

7 Inkontinence



Po prostudování kapitoly byste měli být schopni

- **definovat inkontinenci moči, pojednat o jejím výskytu v populaci**
- **vysvětlit podstatu urgentní a stresové inkontinence a její příčiny**
- **vyjmenovat nefarmakologická opatření prevence a léčby inkontinence moči**
- **charakterizovat principy farmakologické léčby**
- **definovat inkontinenci stolice a mít představu o jejím výskytu v populaci**
- **vysvětlit podstatu inkontinence stolice**
- **vyjmenovat režimová opatření k řešení důsledků inkontinence stolice**



Klíčová slova: inkontinence moči, urgentní inkontinence, stresová inkontinence, smíšená inkontinence, ischuria paradoxa, reflexní inkontinence, bladder drill, inkontinence stolice, paradoxní průjem, gastrokolický reflex

7.1 Inkontinence moči

Definice: Stav nedobrovolného úniku moči, který představuje medicínsko-psychologický a sociálně-hygienický problém. Údaje o výskytu i močové inkontinence se velmi různí podle metody výzkumu, zkoumané populace, etnika apod. – jednotlivé údaje kolísají mezi 20-63% seniorů, častěji žen. Průměrně tedy postihuje inkontinence až 40% starších nemocných a vždy je pro ně faktorem podstatně zhoršujícím kvalitu jejich života. První problémy s inkontinencí pociťuje každá pátá žena již okolo 45. Roku věku.

Etiologie: se zvyšujícím se věkem dochází ke zmenšení elasticity močového měchýře, snížení jeho kapacity, dále k poklesu síly svěrače uretry, zvýšení dráždivosti detruzoru a obecně snížení odolnosti vůči ostatním nepříznivým vlivům. Ke vzniku inkontinence přispívají faktory gynekologické – descensus uteri, urologické – chronické záněty dolních močových cest, neurologické – autonomní neuropatie u diabetu, u Parkinsonovy choroby, po míšních traumatech, při roztroušené mozkomíšni skleróze. U mužů je častou příčinou inkontinence benigní hyperplazie prostaty či stavy po operačních výkonech na prostatě. Ženy, které rodily přirozenými cestami, trpí inkontinencí častěji. Také další choroby jako je deprese či delirantní stavy, nebo medikace - užívání diuretik, antidepresiv, vápníkových antagonistů apod. podporují vznik poruch kontinence. Přítomnost chronické močové infekce existující inkontinenci zhoršuje, akutní močová infekce může způsobit přechodnou inkontinenci, která po přelčení infektu mizí.



7.1.1 Typy inkontinence



Stresová inkontinence – únik moči při zapojení břišního lisu - stlačení měchýře (smích, kašel, kýčání, zvedání břemen), je častější u žen, příčinou je oslabení svalů pánevního dna vedoucí k poklesu dělohy, tím dochází ke změně průběhu uretry a nižší efektivitě uretrálního uzávěru.



Urgentní inkontinence – zvýšená dráždivost močového měchýře v mechanické nebo sensorické složce, imperativní nucení na močení s rizikem neudržení moči, je častější u mužů. Principem vzniku je zvětšení prostaty nejčastěji nahoru proti dnu močového měchýře. Tím dojde ke změně polohy ústí uretry také směrem nahoru, což znamená ztrátu schopnosti dokonalého vyprázdnění měchýře při mikci. Může být doprovázena pocitem trvalého tlaku v podbřišku.

U obou pohlaví je ve třetině až polovině případů etiologie smíšená. **Ischuria paradoxa** – přetékání (odkapávání) moči z močového měchýře při jeho přeplnění vlivem močové retence či při zúžení uretry. **Reflexní inkontinence** – po vyřazení funkce mikčního centra po úraze, traumatu, mozkové příhodě, při Alzheimerově chorobě. Na aktuálním klinickém obrazu se mohou podílet dané druhy různou měrou – **smíšená inkontinence**.

7.1.2 Příznaky a diagnostika

Příznaky: mimovolní únik moči za situací podle druhu inkontinence, znečišťování prádla, urinózní zápach šatstva i okolních předmětů – židle, lůžko. Nemocní se často za inkontinenci stydí a tají ji. Při ischuria paradoxa bolesti za stydkou sponou pro přeplnění měchýře, pocit nemožnosti močit.

Diagnostika: subjektivní údaje obvykle zjišťujeme kromě přímé anamnézy pomocí standardizovaných dotazníků, jejichž vyhodnocení přímo zařadí nemocného podle kategorie závažnosti. Obvykle zjišťujeme, zda byl vznik inkontinence vznik náhlý nebo pozvolný, zda závisí na **nitrobřišním tlaku** či na denní době, **jaké množství moči** uniká. Při vyhodnocení okolností vzniku inkontinence musíme zvážit také současnou medikaci, přítomnost omezení hybnosti, a tedy snížení dostupnosti toalety. Schopnost kontinence zhoršuje přítomnost deprese či delirantních stavů a významným faktorem jsou také předchozí gynekologická, chirurgická a neurologická onemocnění.

Při fyzikálním vyšetření zevního genitálu pátrat po příznacích **descenzu**, malformací zánětlivých afekcí či nádorech, vyšetření per rectum, per vaginam, standardizovaný test metodou vážení vložek u žen, vyšetření moči chemicky, vyšetření močového sedimentu, bakteriologické vyšetření moči včetně Kochova bacilu, vyšetření PSA u mužů, sonografie ledvin a vývodných močových cest, funkční sonografie pomocí transperineální sonografie, stanovení postmikčního rezidua a dráždivosti svaloviny močového měchýře, urodynamické vyšetření, cystoskopie, kalibrace uretry, pro stanovení stresové inkontinence zakašláni ve stoje rozkročmo a s pokrčenými koleny.

Diff. dg.: vždy nutno vyloučit, případně řešit podíl infekce, podíl podávané medikace.

7.1.3 Léčba

pokud byla nalezena možná příčina zhoršující inkontinenci, vždy ji řešit, nejčastější bývá podíl močové infekce. Provéřit podávanou medikaci a zvážit podávání rizikových léků.



Z nefarmakologických přístupů je u inkontinence urgentní i stresové důležitá úprava režimu příjmu tekutin – popíjet častěji po menších množstvích – a dodržovat pravidelné intervaly močení vždy ve dvouhodinových intervalech. U urgentní inkontinence omezit dráždivá jídla a tekutiny, nepít nápoje obsahující alkohol a kofein. Dále je vhodný při imperativním nucení **nácvik zadržetí močení** – zastavit, zhluboka dýchat a vůlí přemoci nucení. U stresové inkontinence je nutná **gymnastika pánevního dna** – volní kontrakce řitního svěrače 5x po 5 sec s 20sec relaxací mezi jednotlivými stahy, opakovat ve dvouhodinových intervalech spolu. Významný je i trénink močového měchýře – **bladder drill** s nácvikem stereotypu močení vždy po dvou hodinách bez ohledu na aktuální nucení. Ke zlepšení výsledku je vhodné intenzitu stahu kontrolovat prstem zavedeným do konečníku (zpětná vazba – biofeedback). Při ischuria paradoxa nutno nemocného vždy vycévkovat a řešit příčinu inkontinence.

Farmakologická léčba – při urgentní inkontinenci parasymptolytika – propiverin (Mictonorm, Mictonetten), oxybutin (Uroxal, Ditropan), tolterodin (Detrusitol), betamimetika, alfalytika, α_1 – blokátory – alfuzosin (Xatral), tamsulosin (Omnic), terazosin (Hytrin, Kornam), inhibitory prostaglandinů, analogy vasopressinu, lokální anestetika vesikálně atd.

Léčba hypoaktivního detrusoru - farmakologická – parasymptomimetika, intermitentní katetrizace MM, autokatetrizace, operační léčba – implantace stimulačních elektrod, stimulace – elektrody na podbřišek

Léčba hypoaktivního uretrálního uzavíracího mechanismu u mužů - farmakoterapie – alfamimetika, betalytika. kondomový urinal, punkční epicystostomie, permanentní uretrální katetr, operační techniky – plastiky uretry, implantace umělého svěrače (manžeta okolo kořene uretry, rezervoár, pumpa)

Léčba hypoaktivního uretrálního uzavíracího mechanismu u žen - léčba nechirurgická - hormonální preparáty, rehabilitace – cvičení pánevního dna, vaginální stimulace, alfamimetika, betalytika, anticholinergika, Ca blokátory, antidepressiva – relaxace detrusoru a tonizace příčně pruhovaného svalstva uretry, inhibitory prostaglandinů, elektrostimulace, protetická léčba – pleny, vložky

Léčba chirurgická - závěsné suprapubické operace – vezikopexie (i laparoskopicky), vaginální operace (jehlové závěsy, kolpoplastiky), TVT pásy (tension free vaginal tape), transuretrální injekce teflonu, silikonu, kolagenu, tuku, umělý svěrač uretry



Obecně lze říci, že do péče geriatra spadá terapie inkontinence při močové infekci a řešení akutních stavů jako je retence močová či ischuria paradoxa. Ostatní typy inkontinence je vhodné řešit ve spolupráci s urologií či gynekologií.

Cílem péče o inkontinentní z ošetrovatelského hlediska je bránit maceraci pokožky a vzniku dekubitů, zlepšit kvalitu života inkontinentních, posílit lidskou důstojnost, u mobilních umožnit sociální aktivity.

Důležitý je výběr vhodných inkontinenčních pomůcek, které dělíme na - **savé** – plenkové kalhotky, vložky, pleny, **sběrné** – sběrné sáčky, urinály, **obstrukční** – inkontinenční svorka pro muže.

Nemocného je vždy třeba důsledně obeznámit s možnostmi **použití a druhy pomůcek** pro inkontinentní (úhrady, absorpční kapacita apod.), s pravidly péče o permanentní katetr (péče o cévku samotnou, druhy a použití svodného systému apod.) a s pravidly péče o atonie (péče o okolní kůži, o vlastní vstup atd.)

7.2 Inkontinence stolice

Definice: mimovolní nekontrolovatelný a nezvládnutelný únik stolice.

Etiologie: k inkontinenci vede nejčastěji paradoxně zpomalení pasáže GIT, naplnění rekta tuhou stolicí s nemožností se vyprázdnit a obtékáním této překážky řidší stolicí, další příčinou mohou být kolorektální afekce – nádory rekta a anu, hemoroidy, fisury anu, poruchy svěrače anu (stenózy, ruptury), onemocnění spojená s průjmem. Z neurologických příčin přichází v úvahu diabetická neuropatie, stavy po CMP, Parkinsonova choroba, Alzheimerova demence, řidčeji onemocnění míchy či periferních nervů. Psychosociální a behaviorální příčiny – inkontinence při depresi, demenci či nedostupnosti toalety. Sekundárně může inkontinence stolice vzniknout při chirurgických (prolaps rekta, stavy po úrazech pánve) či gynekologických onemocněních.

Příznaky: mimovolní odchod stolice v různém množství, fekální zápach v okolí nemocného, jeho šatstva i prostředí v domácnosti.

Diagnostika: anamnéza subjektivní - zjištění okolností defekace, pátrání po depresi, demenci. začátek, trvání, frekvence, patologické příměsi, bolest, zjištění příčiny inkontinence, vyšetření břicha, p.r., senzitivita perinea, klidový tonus svěrače, síla volní kontrakce, přítomnost stolice, rektoskopie, pokud je indikována, kolonoskopie, bakteriologické vyšetření při průjmech, sonografie, RTG, gynekologie, laboratorní screening kontrola farmakoterapie – železo, anodyna, diuretika, anticholinergika, Ca blokátory

Diff. dg.: organické příčiny gastrointestinální, příčiny psychické, sociální.

Léčba: u paradoxního průjmu při zácpě metody změkčující stolici – glycerinové čípky, laktulóza, dostatek tekutin, při neúspěchu klysmata, někdy i opakovaně. Při neurogenních příčinách reflexní navození defekace využitím mechanického dráždění glycerinovým čípkem v období snídaně (využití gastrokolického reflexu), případně pravidelné vysazování na mísu nebo klozetové křeslo.

U všech typů inkontinencí dbát na dobrou dostupnost toalety a prověřit adekvátní stupeň soběstačnosti nemocného z hlediska dosažení a použití WC a následné očisty.

Shrnutí kapitoly.

Inkontinence je stav nedobrovolného úniku moči. Průměrně inkontinence až 40% starších nemocných a vždy je pro ně faktorem podstatně zhoršujícím kvalitu jejich života. Příčinou jsou nejčastěji faktory gynekologické – descensus uteri, urologické – hyperplázie



prostaty, chronické záněty dolních močových cest, neurologické – autonomní neuropatie u diabetu, u Parkinsonovy choroby, po míšních traumatech, při roztroušené mozkomíšní skleróze. U obou pohlaví je ve třetině až polovině případů etiologie smíšená. Ischuria paradoxa – přetékání (odkapávání) moči z močového měchýře při jeho přeplnění vlivem močové retence či při zúžení uretry. Reflexní inkontinence – po vyřazení funkce mikčního centra po úraze, traumatu, mozkové příhodě, při Alzheimerově chorobě. Diagnosticky je nutno věnovat pozornost potvrzení či vyloučení všech možných příčin. Z hlediska léčby je nutno využít všech možných modalit nefarmakologické léčby, protože farmakoterapie inkontinence se dostává do mnoha interakcí se souběžně probíhajícími chorobami a jejich léčbou.

Inkontinence stolice je mimovolní nekontrolovatelný a nezvládnutelný únik stolice. K inkontinenci vede nejčastěji paradoxně zpomalení pasáže GIT, naplnění rekta tuhou stolicí s nemožností se vyprázdnit a obtékáním této překážky řidší stolicí, další příčinou mohou být kolorektální afekce – nádory rekta a anu, hemoroidy, fisury anu, poruchy svěrače anu (stenózy, ruptury), onemocnění spojená s průjmem. Podílet se mohou i faktory zevní a behaviorální. Při léčbě či zmírnění následků inkontinence stolice lze využít režimových opatření a úpravy zevního prostředí.



Otázky a úkoly.

1. **Definujte inkontinenci moči, pojednat o jejím výskytu v populaci**
2. **Vysvětlete podstatu urgentní a stresové inkontinence a její příčiny**
3. **Vyjmenujte nefarmakologická opatření prevence a léčby inkontinence moči**
4. **Charakterizujte principy farmakologické léčby**
5. **Definujte inkontinenci stolice a mít představu o jejím výskytu v populaci**
6. **Vysvětlete podstatu inkontinence stolice**
7. **Vyjmenujte režimová opatření k řešení důsledků inkontinence stolice**

Doporučená literatura:

Matoušková M. Praktická urologie v kasuistikách. Grada 2013
Kalvach Z et al. Geriatrie a Gerontologie. Grada Avicenum 2004.
Topinková E. Geriatrie pro praxi. Galén 2005.