je doporučen jako lék první volby k terapii urgentní inkontinence. Častěji se vyskytují nežádoucí účinky – jde zejména o sucho v ústech, zácpu, poruchy vidění a únavu.

**2. Propiverin** (*Mictonorm*) je další látka, která působí jako parasymptolytikum a blokátor kalciového kanálu.

**3. Trospium** (*Spasmed*) neproniká do likvoru a nemá účinky na CNS. Má menší množství nežádoucích účinků při srovnání s oxybutininem.

**4. Solifenacin** (*Vesicare*) je nově doporučen k léčbě urgencye a urgentní inkontinence moče, má nízké nežádoucí účinky.

**5. Tolterodin** (*Detrusitol*), výhodné užívání 1xd, nízké nežádoucí účinky.

**6. Imipramin** (*Melipramin*), mohou se též objevit nežádoucí účinky léku, jako je například únava, slabost, ortostatická hypotenze, arytmie aj.

**Trénink močového měchýře** - je založen na pravidelném mikčném režimu. Pacientka chodí nejprve během dne pravidelně močit po dvou hodinách bez ohledu na to, zda má potřebu močit nebo ne. Po zvládnutí tohoto režimu je možné jej prodloužit na tři hodiny a dále na čtyři hodiny. Tlumivý vliv na stahy močového měchýře má i stažení svaloviny pánevního dna, je tedy vhodné rovněž používat cvičení na posílení pánevního dna.

**Psychoterapie** - při vzniku urgentní inkontinence se spolupodílejí stresové psychogenní faktory - proto jsou pacientky trpící inkontinencí jsou častěji anxiózní či trpí depresemi. Někteří autoři udávají výrazný efekt psychoterapie při léčbě urgentní inkontinence - hlavně zlepšení nykturie a urgentního nucení na močení.

**Biofeedback** - nácvik močení tzv. biologickou zpětnou vazbou - pacientkám je zde cestou zrakových, sluchových či taktilních vjemů podávána zpětná informace o jejich vlastních a normálně nevnímaných funkcích. Tato metoda též vychází z představy ztráty kortikální kontroly nad měchýřem a je jistou formou jeho tréninku.



**Behaviorální léčba** - je založena na možnosti uvědomit si stahy močového měchýře a ty se pak naučit ovládat a potlačit. Pomocí přístroje (na urodynamice) lze snímat aktivitu svaloviny močového měchýře, identifikovat patologické stahy a postupným opakováním je pacientka schopná tuto aktivitu rozpoznat a později i potlačit.

**Elektrostimulační terapie** - léčba se snaží zamezit mimovolným kontrakcím svaloviny močového měchýře, a to třemi způsoby. Jedná se o elektrostimulaci svaloviny měchýře, stimulaci svěračového mechanismu či stimulaci kožních ploch, které jsou nervově spojené a ovlivňují stahy svaloviny měchýře. Takto lze stimulovat oblast perinea nebo dolních končetin.

**Operační léčba** - je vyhrazena pro těžké případy, které nelze jinak zvládnout nebo tehdy, kde je i poškození horních cest močových. Cílem léčby je zvýšit kapacitu močového měchýře, eventuálně posílit svěračový mechanismus.

Toho lze docílit přerušением nervů ovlivňujících měchýř a nebo zvětšením kapacity měchýře pomocí stěny střevní – tzv. *cystoplastiky*.

*Distenze močového měchýře* - rozepětí stěny měchýře při intravezikálním tlaku - snižuje průtok krve stěnou měchýře, působí ischemii a tím snižuje aktivitu senzitivních nervových zakončení působících urgencye.

**Neurostimulace a neuromodulace** - na nervy, které řídí činnost močového měchýře je připojen stimulátor, který pomáhá udržovat měchýř v klidovém stavu při jeho postupném plnění a během močení naopak vyvolá stah svaloviny měchýře.

### **6.6.2 Terapie stresové inkontinence**

Do této terapie patří:

- redukce hmotnosti

- gymnastika svalstva pánevního dna
- medikamentózní léčba
- operační léčba
- elektrostimulace
- inkontinenční pomůcky

**Redukce hmotnosti** - u obézních pacientek je první podmínkou úspěšné léčby. Samotné zhubnutí někdy může vyřešit malou nekomplikovanou inkontinenci samo, bez nutnosti dalších metod. Jedná se o efekt zmenšení intraabdominálního tlaku při stresu a zlepšení přenosu tlaku na uretru.

**Gymnastika svalstva pánevního dna** - tuto metodu zpopularizoval v roce 1948 Kegel. Vychází z předpokladu, že příčinou inkontinence je insuficience svalů pánevního dna. Cílem gymnastiky je tyto svalové partie posílit a umožnit tak jejich plnou funkci.

Kegel rozdělil trénink do 4 fází:

- uvědomování si svalů a jejich koordinace
- získání jistoty o aktivaci požadovaných svalů
- zvyšování síly a koordinace
- fáze regenerační - někdy již zde dochází k částečnému ústupu potíží. Zřetelný nárůst svalové síly i její regulace, pohyby jsou vykonávány s menší námahou, svaly jsou méně unavené a pevnější.

Podstatou cviků je, že si pacientka musí uvědomit, který sval je zodpovědný za udržení moče. Pokouší se tedy nejprve přerušit proud moče, a tak zjišťuje, který sval je třeba cvičit. Tyto svíravé pohyby a soubor dalších cílených cviků pak opakuje několikrát za den. Počet kontrakcí potřebných k úspěchu léčby není přesně zjištěn, ale udává se mezi 40 – 400 za den.

**Medikamentózní léčba** - spočívá v pravidelném užívání léku, který posiluje svěračový mechanismus, popřípadě ještě snižuje tlak v močovém měchýři. Medikamentózní léčba u stresové inkontinence není tak účinná,

na rozdíl od urgentní. Je vhodné ji kombinovat s redukcí hmotnosti a pravidelným cvičením.

**1. Estrogeny** - jejich podávání je vhodné při oslabení podslizniční tkáně v oblasti močové trubice s cílem její regenerace před operační léčbou. Nejvhodnější aplikace je lokální – tedy vaginální.

**2. Tricyklická antidepressiva** např. (*Imipramin*) - snižují kontraktilitu močového měchýře a zvyšují výtokový odpor v uretře.

Nové možnosti v medikamentózní léčbě – v současné době je k dispozici nový preparát – **Duloxetin**. Jeho účinnost v léčbě stresové inkontinence je vysvětlována inhibicí zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu presynaptickými neurony v CNS, čímž dochází ke zvýšení hladin serotoninu a noradrenalinu v synaptické štěrbině. Ta způsobuje zvýšenou stimulaci příčně pruhovaného svalstva sfinkteru uretry pudendálními nervy. Efekt však bývá jen cca 40-60%.

**Elektrostimulace** - principem je dráždění svaloviny svěračů pomocí elektrických impulsů, což přispívá k posílení svaloviny a tedy k udržení moče. Používají se speciální stimulatory s elektrodami zaváděnými do pochvy nebo do konečníku.

V dnešní době se většinou užívají metody zevní stimulace. V podstatě se užívají dva způsoby podle délky aplikace a intenzity elektrického podnětu: krátkodobá maximální elektrická stimulace, nebo dlouhodobá elektrická stimulace.

**Operační léčba inkontinence** - efektivita této léčby je vysoká, dnes jde však většinou o tzv. miniinvazivní výkony, ale je třeba efekt hodnotit z dlouhodobého hlediska.

Existuje pět základních typů operací:

- jehlové závěsné operace
- abdominální závěsné operace
- slingové (kličkové) operace

- podslizniční instalace makromolekul
- páskové miniinvazivní operační metody (TVT, TVT-O, TVT-S a podobně)

**Jehlové závěsné operace** - provádějí se pomocí speciálních jehel, kterými se provlékne šicí materiál mezi poševní stěnu a fascii břišních svalů. Tak dochází k vyzdvižení svěračového mechanismu močové trubice a tím k zvětšení jeho síly. Efekt takto provedené operace nebývá dlouhodobý a do pěti let většinou dochází k recidivě inkontinence.

**Abdominální závěsné operace** - operačním řezem v podbříšku se vypreparuje hrdlo močového měchýře s přechodem na močovou trubici a pod ní ležící stěna pochvy. Do této se ukotví stehy, které se přišijí k vazivu kostí pánve. Tak je dosaženo zvednutí a posílení svěračového mechanismu.

**Slingové (kličkové) operace** - principem je podvleknutí vazivové pásky (kličky) pod močovou trubici a její fixování k vazivu pánve. Tím je dosaženo lepšího uzavření močové trubice. Užívají se materiály jak tělu vlastní (facie, svaly), tak tzv. biomateriály (Gore-tex, lyodura)

**Podslizniční instalace makromolekul** - pod sliznicí močové trubice se aplikuje látka, která způsobí vlastní zúžení průsvitu uretry v místě hrdla. Makromolekuly zaručují, že nedojde k jejich odplavení krevním řečištěm.

**Páskové miniinvazivní operační metody** (*TVT – tension free vaginal tape – volná poševní páska, TOT – transobturator tape apod.*)

První operace TVT byly provedeny ve Švédsku v roce 1994. V roce 1998 se uskutečnily první operace v Praze.

**Princip TVT** – při této metodě se pod močovou trubicí podvlékne speciální páska, která se pomocí jehel vyvede pod sponu stydkou do podbřišku. Tato páska vlastní adhezivitou sama udrží močovou trubicí zvednutou a tím umožňuje udržení moče. (Příloha - 3)

#### **Možné přístupy pásky:**

- ascendentní retropubický přístup (TVT, TVT-S)
- descendentní retropubický přístup (Ureter Sup, Spare)
- transobturátorový přístup (TVT-O, Uratape, TVT-S, Obtype)

#### **Druhy pásky:**

- tkaná monofilamentní páska (TVT, Sparc, Monarc, Uretex Sup, Safyre)
- tkaná multifilamentní páska (IVS)
- extrudovaný polypropylen (Obtape-horší elasticita)

#### **Komplikace TVT**

- perforace stěny močového měchýře
- pooperační močová retence
- krvácení z paravaginálních a paravezikálních plexů

#### **Shrnutí TVT**

- jedná se o miniinvazivní výkon, jehož provedení trvá 20 -30 minut
- doba pracovní neschopnosti je asi 1 týden, celková rekonvalescence trvá asi 2 týdny
- menší bolestivost oproti klasickému postupu při nižší zátěži organismu
- úspěšnost 85 – 90%

**TVT-O** – jedná se o modifikaci metody, kdy je páska uložena pod močovou trubicí přes obturatorní membránu, která je umístěna vedle močové trubice. Další modifikací je **TVT-S**. (Příloha - 3,4)

- TVT-O je novější metoda, obdoba TVT, poprvé provedena ve Francii v roce 2001
- snaží se eliminovat případné komplikace doprovázené TVT operace šetrnějším postupem při zavádění pásky, neprostupuje se břišní stěnou a retropubickým prostorem
- snižuje riziko poranění střev, močového měchýře

### **Shrnutí TVT-O**

- komplikace se vyskytují zřídka
- pooperační péče je srovnatelná jako u metody TVT
- oproti metodě TVT je menší riziko poranění střev, močového měchýře, stejně tak riziko masivnějšího krvácení je významně eliminováno ve srovnání s retropubickým přístupem
- výkon netrvá více než 10-15 minut v lokální nebo epidurální anestezii (Hrdá, 2007)

### **6.6.3 Pomůcky při inkontinenci moče**

K léčbě inkontinence je důležité zvolit správný produkt. Při tom je třeba mít na paměti jak ošetrovatelské, tak ekonomické aspekty.

**Ošetrovatelské aspekty** – produkt musí odpovídat individuální situaci postiženého – zde hraje důležitou roli forma a závažnost inkontinence, tělesný i psychický stav. Předpokladem pro výběr odpovídajícího produktu je ošetrovatelská anamnéza inkontinence.

**Bezpečnost** – inkontinentní pomůcka musí nabízet dostatečnou bezpečnost, aby nedošlo k úniku. Proti této snaze o zabezpečení působí požadavky na diskrétnost a komfort pohybu.

## **Pro praxi je vhodné rozlišení inkontinence do 4 stupňů:**

**Stupeň I** – lehká inkontinence, při ztrátě moči do 100 ml za čtyři hodiny

**Stupeň 2** – střední inkontinence, při úniku 100 až 200 ml za čtyři hodiny

**Stupeň 3** – těžká inkontinence, při 200 až 300 ml za čtyři hodiny

**Stupeň 4** – velmi těžká, při více než 300 ml za čtyři hodiny

**Pomůcky pro inkontinenci** - lze je rozdělit na tři následující typy:

- 1) pomůcky k posílení svaloviny pánevního dna
- 2) okluzivní – pomůcky k uzavření močové trubice
- 3) inkontinentní vložky nebo kalhotky

***Pomůcky k posílení svaloviny pánevního dna*** - jsou speciální závaží, která se vkládají do pochvy, jsou nošena po určité denní dobu a žena se je snaží udržet stahem pánevního svalstva, tím posiluje pánevní svalstvo.

***Okluzivní mechanismy*** - slouží k uzavření močové trubice, je nutné je do ní zavést a využívají se k překonání inkontinence během určité činnosti, například během sportovního výkonu.

(Martan, 2006).

### **6.6.4 Základní vlastnosti pomůcek pro inkontinenci**

***Ochrana před únikem*** – všechny inkontinentní pomůcky dostupné na trhu mají schopnost odsávat tekutiny.

***Diskrétnost*** – zvláště pro postižené, kteří musejí hodně cestovat, je velmi důležitá. Inkontinence patří stále ještě k tabuizovaným onemocněním a je často zamlčována v rodinném kruhu. Proto musí být výrobky konstruovány tak, aby je okolí co nejméně zaznamenalo.

**Nedráždivost** – pomůcky nesmějí mít dráždivé účinky, musejí tekutinu bezpečně zadržovat s tím, že kůže zůstane suchá tak, aby se zabránilo jejímu podráždění.

**Prodyšnost** – prodyšné materiály jsou vhodné v zajištění dobrého odsávání tělesného potu.

**Snášlivost** – některé pomůcky, které jsou na trhu, mají stanovenou míru snášlivosti dermatologickým testem. Zásadně platí: „ Čím méně materiálu, tím lépe pro snášlivost s kůží“.

#### **6.6.5 Nejčastější chyby při aplikaci pomůcek**

- volba nevhodné velikosti pomůcky
- zaměňování velikosti a účelu použití (stupně ochrany)
- ledabylá fixace
- ignorování indikátorů vlhkosti
- chybné používání jen omezeného typu pomůcek
- chybné souběžné kombinování pomůcek (Martan, 2006)



## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **2. CÍL VÝZKUMU**

- zjistit úroveň informovanosti starých žen, týkající se tohoto onemocnění
- zjistit, jak inkontinence moče snižuje kvalitu života
- zjistit, jak ženy subjektivně hodnotí své obtíže před zahájením léčby a po léčbě
- zjistit, zda jsou ženy ochotné změnit svůj životní styl

#### **2.1 Hypotézy**

Můj osobní názor je takový, že výskytu močové inkontinence dosud stále není věnována dostatečná pozornost. Myslím si, že se v naší společnosti objevuje malé množství praktických lékařů, kteří se dotazují na symptomy inkontinence u svých pacientek. Nezájem k problému úniku moče ze strany zdravotníků vede často k neochotě pacientek hledat pomoc. Tato situace vrcholí v „samoléčbu“, kdy postižené ženy používají zcela nevhodné inkontinentní pomůcky. Některé ženy vyhledávají pomoc až po mnoha letech strádání.

K tomuto nepříznivému faktu přispívá ještě i skutečnost, že mnoho žen, které se odhodlají vyhledat odbornou pomoc, je odbýváno s konstatováním normálnosti stavu ve vztahu ke stáří. Mnohdy dochází pouze k letnému poučení o gymnastice svalů dna pánevního, eventuálně k přechodnému užívání medikamentů. Dochází tak k vytvoření skupiny pacientek, které svoji nespokojenost s neúspěchem léčby přenášejí na své okolí a vytvářejí tak negativní mínění o řešitelnosti problému.

Mnoho žen, které se ocitnou v této nepříznivé situaci, se ji snaží obvykle řešit vlastními silami - snižují příjem tekutin a potravin s větším obsahem vody tak, aby zmenšily množství moče a tím i předešly

inkontinentním epizodám. Únik moče znamená i nutnost zvýšené hygienické péče, častou výměnu spodního prádla a nákup jednorázových pomůcek, a to vše představuje mnohem větší ekonomickou zátěž. Snaží se omezit aktivity, při kterých by únik moče mohl být společensky nepřijatelný. Výjimkou však není ani to, že se problémy promítají do osobního života, ovlivňují negativně partnerské i rodinné vztahy, společenské nebo pracovní uplatnění. Seniorky se straní okolí, uzavírají se doma a omezují své styky s přáteli. Jsou ohroženy osamělostí a v extrémním případě sociální izolací.

U žen, které jsou hůře pohyblivé, mají omezenou zručnost, špatně vidí, obtížně komunikují nebo trpí poruchou paměti, znamená inkontinence zvýšené nároky na rodinné příslušníky. Ti musejí zajišťovat výměnu antiinkontinenčních pomůcek a pomáhat nemocné při osobní hygieně. Tato „zátěž“ může být pro členy rodiny tak velká, že přidá-li se i inkontinence stolice, jediným řešením se může stát umístění postižených do ústavu dlouhodobé péče. Na inkontinenci je třeba pohlížet nejen jako na problém jednotlivého pacienta, ale také i z pohledu celospolečenského.

## **2.2 Diferenciace hypotéz**

### **Hypotéza č.1**

- staré ženy nejsou dostatečně informovány o dané problematice

### **Hypotéza č.2**

- inkontinence moče, výrazně snižuje kvalitu života senierek

### **Hypotéza č.3**

- odlišná spokojenost žen s výsledkem léčby

### **Hypotéza č.4**

- ženy jsou ochotné změnit svůj životní styl

### **3. CHARAKTERISTIKA A METODA VÝZKUMU**

Z možných metod zkoumání jsem si vybrala metodu anonymního dotazníku. Myslím si, že pokud chci získat pravdivé údaje, je pro pacientky snazší odpovídat anonymně.

Dotazníková metoda je postup, při kterém je zkoumaným osobám (respondentům) předkládán soubor otázek za účelem získání měřitelných údajů nebo jevů. Správné použití metody dotazníku vyžaduje důkladnou přípravu. Otázky v dotazníku musí být jasné, jednoznačné a konkrétně formulovány a nesmí působit sugestivně ani vyžadovat vědomosti, které dotazovaní nemají, nebo nemohou mít. Respondenti musí mít záruku, že zjištěných údajů nebude použito proti nim.

Dotazník směřuje ke zjištění základních údajů o respondentech. Obsahuje otázky: identifikační, diagnostické, psychosociální, edukační a otázky vztahující se k léčbě. Plné znění dotazníku je uvedeno v Příloze č.1.

#### **3.1 Předvýzkum**

Abych zjistila zda je dotazník možné použít pro výzkum, provedla jsem předvýzkum u deseti pacientek na našem urologickém oddělení. Při vyplňování dotazníku jsem byla vždy přítomna pro vysvětlení možných nejasností a provedení možných úprav. Zjistila jsem, že všem položeným otázkám všechny dotazované pacientky předvýzkumu porozuměly a neměly žádné problémy při jeho vyplňování. Proto jsem zmíněný dotazník v nezměněné formě použila i pro další výzkum.

### **3.2 Charakteristika zvoleného souboru**

Dotazníková akce byla provedena ve dnech 15.12.06–28.2.07 a zúčastnilo se ji celkem 140 žen, věková hranice respondentek se pohybovala kolem 65 a víc let a průměrný věk činil 80,2 let. Myslím si, že tento soubor žen potřebuje získat informace o problematice onemocnění a možných metodách léčby. Návratnost dotazníků byla 100%. Výběr respondentek byl namátkový, realizovaný v místech výskytu starší populace tak, aby byla zachována cílová skupina starších žen pro zodpovězení dotazníku.

První skupinu tvořily pacientky Léčebny dlouhodobě nemocných – Londýnská 15, Praha 2. Druhá skupina respondentek byla složena z pacientek Urologické kliniky Všeobecné fakultní nemocnice – Ke Karlovu 6, Praha 2. Další skupinu žen tvořily pacientky z Domova důchodců v Bohnicích – Na Hranicích 674, Praha 8. Poslední skupina pacientek byla z penzion v Boskovicích, Mánesova 6.

V léčebně dlouhodobě nemocných jsem použila jako doplňující výzkumnou metodu pozorování. Mohla jsem zhodnotit, jak o sebe ženy trpící močovou inkontinencí pečují a jaký vztah k sobě zaujímají. V tomto zařízení jsem navštěvovala pacientky individuálně na jejich pokojích. Tímto způsobem jsem mohla otázky, pomocí strukturovaného rozhovoru, jehož podkladem byl dotazník, zpracovávat s každou ženou osobně. Tato metoda se mi velmi osvědčila, jelikož většina respondentek byla mnohem starších a samotné vyplňování by tak většině z nich jistě činilo potíže.

### **3.3 Výsledky výzkumu**

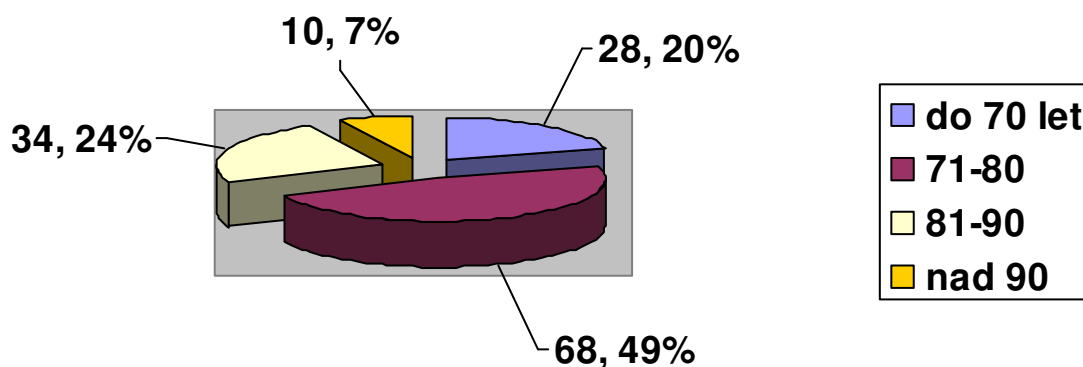
Otázky a odpovědi z dotazníků jsou uvedeny a zpracovány v následujících grafech, jak byly uvedeny i v zadaném dotazníku. V interpretaci výsledků z jednotlivých grafů uvádím pouze nejdůležitější údaje.

**Celkový počet dotazníků 140**

## **1. Věk**

**Průměrný věk 80,2 r. (rozmezí 62-99 let)**

### **věkové rozložení sestavy**



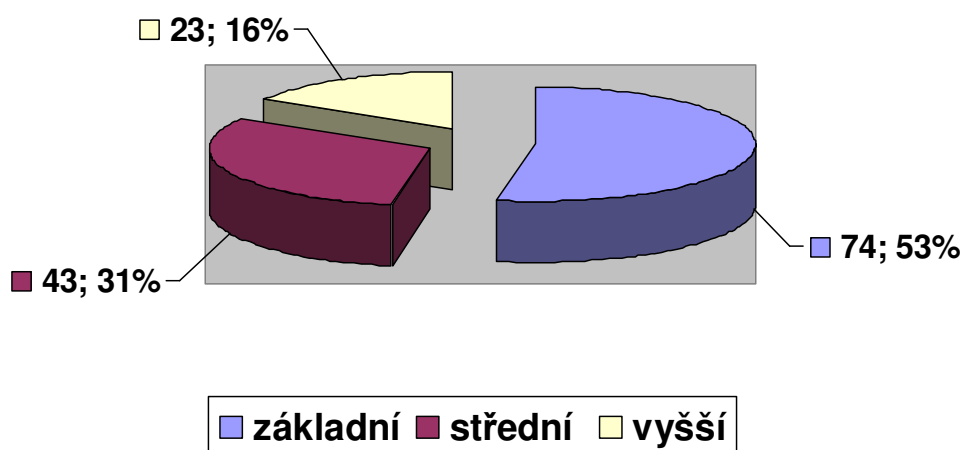
### **Komentář**

Je všeobecně známo, že inkontinence postihuje častěji ženy ve vyšším věku. Průměrný věk žen v souboru byl 80,2 let.

## **2. Dosažené vzdělání:**

- a) základní
- b) střední
- c) vyšší

Dosažené vzdělání

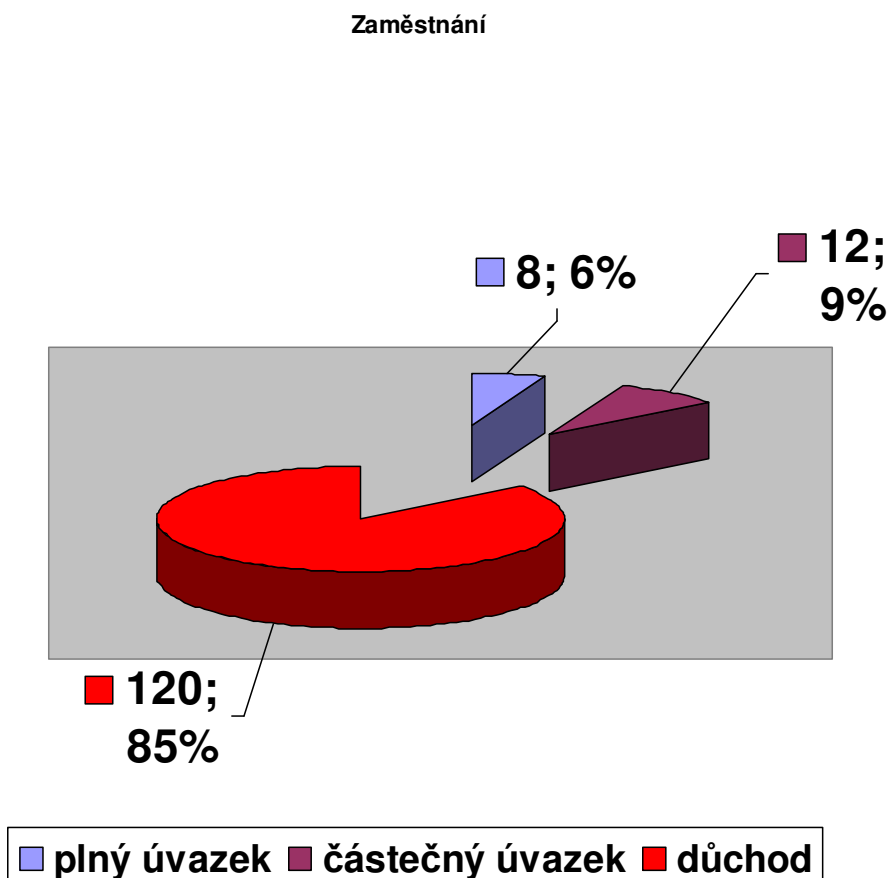


### **Komentář**

53% pacientek dosáhla základního vzdělání, 31% žen dosáhla středního vzdělání a 16% vzdělání vyšší.

### **3. Zaměstnání:**

- a) plný úvazek
- b) částečný úvazek
- c) důchod



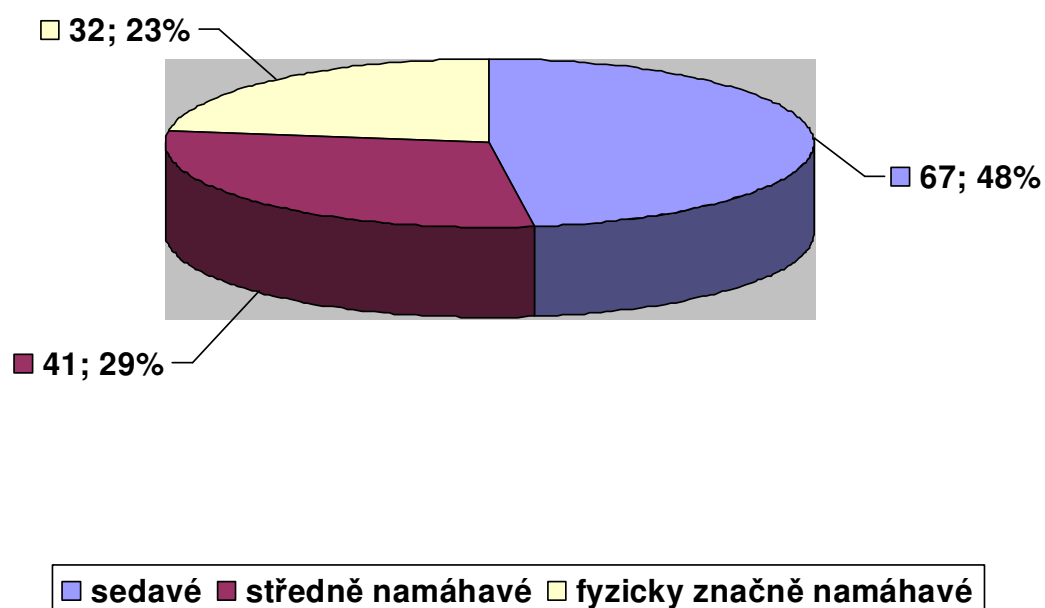
### **Komentář:**

85% pacientek již byla v důchodu, 9% žen pracovalo na částečný úvazek a 6% žen na plný pracovní úvazek. Z grafu vyplývá, že u 15% žen může inkontinence způsobovat problémy v zaměstnání, případně může být i důvodem pracovní neschopnosti.

#### **4. Vykonávané zaměstnání:**

- a) sedavé
- b) středně namáhavé
- c) fyzicky značně namáhavé

Vykonávané zaměstnání



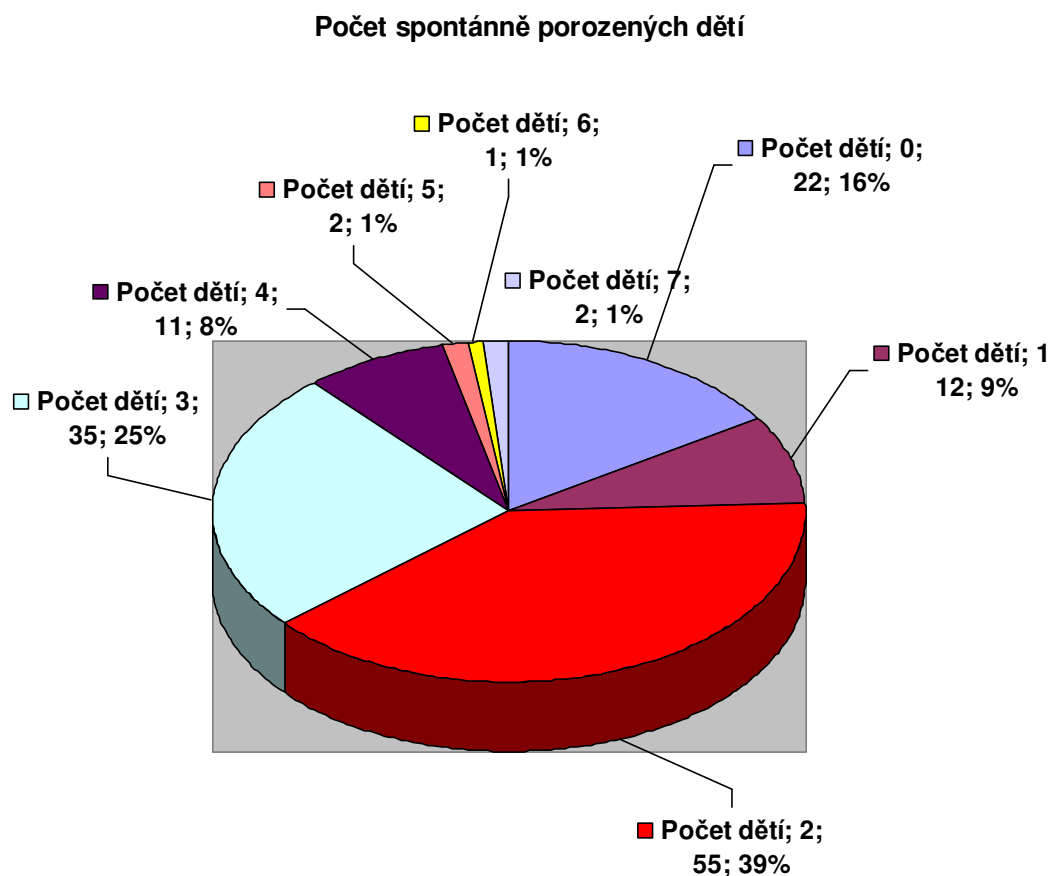
#### **Komentář:**

V této otázce uvedlo 23% žen fyzicky značně namáhavou práci. Sedavé zaměstnání zahrnovalo 48% respondentek, 29% uvedlo středně namáhavé zaměstnání.



## **5. Počet dětí narozených spontánním porodem**

průměr 2,1 dítěte,  
rozmezí: 0 - 7 dětí



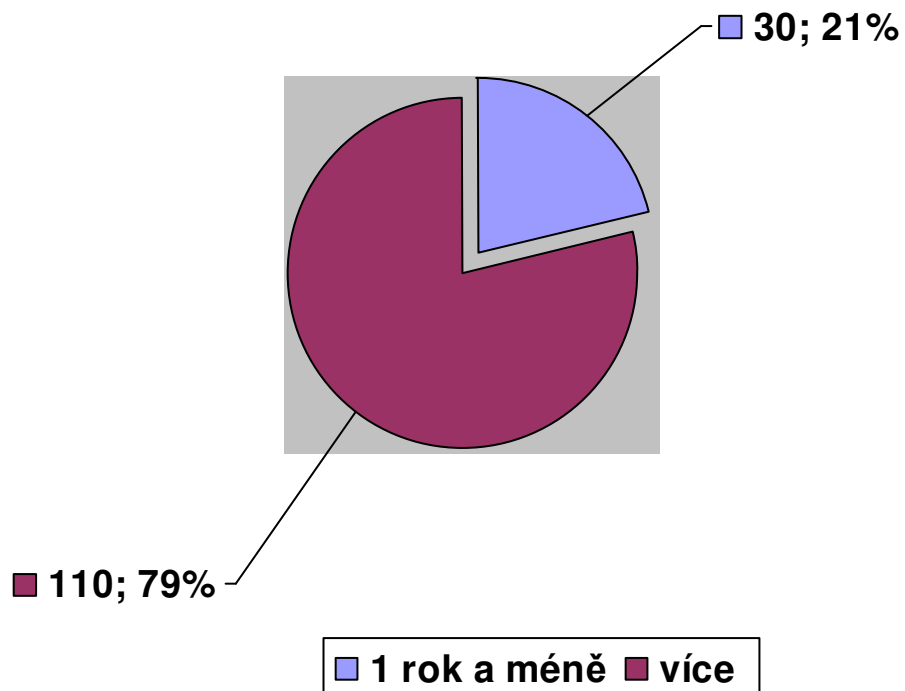
### **Komentář**

Z průzkumu vyplynulo, že 75% žen má dvě a více dětí. Inkontinence se ovšem vyskytla i u žen, které nerodily (16%) a u žen pouze s jedním dítětem (9%). Těhotenství a porod spontánní cestou je známým rizikovým faktorem vzniku inkontinence.

**6. Jak dlouho máte potíže s nechtěným únikem moče (v letech)?**

- a) 1 a méně,
- b) 3,5,7,10 a více

**Trvání inkontinence (v letech)**



**Komentář:**

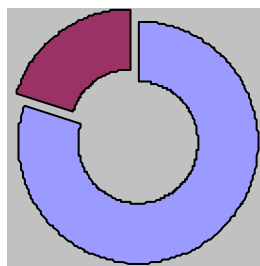
V této otázce uvedlo 79% žen, že potíže s nechtěným únikem moče měly více let, 21% mělo obtíže 1 rok a méně.

## 7. K nechtěnému úniku moče dochází ?

- a) spíše přes den
- b) často i v noci

- c) 1x měsíčně
- d) 1x týdně
- e) 1x denně
- d) několikrát denně

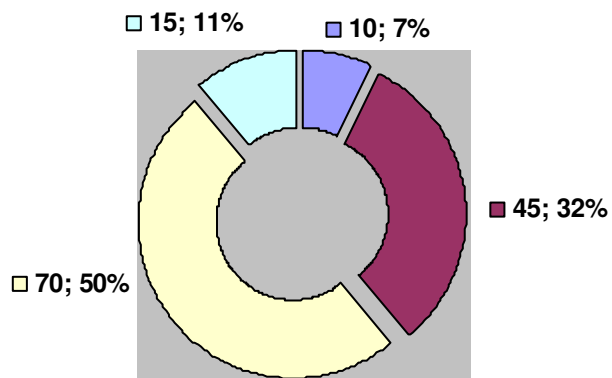
■ 28; 20% Doba úniku moče



■ spíše přes den  
■ často i v noci

■ 112; 80%

Frekvence úniku moče



■ 1x měsíčně ■ 1x týdně ■ 1x denně ■ několikrát denně

## Komentář

### Doba úniku moče

80% spíše přes den

20% často i v noci

### Frekvence úniku moče

50% 1x denně

32% 1x týdně

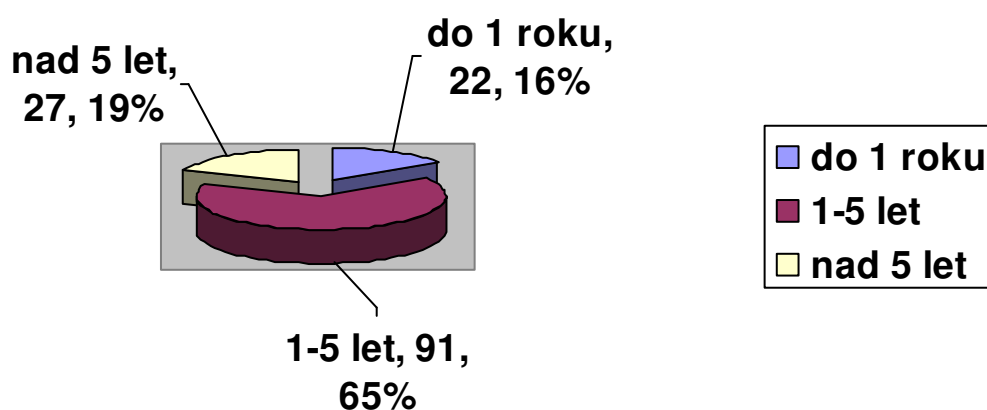
11% několikrát denně

7% 1x měsíčně

## 8. Jak dlouho trvaly Vaše obtíže než jste šla k lékaři (v letech)

Průměrně **3,96 r.** (rozmezí 1 rok – 15 let)

### trvání inkontinence než šla respondentka k lékaři



## Komentář

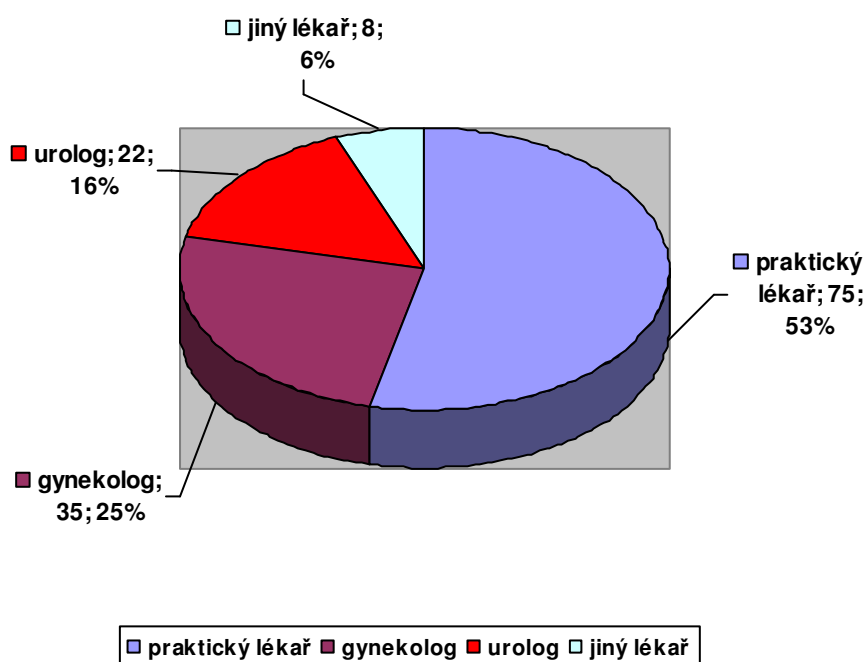
Z průzkumu vyplývá, že velká skupina žen (průměrný věk byl od 75 let a více) čekala s návštěvou u lékaře velmi dlouho. Naopak ženy mladší vyhledaly lékaře podstatně dříve. Z celkového počtu 140 žen byla i skupina respondentek, které čekají déle než 5 let. Průměrná doba návštěvy u lékaře činila 3,96 let.

## **9) Na jakého lékaře jste se obrátila s únikem moče nejdříve ?**

- a) praktický lékař
- b) gynekolog
- c) urolog
- d) jiný lékař

Komentář

Lékař "1. linie" při diagnóze



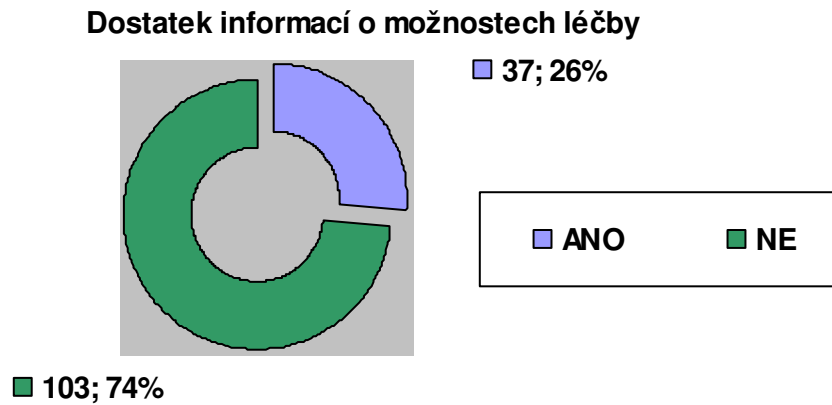
### **Komentář**

53% žen, navštívila praktického lékaře, 25% gynekologa, 16% urologa a 6% žen oslovilo jiného lékaře.

## **10. Měla jste dostatek informací o možnostech léčby ?**

a) ano

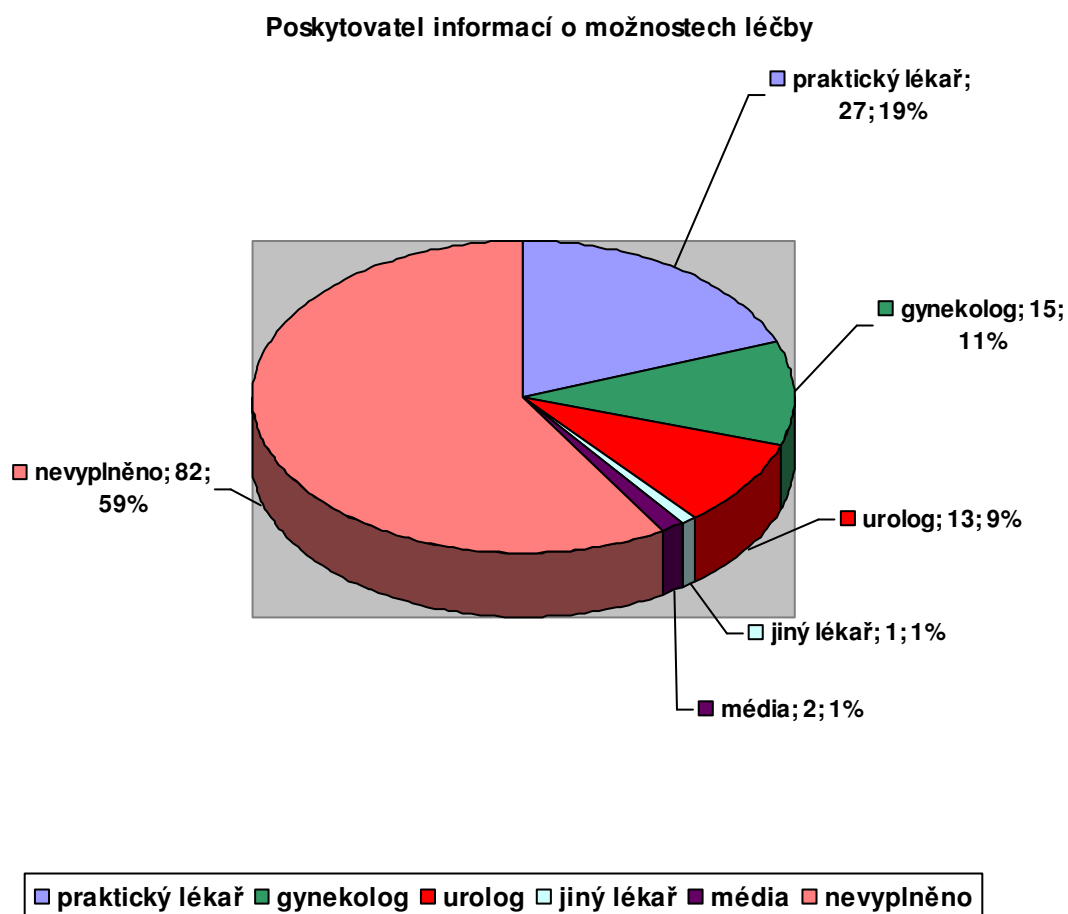
b) ne



### **Komentář**

74% respondentek odpověděla záporně, 26% žen odpovědělo ano. Z průzkumu je zřejmé, že informovanost klesá se stupněm dosaženého vzdělání. Domnívám se však, že nelze stavět do přímého vztahu vzdělání s informovaností o této problematice. Často záleží na zájmu ženy, do jaké míry chce o problematice inkontinence vědět.

## **11. Pokud ano, kdo Vám tyto informace poskytl**

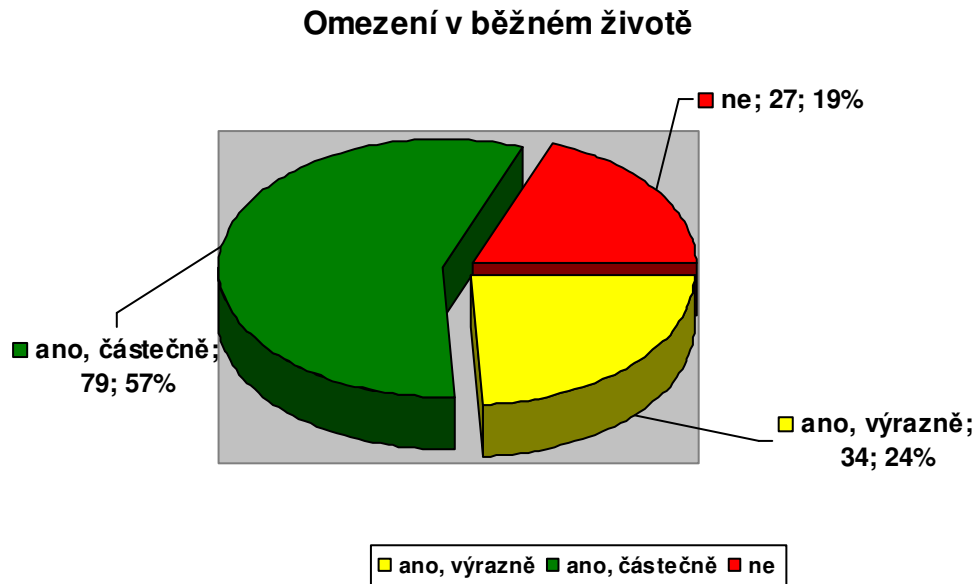


### **Komentář**

Většina respondentek získala informace od lékaře 39% (PL, urolog, gynekolog). Podstatně méně informací získaly ženy z médií (1%) nebo od jiných lékařů (1%). 59% žen na tuto otázku neodpovědělo.

## **12. Omezovaly Vás obtíže s únikem moče v běžném životě ?**

- a) ano výrazně
- b) ano částečně
- c) ne



### **Komentář**

19% žen nepocítuje žádné omezení v životě. U 57% respondentek inkontinence způsobila částečné obtíže. 24% žen uvedlo, že je výrazně omezovaly obtíže s únikem moče. O inkontinenci moče je známo, že způsobuje komplikace v běžném životě.

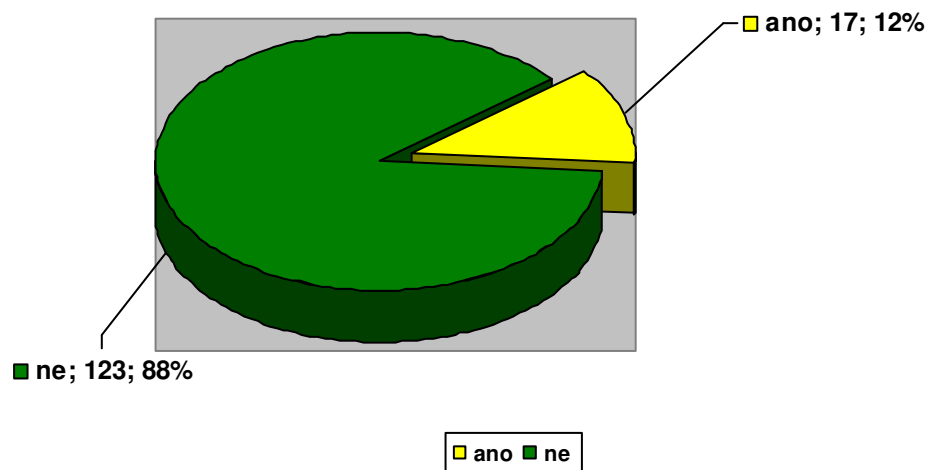


### **13. Omezovaly Vás obtíže s únikem moče v intimním životě ?**

a) ano

b) ne

Omezení v intimním životě



#### **Komentář**

88% žen nepocítovala omezení v intimní sféře, 12% žen uváděla obtíže v intimním životě.

#### **14. Omezovaly Vás obtíže s únikem moče v zaměstnání ?**

a) ano

b) ne



#### **Komentář**

86% pacientek udávalo, že je obtíže s únikem moče neomezovaly v zaměstnání, 14% respondentek uvedla ano. Možným vysvětlením může být, že 85% žen je již v důchodu.

### **15. Změnila jste kvůli úniku moče zaměstnání ?**

a) ano

b) ne

**Změna zaměstnání**

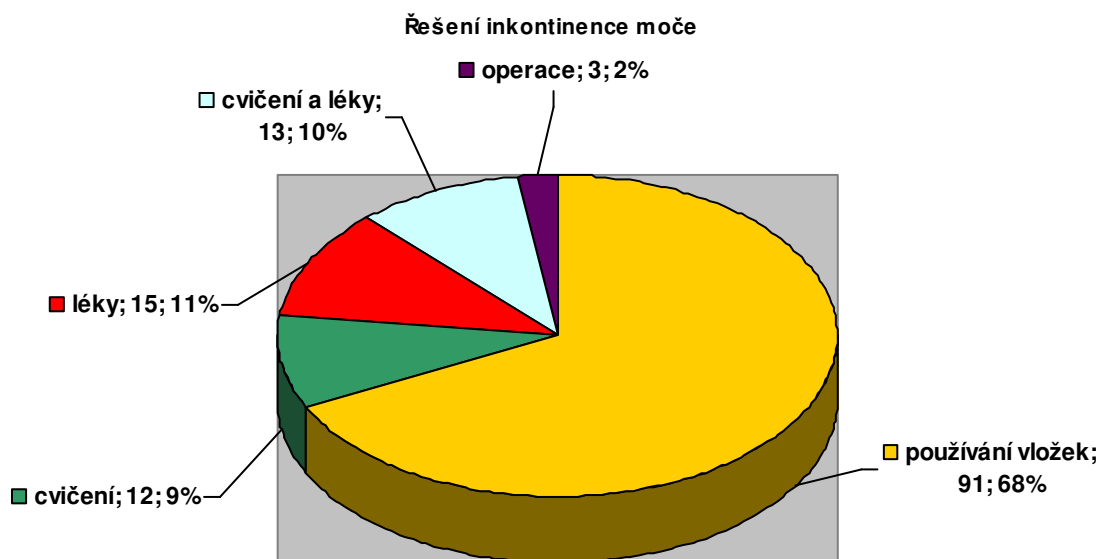


### **Komentář**

96% žen by nezměnilo zaměstnání kvůli úniku moče. 4% žen odpověděla ano.

## **16. Jakým způsobem řešíte potíže ?**

- a) používání vložek
- b) cvičení
- c) léky
- d) cvičení a léky
- e) operačně, typ operace



### **Komentář**

Z grafu vyplývá, že většina žen (68%) volí nejjednodušší způsob léčby tj. užívání vložek.

Cvičení – 9%

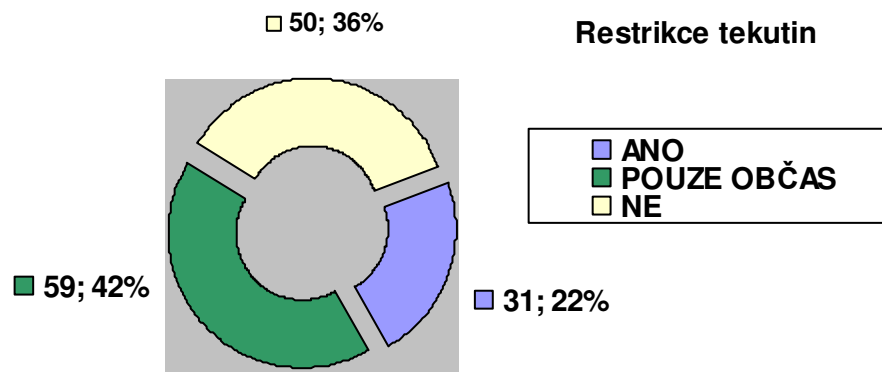
Léky – 11%

Cvičení a léky – 10%

Operace – 2%

### **17. Řešíte problém s únikem moče sníženým příjmem tekutin ?**

- a) ano
- b) pouze občas
- c) ne

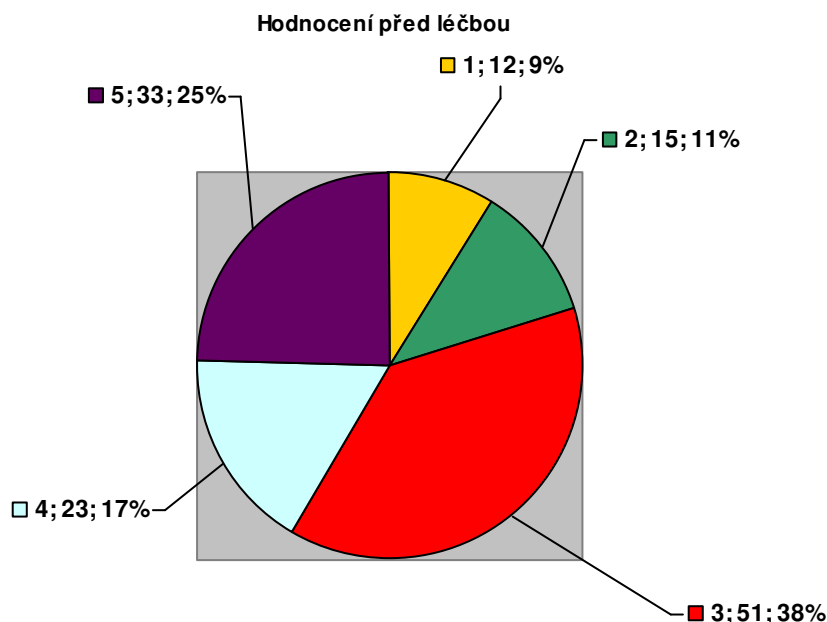


#### **Komentář**

22% žen řeší problémy s únikem moče sníženým příjmem tekutin, 42% řeší inkontinenci restrikcí tekutin pouze občas, 36% respondentek odpovědělo záporně.

**18. Označte Vaše obtíže s únikem moče stupněm 1 – 5: kdy 1 bez obtíží – 5 nesnesitelné obtíže . . . . . ( před léčbou )**

Průměrné hodnocení známkou 3,32

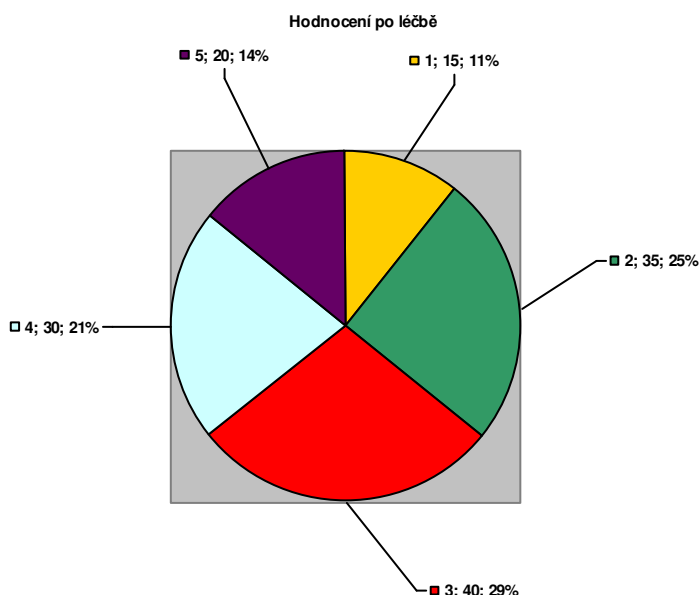


**Komentář**

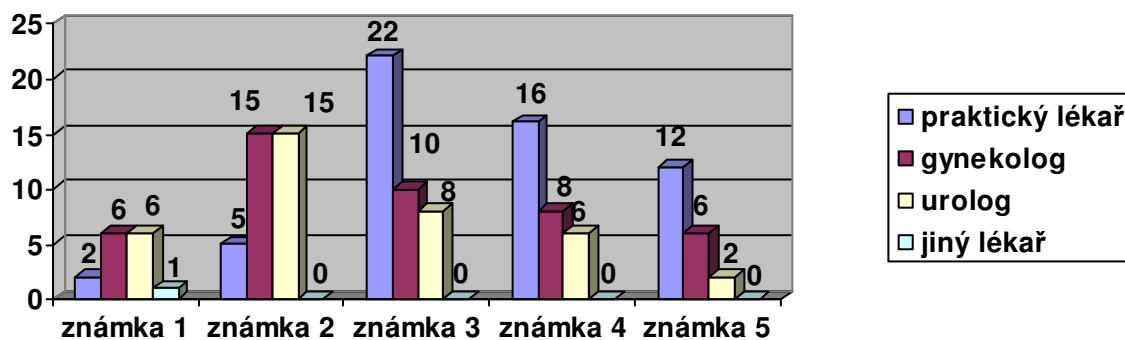
Z daného souboru vyplývá, že ženy, které hodnotily stupněm 3 (38%), stupněm 4 (17%) a stupeň 5 (25%) měly značné obtíže s únikem moče. Je tedy zřejmé, že pacientky přicházejí nejčastěji k lékaři se středními až těžkými obtížemi dle vlastního subjektivního hodnocení. Opět se nám potvrzuje fakt, že inkontinence moče ovlivňuje kvalitu života.

**19. Označte Vaše obtíže s únikem moče stupněm 1 – 5 : kdy 1 bez obtíží – 5 nesnesitelné obtíže . . . . . ( po léčbě ).**

Průměrné hodnocení známkou 2,56



**Spokojenost s léčbou - podle lékaře, který léčbu vedl**



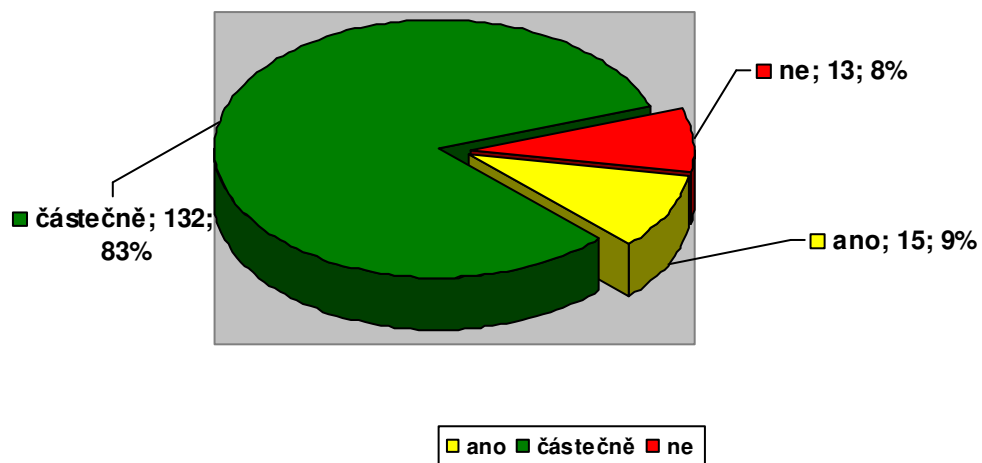
**Komentář**

Z grafu vyplývá, že pacientky léčené urologem a gynekologem udávaly výraznější zlepšení svých obtíží (25%). Žádné obtíže nemělo 11% žen. Stupněm 3 označilo 29% žen, stupněm 4 hodnotilo 21% žen. 14% žen udávala nesnesitelné obtíže i po léčbě.

## **20. Odpovídá výsledek léčby Vašim představám ?**

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

**Spokojenost s léčbou**



### **Komentář**

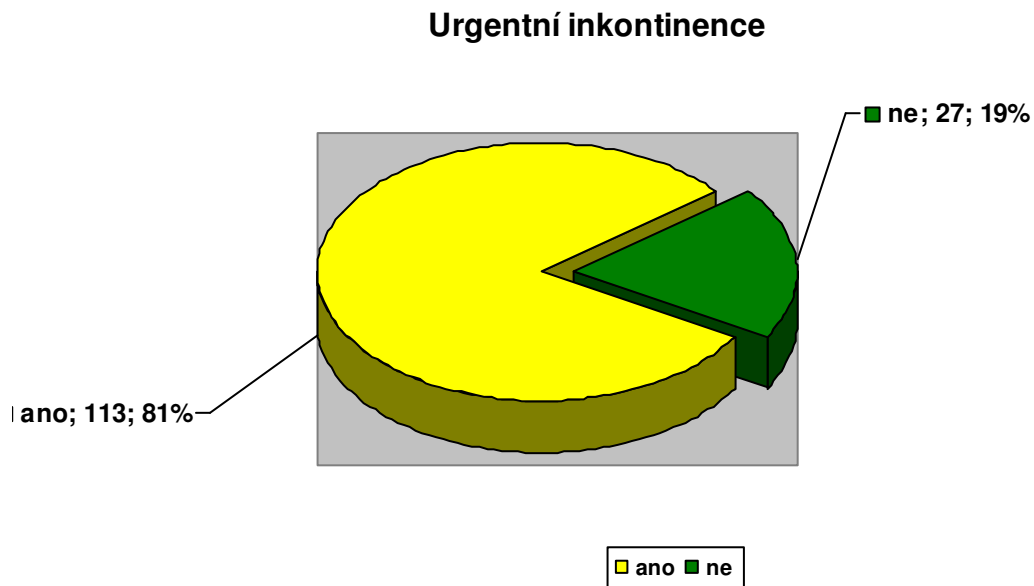
Většina respondentek byla s léčbou spokojena částečně (83%), 9% žen bylo s léčbou zcela spokojeno, 8% žen nespokojeno.



## **21. Trpíte únikem moče při silném nucení na močení ?**

a) ano

b) ne



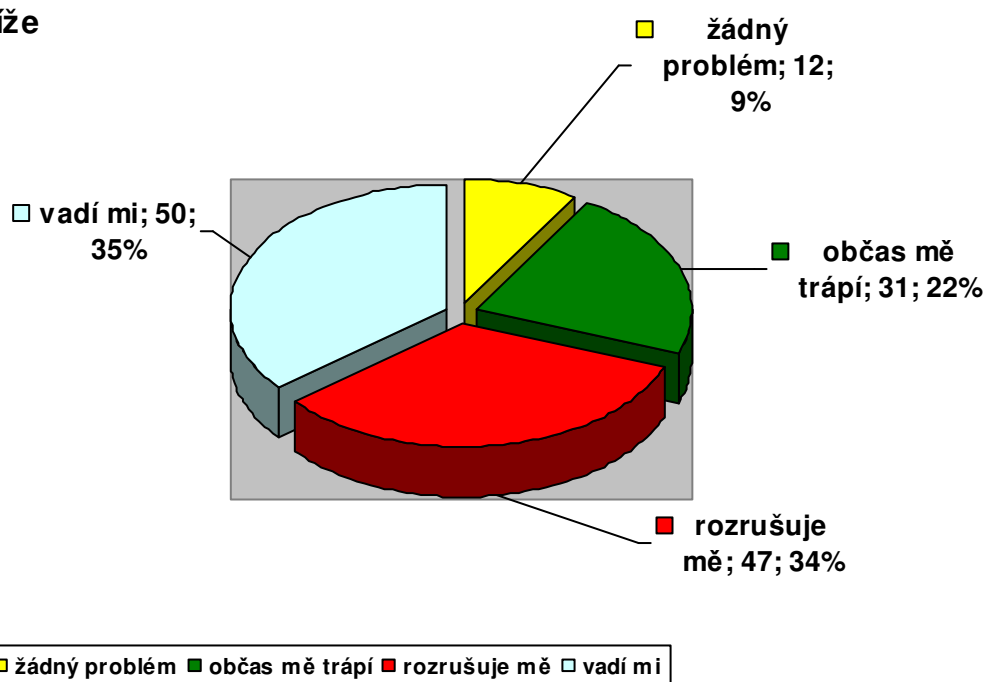
### **Komentář**

Na tuto otázku odpovědělo 81% respondentek ano. S přibývajícím věkem přibývá urgentní inkontinence a dochází k nechtěnému úniku moče bez fyzické námahy. 19% žen nemělo obtíže s únikem moče při silném nucení na močení.

## **22. Únik moče pro mne znamená:**

- a) žádný problém
- b) občas mne trápí
- c) silně mne rozrušuje
- d) značně mně vadí

### **Obtíže**



### **Komentář**

35% žen odpovědělo, že jim únik moče značně vadí.

34% žen odpovědělo, že je únik moče silně rozrušuje

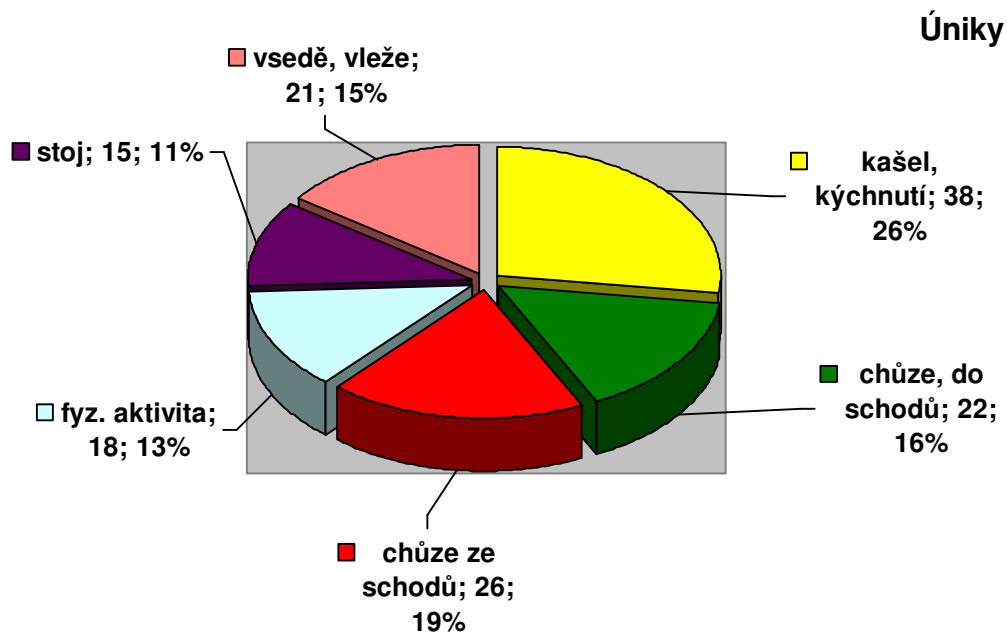
22% žen trápí únik moče jen občas

9% žen nemá žádný problém

Z průzkumu je zřejmé, že inkontinence značně ovlivňuje kvalitu života.

### **23. Při kterých situacích nechtěně uniká moč ?**

- a) při kašli a kýchnutí
- b) při chůzi nebo chůzi do schodů
- c) při chůzi ze schodů
- d) při zvýšené fyzické aktivitě (např. poskakování)
- e) ve stoji
- f) v sedu, vleže



#### **Komentář**

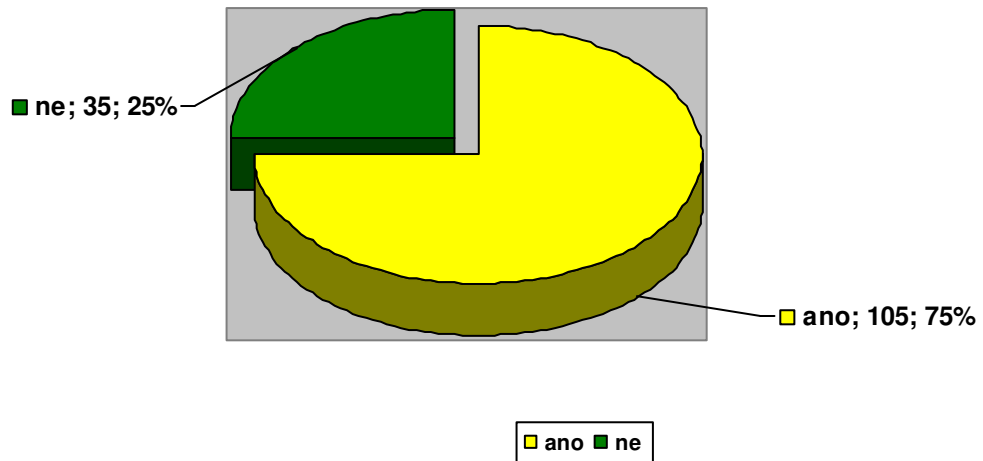
- 11% stoj
- 13% fyzická aktivita
- 15% vsedě, vleže
- 16% chůze do schodů
- 19% chůze ze schodů
- 26% kašel, kýchnutí

Seniorky trpí vysokým výskytem inkontinence. S přibývajícím věkem dochází k nechtěnému úniku moče při silném nucení tj. urgentní inkontinence.

## **24. Zaznamenala léčba pro Vás výraznou změnu Vašeho stylu života ?**

- a) ano
- b) ne

**Změna kvality života**

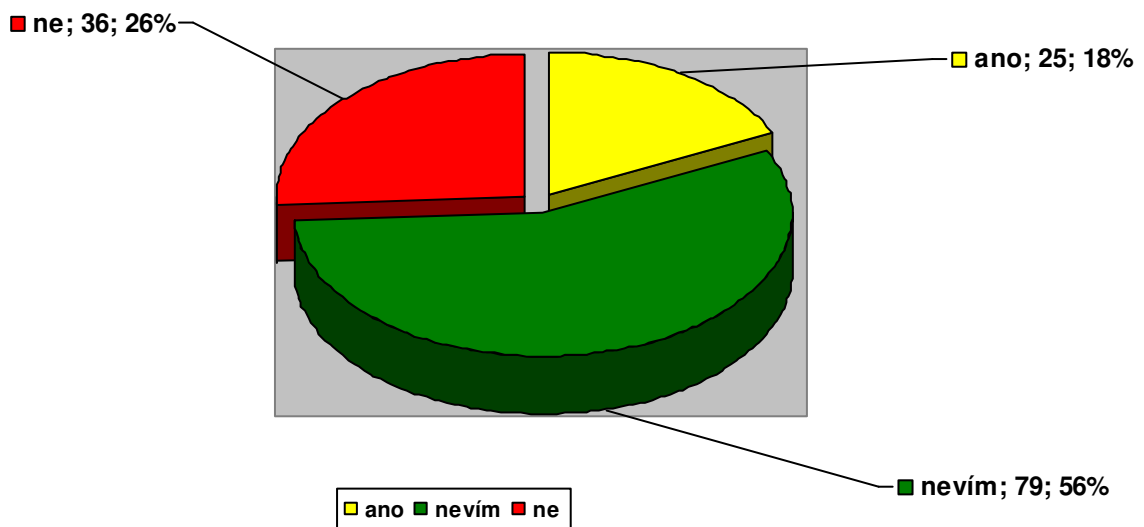


### **Komentář**

- 75% žen byla s léčbou spokojena
- 25% žen s léčbou spokojena nebyla

**25. Byla byste ochotna pro vyléčení výrazně ovlivnit Váš životní styl ?(např. přestat kouřit,výrazně zhubnout, pravidelně každý den cvičit )?**

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

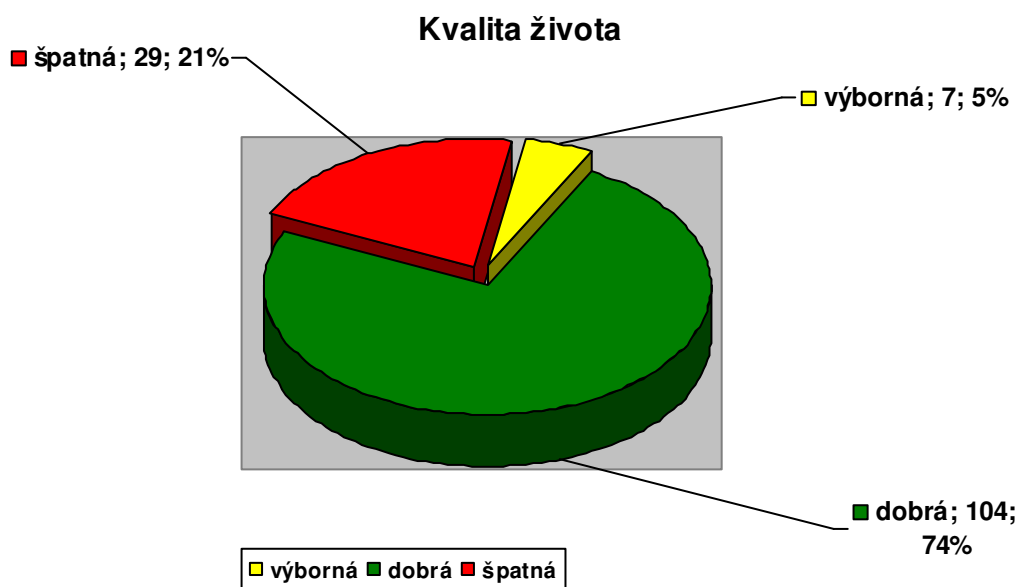


**Komentář**

18% žen byla ochotna pro úspěšnou léčbu změnit svůj životní styl. 56% respondentek neví, zda by byly ochotny změnit svůj životní styl. Existuje relativně velká skupina žen (26%), které by nebyly ochotné změnit svůj životní styl.

## **26. Kvalita Vašeho života – hodnocení**

- a) výborná
- b) dobrá
- c) špatná



### **Komentář**

74% žen uvedlo, že kvalita života je dobrá

21% žen uvedlo, že kvalita života je špatná

5% žen uvedlo, že kvalita života je výborná

Inkontinence moče do značné míry ovlivňuje kvalitu života.

### **3.4 Diskuze**

Na počátku empirické části jsem si stanovila 4 hypotézy, které se měly potvrdit nebo vyvrátit.

#### **Hypotéza č.1**

##### **- staré ženy nejsou dostatečně informovány o dané problematice**

Tato hypotéza předpokládala, že ženy nejsou dostatečně informovány o dané problematice. Hypotéza se potvrdila. O léčbě mělo dostatek informací jen 26% žen, což považuji za stále nedostačující počet. Je tedy velmi důležité zaměřit se na rizikovou skupinu žen a poskytnout jim dostatek informací o onemocnění a léčbě. Také by bylo přínosné, aby se lékař (gynekolog, urolog, praktický lékař) nebo sestra pečující o ženu na problém inkontinence dotazovali. Stále se prodlužující průměrná délka života způsobuje zvýšený výskyt inkontinence. U starších žen se inkontinence vyskytuje podstatně častěji než-li u žen středního věku. S nedostatečnou informovaností částečně souvisí i dlouhá doba od vzniku obtíží do doby návštěvy lékaře.

#### **Hypotéza č.2**

##### **- inkontinence moče, výrazně ovlivňuje kvalitu života**

Tato hypotéza předpokládala, výrazné ovlivnění kvality života. Hypotéza se potvrdila. Z průzkumu vyplývá, že únik moče výrazně rozrušoval a vadil 69% žen. 57% žen uvádělo částečné obtíže s únikem moče v běžném životě, v intimní sféře 12% žen. V zaměstnání omezovaly obtíže s únikem moče 14% žen, což mě zcela překvapilo. Možným vysvětlením může být, že 85% žen je již v důchodu. Některé seniorky (9%) považují inkontinenci za určitou daň stárnutí, se kterou jsou nuceny se naučit žít, i když mnohdy přináší nepříjemné, traumatizující, hygienické a sociální problémy.

### **Hypotéza č.3**

#### **- odlišná spokojenost žen s výsledkem léčby**

Tato hypotéza předpokládala spokojenost žen s výsledkem léčby. Tato hypotéza se potvrdila jen částečně. Z průzkumu vyplývá, že seniorky volí nejjednodušší a nejméně zatěžující způsob léčby - tj. užívání vložek, což není tak finančně nákladné. Z výzkumu vyplývá, že ženy čekají průměrně 4 roky a více od vzniku obtíží do okamžiku návštěvy lékaře, což má výrazný vliv na efekt léčby. Možným vysvětlením opožděné návštěvy lékaře může být i zhoršení sebeúcty (pocity studu, pocity vlastní nejistoty, bezmoci či selhání).

Problematikou inkontinence se zabývají praktičtí lékaři, ale zejména i odborní lékaři (gynekolog, urolog). Z dotazníků vyplývá, že každý specialista volí částečně odlišný způsob léčby. Gynekolog a urolog jsou schopni nabídnout všechny způsoby léčby, včetně operačního řešení inkontinence, kdy vhodně zvolený typ operace je nejefektivnějším způsobem léčby. Více spokojených patientek je v péči gynekologa a urologa, na rozdíl od těch, které jsou léčeny praktickým lékařem. Pokud léčba u praktického lékaře nedosahuje žádoucích výsledků, je nevyhnutelné tyto pacientky poslat do odborné ambulance.

### **Hypotéza č.4**

#### **- ženy jsou ochotné změnit svůj životní styl**

Tato hypotéza předpokládala, zda jsou ženy ochotné změnit svůj životní styl. Hypotéza se nepotvrdila. Je pravda, že pro vyřešení inkontinence je ochotno změnit svůj životní styl 18% žen, kdy bych předpokládala vyšší procento 86% dotazovaných odpovědělo neutrálně (nevím). Je pravděpodobné, že zvyšující se informovanost o inkontinenci a osvěta o zdravém způsobu života a jeho výhodách způsobí, že ochota změnit životní styl se objeví u více patientek.



### 3.5 Návrhy na řešení

1. Poskytovat ženám dostatek informací o zdravotním stavu, průběhu léčby a prognóze onemocnění, a tak eliminovat nežádoucí emoce – strach, nejistotu, pocity méněcennosti, bezmoci, zhoršení sebeúcty. V některých případech kontaktovat ženu s psychologem event. psychiatrem.

2. Prohloubit edukační činnost u inkontinentních starých žen a seznámit je s nabídkou hygienických pomůcek a možnostmi jejich předepsání lékařem. Důležitou součástí této edukace je aktualizace informací, pomoc při výběru vhodného druhu pomůcek, srozumitelné vysvětlení principu vydávání pomůcek a spolupráce s obvodním lékařem.

3. Zvýšit úsilí ve výchovně – preventivním působení, které může pomoci zmírnit některé projevy inkontinence:

- vyloučit kofein, alkohol, dráždivou stravu
- pobízet k tělesné aktivitě (plavání, lehká turistika)
- seznámit s cviky posilující svalstvo pánevního dna
- při projevech močové inkontinence navštívit co nejdříve lékaře

4. Odstraňovat, nebo alespoň minimalizovat rušivé faktory při vyšetřeních či ošetřeních, které prohlubují stud a psychické napětí mezi inkontinentními ženami a zdravotnickým personálem. Všechny nové a dostupné informace, týkající se technického vybavení a ošetřovatelských postupů, co nejrychleji aplikovat do praxe ve prospěch inkontinentních žen.

5. Zajistit trvale odbornou přípravu sester formou seminárních školení. Sestry by se měly snažit více vcítit do role inkontinentní ženy, jejich potřeb a pocitů.

6. Zefektivnit spolupráci sestry – inkontinentní starší žena – rodina.

Je důležité podotknout, že dobrá spolupráce praktických lékařů a ambulantních specialistů (zejména urologa a gynekologa) na léčbu močové inkontinence je nezbytnou podmínkou kvalitní léčby inkontinentních žen, které je v souladu s moderními trendy.

Nespokojenost s nabízenými léčebnými možnostmi a s jejich nedostatečnou účinností redukuje snahu pacientek po hledání úspěšného řešení. Je třeba přiznat, že inkontinence nemůže být často úplně vyléčena, ale každé ženě lze alespoň částečně pomoci, a tím zlepšit kvalitu jejího života. Na počátku 3. tisíciletí je proto nutné, abychom každé inkontinentní ženě uměli nabídnout možnost diagnostiky na specializovaném pracovišti a na základě výsledků z vyšetření doporučit adekvátní terapii. Je třeba neustále opakovat, že pomůcky pro inkontinenci problémy neléčí, ale pouze pomáhají zvládat situace, kdy i ta nejkvalitnější a nejlépe indikovaná léčba nemůže inkontinenci úplně odstranit. Zajistit trvale odbornou přípravu a pomoc sester formou seminárních školení se jeví jako velmi nutné a žádoucí.

Ouslander popisuje inkontinenci u starší populace, kde je zajímavá tendence i u žen starších 70 let, k aktivní léčbě inkontinence. Léčba pomocí inkontinentních pomůcek a vložek není u většiny uspokojivá. (Ouslander, 2000).

Dotazníky pro zjištění vlivu inkontinence na kvalitu života jsou důležitou metodou diagnostiky, která přináší nejen zajímavé, ale i důležité informace pro další terapii. Stejně jako v odborné literatuře, tak i v mém souboru, inkontinence značně ovlivňuje kvalitu života.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problematice kvality života inkontinentních seniorek.

Inkontinence není onemocnění závažné ani život ohrožující, zcela jistě je ale problémem snižující kvalitu života. Jasně to vyplývá z daného průzkumu. Každý ze zdravotníků by měl být schopen tento problém chápat a snažit se svým způsobem práce a přístupem k inkontinentním ženám tyto negativně působící faktory, které močová inkontinence přináší, minimalizovat.

Provedený výzkum byl spíše orientační, ale přesto byly získány zajímavé informace a podněty k dalšímu možnému rozpracování. Myslím, že by bylo velmi zajímavé srovnání pocitů rodiny a přátel, jak celou tuto situaci spolu s nemocnými prožívají. Výstupní data budou, jak doufám, zajímavá a přínosná i pro lékaře a zdravotní sestry, které se v této problematice pohybují. Avšak nejvíce je tato práce (a výsledky z výzkumu) určena nemocným ženám, kterým by mohla poskytnout cenné informace a pomoci jim vyrovnat se s nepříjemným problémem, kterou je inkontinence. Velkým přínosem je zpracování této práce i pro mne, neboť se s těmito pacientkami poměrně často setkávám ve své profesi.

## ANOTACE

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Autor:</b>         | Kršňáková Veronika   |
| <b>Instituce:</b>     | Ústav sociálního lékařství LF U v Hradci Králové<br>Oddělení ošetřovatelství |
| <b>Název práce:</b>   | Kvalita života inkontinentních senierek                                      |
| <b>Vedoucí práce:</b> | MUDr. Libor Zámečník, FEBU   |
| <b>Počet stran:</b>   | 90   |
| <b>Počet příloh:</b>  | 6  |
| <b>Rok obhajoby:</b>  | 2007   |
| <b>Klíčová slova:</b> | Inkontinence, kvalita života, pomůcky pro inkontinenci                       |

Bakalářská práce pojednává o problematice inkontinence moče u žen. Teoretickou část jsem věnovala anatomii dolních cest močových, fyziologii vyprazdňování a podrobněji popsala jednotlivé druhy inkontinence moče, její příčiny, léčbu i možnou prevenci. V empirické části jsem se pokusila zhodnotit, jak inkontinence moče ovlivňuje kvalitu života. Snahou bylo též zjistit, jak dlouhý byl časový interval, než se nemocné odhodlaly vyhledat odbornou pomoc a zda je dostatečná informovanost o inkontinenci a léčbě. Výzkum potvrdil, že je nutné poskytovat dostatek informací o této problematice a tím i eliminovat nežádoucí emoce. Prohloubit edukační činnost a zvýšit úsilí ve výchovně – preventivním působení. A v neposlední řadě se vcítit do role inkontinentní ženy, jejich potřeb a pocitů.

This bachelor dissertation deals with the problem of female incontinence. Theoretic part is devoted anatomy lower urinary tract, physiology discharging and detail described individual kinds of urinary incontinence, cause, treatment and prevention. In empiric part I felt to valorize how the urinary incontinence affects quality of life.

I also tried to find out how long was the time interval before the patient finds the medical help and if there is enough awareness about the illness and its treatment. My research confirmed the fact that it is important to improve education and have enough information available about this problem in order to identify the early symptoms and eliminate negative emotions. The most important is to improve understanding of women's feelings and needs and to (decrease) eliminate the embarrassment related to this problem.

## LITERATURA A PRAMENY

1. **BARTLOVÁ, S.** *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*, 2.vydání. Brno: IDVPZ, 2004. ISBN 80-7013-186-1
2. **BLAŽKOVÁ, G.** Kvalita žen s inkontinencí moče. Bakalářská práce obhájena na Lékařské fakultě v Hradci Králové v r. 2002. 36 s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
3. **BROŽÁK, M., NAVRÁTIL, P.** *Inkontinence moči II. Základní informace a způsob léčby*. Urologická klinika FN a LF UK, Hradec Králové, 2001. ISBN 80-7262-094-0.
4. **ČIHÁK, R.** *Anatomie 2*, 2.vydání. Praha: České tiskárny, s.r.o, Ráby 14, 2002. ISBN 80-247-0143-X
5. **DRAHORADOVÁ, P.** *Vývoj kvality života po urogynekologických operacích*, *Gynekologie*, 2004, roč. 69, č. 6, s. 506-510.
6. **HALAŠKA, M.** et.al. *Urogynekologie*, 1.vydání. Praha: Galén, 2004. 252 s. ISBN 80-7262-272-2.
7. **HALAŠKA, M.** *Inkontinence nemusí zhoršovat kvalitu života*, *Sociální péče*, 2004, roč. 5, č. 1, s. 6-9.
8. **HALAŠKA, M.** *Moderní operační přístupy v urogynologii*, *Lékařské listy*, 2004, č. 38, s. 8-13.
9. **HOLÝ, P.** *Ženské poruchy mikce: závažný sociální problém*, *Zdravotnické noviny*, roč. 53, č. 38, s. 20-22.
10. **HRABOVSKÁ, M.** *Moč – Inkontinence – Psychologie*, *Urologie pro praxi*, 2001, roč. 2, č. 4, s. 173-174.
11. **HOŘČIČKA, L.** *Kvalita života pacientek po operaci pro inkontinenci moče*, 2002, *Gynekologie*, roč. 11, č. 2, s. 73-74.
12. **HOŘČIČKA, L.** *Kvalita žen, gynekologie*, 2004, roč.69, č.4, s. 339-344.
13. **HOŘČIČKA, L.** *Kvalita života žen s močovou inkontinencí*, GONA spol. s.r.o, 2006. Dostupné z :

<http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky4.html>

14. **HEILBERUFE.** *Inkontinence – časté, ale řešitelné onemocnění*, Florence, 2006, roč. II, č. 2, s. 33-34.
15. **HRDÁ, I.** *Inkontinence moči TVT a TOT*, Sestra, 2007, č.2, s. 23-24.
16. **HNILICOVÁ, H., BENCKO, V.** *Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví*, Praktický lékař 2005, 85, č. 11, s. 656-660.
17. *Inkontinence moči ve stáří*, Věda pro praxi, 2000, Medicína č.8. Dostupné z : <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med/0800-222.html>  
<http://www.incoforum.cz/rady.html>
18. Int. Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007 Apr; 18(4, 423-9. Epub 2006 Jul 26.
19. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o, 2002. ISBN 80-247-0179-0
20. **KLEVETOVÁ, D.** *Péče o inkontinentní ženy*, Sestra, 2004, roč. 14, č. 1, s.18-20.
21. **KRHUT, J.** *Farmakologická léčba stresové inkontinence*, Urologie pro praxi, 2006, č. 2, s. 52-54.
22. **MARTAN, A.** *Novinky v léčbě inkontinence moči u žen*, Sestra, 2005, č. 8, s. 8-9.
23. **MARTAN, A.** *Inkontinence moči u žen*, Florence, 2006, roč.II, č. 12, s. 27-3.
24. **MARTAN, A.** et.al. *Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba*, Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-076-3 .
25. **MORÁVEK, P.** et.al. *Základy urologie pro studující medicíny*, 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2001. 142 s. ISBN 80-246-0209-1.
26. **MARENČÁK, J.** *Súčasný stav výskytu, diagnostiky a léčby urgentnej inkontinencie moču*, Urologie pro praxi, 2006, č.3, s. 112-116.
27. **POKORNÁ, M.** *Problematika předpisu pomůcek pro inkontinenci*, Rev. Posud.Lék., roč.7, č.1, s. 10-11.

28. **TOPINKOVÁ, E.** *Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence*, Zdravotnické noviny, 2002, roč. 51, č. 14, s. 18-22.
29. **VOKURKA, M., HUGO, J.** et.al. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-037-2.
30. **VYMĚTAL, J.** *Úvod do psychoterapie*, 1.vydání, Praha, Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0253-
31. **VYMĚTAL, J.** *Obecná psychoterapie*, 1. vydání, Praha, Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0723-3
32. **ZÁMEČNÍK, L.** *Vaginální suspenze podle Raze – čtyřleté zkušenosti*, Endoskopie, 1998, roč. 7, č.4, s. 72-74.
33. **ZVARA, J., KUČERA, J.** et.al. *Klinická urológia*. Osveta Martin, 1990, s. 359-365, 80-217-0119-6
34. **ZRUBCOVÁ, D.** *Ošetrovatelský proces u seniorů s močovou inkontinencí*, Sestra, 2007, č. 1, s. 40-41.
35. **ZIKMUND, J.** *Inkontinence moči u žen*, 1.vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2001. 132 s. ISBN 80-246-0164-8.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| Příloha č.1 | Dotazník                     |
| Příloha č.2 | „Nové“ slingy – pásky – sítě |
| Příloha č.3 | TVT, TVT-O                   |
| Příloha č.4 | TVT-S                        |
| Příloha č.5 | Reparace prolapsů sítě       |

## **ANKETNÍ DOTAZNÍK**

Dotazník je zaměřen na problematiku inkontinence (samovolný únik moče) u žen a její vliv na kvalitu života.

Vážená paní,

Dovolte, abych Vás požádala o spolupráci. Jsem studentkou IV.ročníku bakalářského studia Univerzity Karlovy a dokončuji svou závěrečnou práci na téma : Kvalita života inkontinentních seniorek. Ráda bych zjistila Vaše zkušenosti a názory na tuto problematiku. Cílem dotazníku je zjistit účinnost léčby inkontinence. Prosím Vás o zakroužkování odpovědi se kterou se ztotožňujete.

Anketa je dobrovolná a anonymní a výsledky z ní budou použity pouze pro účely závěrečné bakalářské práce.

Děkuji Vám za ochotné vyplnění dotazníku, poskytnuté informace pro mě budou nesmírně přínosné.

V Praze dne . . . . .

Veronika Kršňáková

VFN – Urologická klinika, Praha

**1. Věk. . . . . ( let )**

**2. Dosažené vzdělání:**

- a) základní
- b) střední
- c) vyšší

**3. Zaměstnání:**

- a) plný úvazek
- b) částečný úvazek
- c) důchod

**4. Vykonávané zaměstnání:**

- a) sedavé
- b) středně namáhavé,
- c) fyzicky značně namáhavé

**5. Počet dětí narozených spontánním porodem ( ne císařský řez )  
0,1,2,3 a více ?**

**6. Jak dlouho máte potíže s nechtěným únikem moče ( roky ) ?**

- a) 1 a méně,
- b) 3,5,7,10 a více

**7. K nechtěnému úniku moče dochází ?**

- a) spíše přes den
- b) často i v noci
- c) 1x měsíčně
- d) 1x týdně
- e) 1x denně
- d) několikrát denně

**8. Jak dlouho trvaly Vaše obtíže než jste šla k lékaři: . . . . . let ?**

9) Na jakého lékaře jste se obrátila s únikem moče nejdříve ?

- a) obvodní lékař
- b) gynekolog
- c) urolog
- d) jiný lékař

**10. Měla jste dostatek informací o možnostech léčby ?**

- a) ano
- b) ne

**11. Pokud ano, kdo Vám tyto informace poskytl . . . . .**

**12. Omezovaly Vás obtíže s únikem moče v běžném životě ?**

- a) ano výrazně
- b) ano částečně
- c) ne

**13. Omezovaly Vás obtíže s únikem moče v intimním životě ?**

- a) ano
- b) ne

**14. Omezovaly Vás obtíže s únikem moče v zaměstnání ?**

- a) ano
- b) ne

**15. Změnila jste kvůli úniku moče zaměstnání ?**

- a) ano
- b) ne

**16. Jakým způsobem řešíte potíže ?**

- a) používání vložek
- b) cvičení
- c) léky
- d) cvičení a léky
- e) operačně, typ operace . . . .

**17. Řešíte problém s únikem moče, sníženým příjmem tekutin ?**

- a) ano
- b) pouze občas
- c) ne

**18. Označte Vaše obtíže s únikem moče stupněm 1 – 5:** kdy 1 bez obtíží – 5 nesnesitelné obtíže . . . . . ( před léčbou ).

**19. Označte Vaše obtíže s únikem moče stupněm 1 – 5 :** kdy 1 bez obtíží – 5 nesnesitelné obtíže . . . . . ( po léčbě ).

**20. Odpovídá výsledek léčby Vašim představám ?**

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

**21. Trpíte únikem moče při silném nucení na močení ?**

- a) ano
- b) ne

**22. Únik moče pro mne znamená**

- a) žádný problém
- b) občas mne trápí
- c) silně mne rozrušuje
- d) značně mně vadí

**23. Při kterých situacích nechtěně uniká moč ?**

- a) při kašli a kýchnutí
- b) při chůzi nebo chůzi do schodů
- c) při chůzi ze schodů
- d) při zvýšené fyzické aktivitě (např. poskakování)
- e) ve stoji
- f) v sedu, vleže

**24. Zaznamenala léčba pro Vás výraznou změnu Vašeho stylu života ?**

- a) ano
- b) ne

**25. Byla byste ochotna pro vyléčení výrazně ovlivnit Váš životní styl ( např. přestat kouřit, výrazně zhubnout, pravidelně každý den cvičit ).**

- a) ano
- b) nevím
- c) ne

**26. Kvalita Vašeho života – hodnocení**

- a) výborná
- b) dobrá
- c) špatná

„Nové“ slingy – pásky - síťky

**GYNEMESH™PS**

„Nové“ slingy – pásky - síťky

**TDA**  
Teufe Development Associates, Inc. ♦ 44 Herman Boulevard ♦ Franklin Square, New York 11010 USA ♦ +1 (516) 358-7070 ♦ www.tdadev.com

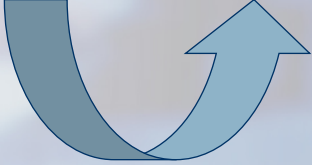
**POLYPROPYLENE MONOFILAMENT KNITTED MESH**


| Style | Image | Pore Size<br>mm (in)       | Burst<br>Strength<br>kPa (PSI) | Break<br>Strength<br>N (lbs) |             | Break<br>Elongation<br>(%) |     | Thickness<br>mm (in) | Areal<br>Density<br>g/m <sup>2</sup><br>(oz/yd <sup>2</sup> ) |
|-------|-------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------|----------------------------|-----|----------------------|---|
|       |       |                            |                                | MD                           | CMD         | MD                         | CMD |                      |   |
| PPM-1 |       | 1.0 X 1.0<br>(.039 X .039) | 945<br>(137)                   | 489<br>(110)                 | 369<br>(83) | 68                         | 147 | 0.70<br>(.028)       | 118<br>(3.5)  |
| PPM-3 |       | 1.0 X 1.0<br>(.039 X .039) | 986<br>(143)                   | 258<br>(58)                  | 378<br>(85) | 200                        | 86  | 0.58<br>(.023)       | 80<br>(2.4)   |
| PPM-5 |       | 1.4 X 1.2<br>(.055 X .047) | 648<br>(94)                    | 271<br>(61)                  | 209<br>(47) | 92                         | 132 | 0.38<br>(.015)       | 54<br>(1.6)   |

DISCLAIMER: The information supplied in this document is for guidance only and should not be construed as a warranty. All implied warranties are expressly disclaimed, including without limitation any warranty of merchantability and fitness for use. All users of the material are responsible for assuring that it is suitable for their needs, environment and end use. All data is subject to change as TDA deems appropriate.

# Slingy

- organické materiály
  - autologní (homologní)
    - **přímé svaly břišní**
    - **fascia lata**
  - heterologní
    - **lyodura**
- syntetické materiály
  - **Gore-tex**



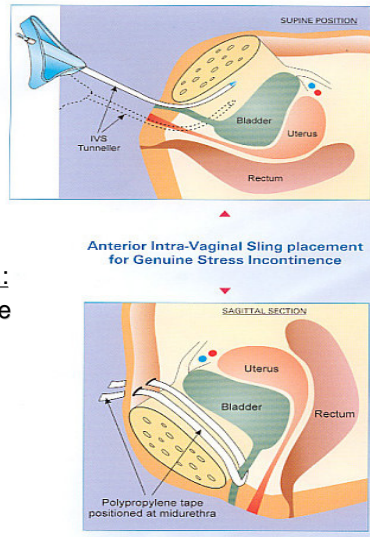


9

# IVS – intravaginal sling

- Multi-filamentní polypropylenový materiál

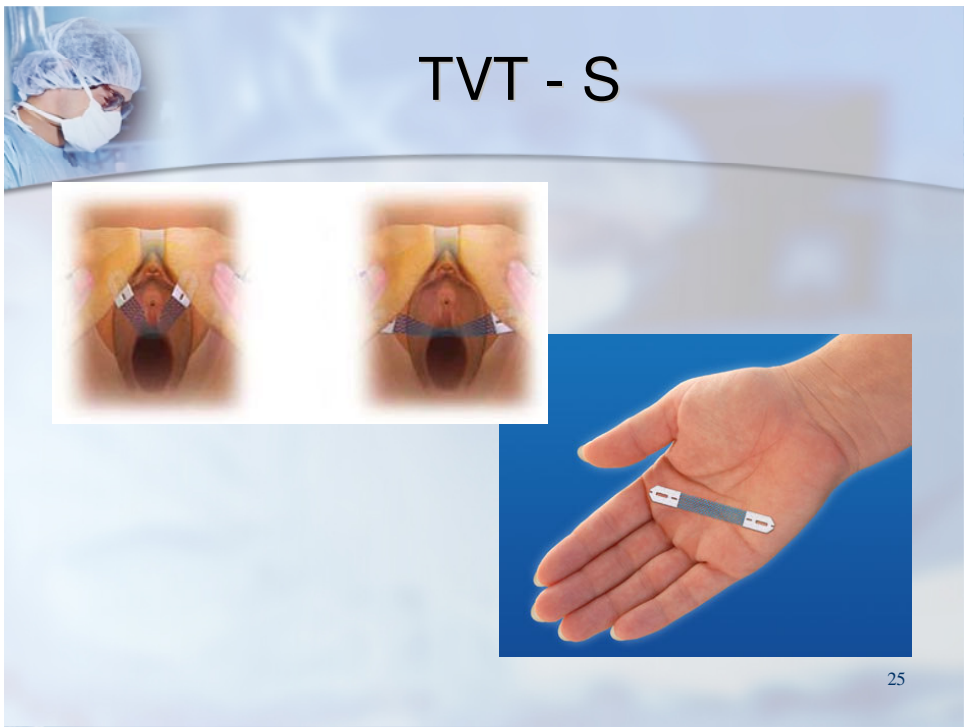
Siegel AL, Kim M, Goldstein M, Levey S, Ilbeigi P.:  
 High incidence of vaginal mesh extrusion using the intravaginal slingplasty sling.  
*J Urol.* 2005 Oct;174(4 Pt 1)



# TVT

# TVT-O

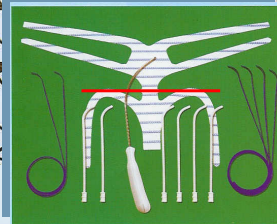
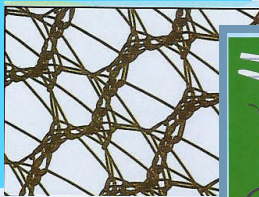






# Reparace prolapsů - sítky

- **systém PROLIFT™ (J&J) –** rekonstrukce pánevního dna
- **GYNE MESH™PS - SoftProlene**
- **monofilamentní prolénová tkanina,** velké póry
- **pružnější než klasický polypropylen** PROLENE™



**GYNECARE ROLIFT systémy – Evoluce v rekonstrukci pánevního dna**

GYNECARE PROLIFT je nový, moderní systém, který využívá techniku TVM (TransVaginal Mesh – transvaginální zavedení sítky) a je připraven k použití buď pro komplexní rekonstrukci pánevního dna nebo pro rekonstrukci předního nebo zadního kompartmentu.

**Moderní konstrukce...**

**Anatomicky tvarované zavaděče**  
Konstruované tak, aby se zajistil přístup k anatomicky významným strukturám a usnadnilo se umístění kanylí.  
• Zafixování nástroje podle anatomických potřeby umožňuje optimální přístup k sakrospinóznímu vazů a k arcus tendineus fasciae pelvis.

**Protahovací smyčky**  
Naučeno pro snadné zavedení sítky na určené místo.

**Kanyly**  
Vyrobené z plastické hmoty s nízkým koeficientem tření, což minimalizuje traumatické účinky při zavádění pásčích implantátů.  
• Tímto s předevním zařizováním usnadňuje protahovací smyčkou uchopit pásčích implantátů.

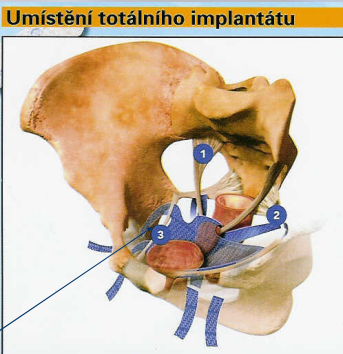
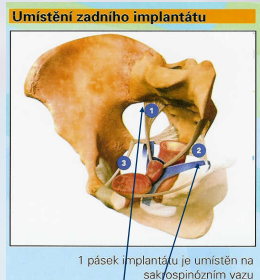
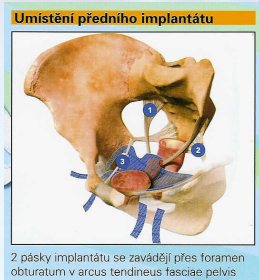
**GYNECARE GYNE MESH™PS – implantát z měkké sítky z neabsorbovatelného PROLENE®**

Jeden vaz pro několik typů operací.  
• Zorní široké pásčích navržené tak, aby zaručily maximální účinnost léčby.  
• Kulaté, tvarované a trojúhelníkové zakončení pásčích pro lepší orientaci sítky.



# Reparace prolapsů - sítky

- **systém PROLIFT™ (J&J) – rekonstrukce pánevního dna**



- 1 Sakrouterinní ligamentum
- 2 Sakrospinózní ligamentum
- 3 Arcus tendineus fasciae pelvis