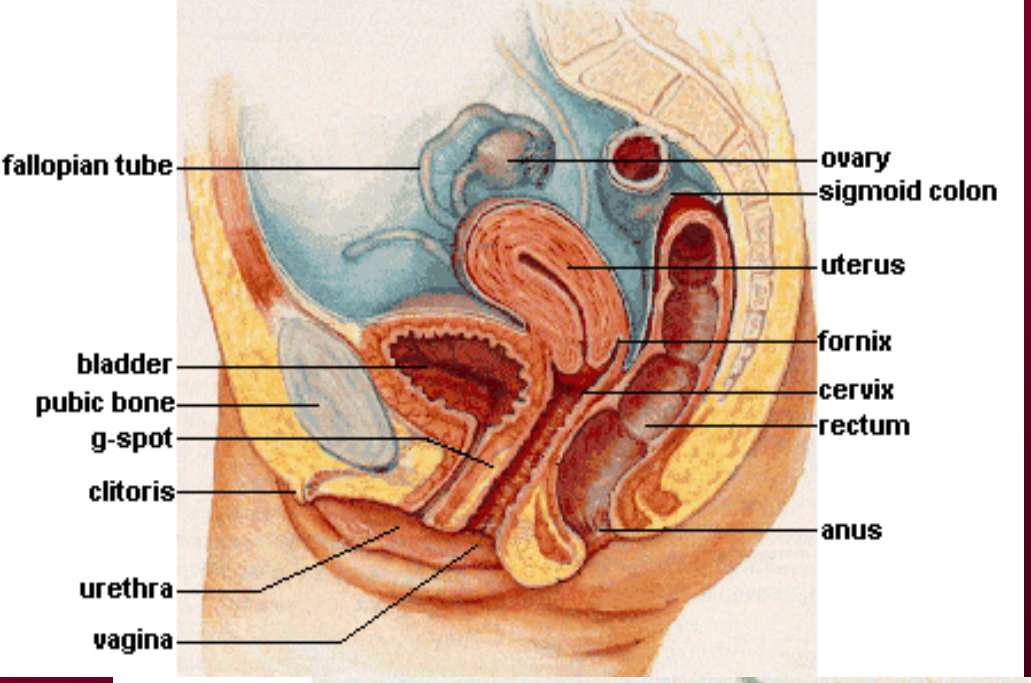
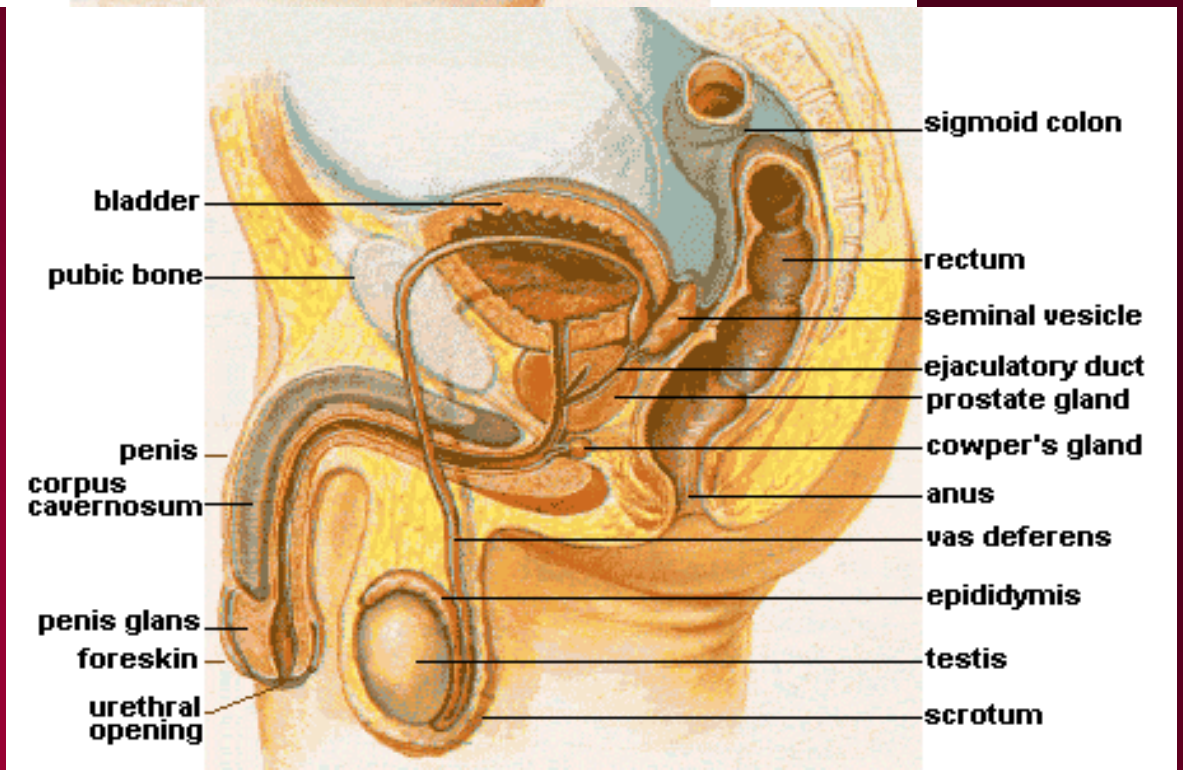
Inkontinence moči a stolice

Anatomie pánevního dna





Fyziologie tvorby a odtoku moči

- ledvinný glomerulus - primární moč – ledvinné kanálky – definitivní moč – ledvinná pánvička – ureter – močový měchýř – uretra
- nucení na močení – 150 ml, volní udržení 700-1000ml
- správnou funkci MM zajišťuje mikční centrum v CNS a sakrální míše, vegetativní a motorické nervstvo

Změny přinášené stářím

- zmenšení elasticity močového měchýře, snížení kapacity
- pokles síly svěrače uretry
- zvýšení dráždivosti detruzoru
- snížení odolnosti vůči ostatním nepříznivým vlivům

Epidemiologie inkontinence moči

- 5-8% světové populace
- méně než polovina hledá pomoc
- v ČR 20% žen okolo 45 let věku
- výskyt s věkem stoupá
- celkem 510 000 žen a 160 000 mužů
- v institucích 32-70% inkontinentních
- s prodlužující se střední délkou života bude celkový počet inkontinentních narůstat

Etiopatogeneze

- rizikové faktory
  - urologické – operace prostaty u mužů
  - gynekologické – svaly pánevního dna
  - neurologické – rozštěpové vady pateře, míšní poranění, COM, AD, autonomní neuropatie u DM, Parkinsonova choroby
  - konstituční
- potencující faktor – prochlazení, močová infekce

Klasifikace inkontinence

- **urgentní inkontinence** – naléhavé nucení s únikem
  - motorická – stahy detruzoru
  - senzoricka – hypersenzitivita detruzoru (litiáza, BHP, nádor, cystitida)
- **stresová inkontinence** – únik moči při zvýšení nitrobřišního tlaku bez stahu detruzoru
- **smíšená inkontinence** – až 40%
- **reflexní inkontinence** – hyperreflexie detruzoru, uvolnění uretrálního mechanizmu
- **paradoxní inkontinence** – ischuria paradoxa

Urgentní inkontinence

- náhlé imperativní nucení na moč
- pacient musí okamžitě vyhovět v rámci desítek sekund
- močení nelze vůlí přerušit
- nezávisle na denní době
- může být doprovázeno trvalým tlakem v podbřišku
- vyvolané poruchou detrusoru, kterého stahy jsou pro pacienta nesnesitelné
- např. v rámci syndromu hyperaktivního močového měchýře

Stresová inkontinence

- I. stupeň – únik moči po kapkách – kašel, smích, kýchnutí, zvedání těžších břemen
- II. stupeň – únik moči při běhu, chůzi, zvláště po schodech, při lehčí fyzické práci
- III. stupeň – prakticky trvalý únik při chůzi a ve vzpřímené poloze, vleže i při hlubším dýchání

Diagnostika stresové inkontinence I

- ❑ subjektivní údaje – dotazníky
- ✓ vznik náhlý nebo pozvolný
- ✓ závislost na nitrobřišním tlaku
- ✓ závislost na denní době
- ✓ jaké množství uniká
- ✓ současná medikace
- ✓ omezená hybnost
- ✓ deprese
- ✓ delirantní stavy
- ✓ předchozí gynekologická, chirurgická a neurologická onemocnění

Diagnostika stresové inkontinence II

- **objektivní metody**
- **provokační test –** zakašlání ve stoji rozkročmo s pokrčenými koleny
- **test vážení vložek -** principem je vážení vložek za určité časové období. Zvýšení hmotnosti nás informuje o stupni závažnosti inkontinence. K rutinnímu použití se hodí jednohodinový PW test. Před ním pacientka nemočí, poté provádí hodinu předem určenou pohybovou aktivitu. Před a po uplynutí doby jsou převáženy vložky, které použila.

Diagnostika stresové inkontinence III

- funkční sonografie transperineální
- RTG – cystouretrografie předozadní, mikční
- instrumentální vyšetření – kalibrace uretry, cystoskopie s měřením tlaku
- urodynamické vyšetření – UFM, residuum, cystometrie, elektromyografie

Důsledky inkontinence moči

- tělesné – iritace kůže, infekce, dekubity, nežádoucí účinky léčiv, alergie na pomůcky
- psychosociální – sociální izolace, ztráta sebedůvěry, snížená kvalita života, zátěž pečovatelů
- ekonomické – pomůcky – vložky, pleny, podložky, urinály, praní, léky, katetry, hospitalizace, elektrositmulační metody, operační výkony, vyšetřovací algoritmus

Principy léčby inkontinence

- zajistit kontinenci
- zachovat renální funkce
- zabránit uroinfekci a komplikacím
- umožnit nemocnému běžné sociální aktivity
- předcházet technickým problémům
- udržet přiměřenost ekonomických nákladů

Možnosti léčby inkontinence

- úprava režimu
- farmakoterapie
- rehabilitační přístupy
- operační řešení
- reflexní terapie

Úprava režimu

- pít častěji po menších kvantech, vyvarovat se vodního nárazu
- dodržovat pravidelný stereotyp močení – po 2 hodinách bez ohledu na nutkání
- u urgentní inkontinence v případě nutkání zastavit, zhluboka dýchat a snažit se vůlí nutkání přemoci

Léčba urgentní inkontinence I

- farmakologická
  - parasympatolytika – propiverin (Mictonorm, Mictonetten), oxybutin (Uroxal, Ditropan), tolterodin (Detrusitol)
  - betamimetika
  - alfalytika, α1 – blokátory – alfuzosin (Xatral), tamsulosin (Omnic), terazosin (Hytrin, Kornam)
  - inhibitory prostaglandinů, analogy vasopressinu, lokální anestetika vesikálně atd.

Léčba urgentní inkontinence II

- reflexní léčba
- ✓ vaginální, rektální nebo míšní stimulace – vytvoření podmíněného reflexu
- ✓ biofeedback - audiovizuální kontrola změn intravezikálního tlaku samotným nemocným
- ✓ bladder drill – močení na „rozkaz“ např po 2 hodinách

Léčba hypoaktivního detruzoru

- farmakologická – parasympatomimetika
- intermitentní katetrizace MM, autokatetrizace
- operační léčba – implantace stimulčních elektrod
- zevní 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)

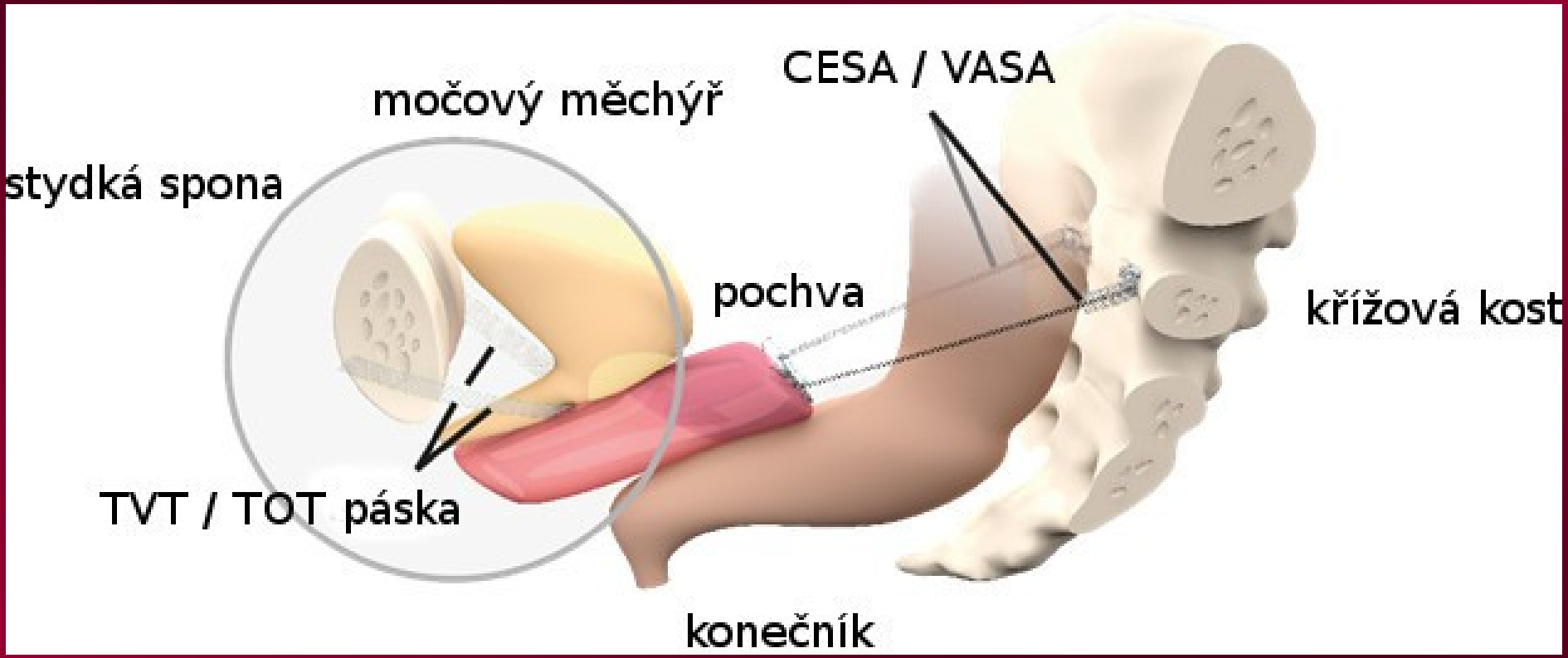
Léčba hypoaktivního uretrálního uzavíracího mechanismu u žen I

- ❑ léčba nechirurugická
- ✓ hormonální preparáty
- ✓ rehabilitace – cvičení pánevního dna
- ✓ vaginální stimulace
- ✓ alfamimetika, betalytika, anticholinergika
- ✓ Ca blokátory, antidepresiva – relaxace detrusoru a tonizace příčně pruhovaného svalstva uretry
- ✓ inhibitory prostaglandinů, elektrostimulace
- ✓ protetická léčba – pleny, vložky

Léčba hypoaktivního uretrálního uzavíracího mechanismu u žen II

- léčba chirurgická
- závěsné suprapubické operace – vezikopexe (i laparoskopicky)
- vaginální operace (jehlové závěsy, kolpoplastiky)
- TVT pásky (tension free vaginal tape)
- transuretrální injekce teflonu, silikonu, kolagenui, tuku
- umělý svěrač uretry

Použití TVT/TOT pásky a CESA/VASA při léčbě, stresové, urgentní i smíšené inkontinence.



Umělý svěrač uretry u muže

Rehabilitační léčba

- gymnastika svalů pánevního dna
  - ✓ ve výdechu
  - ✓ kontrakce zevního řitního svěrače vleže 5s
  - ✓ relaxace 20s
  - ✓ 5x opakovat
  - ✓ pauza 1-2minuty
  - ✓ možná vlastní kontrola prstem zavedeným do konečníku - biofeedback

Základní cíle ošetřovatelské péče u inkontinentních

- bránit maceraci pokožky a vzniku dekubitů
- zlepšit kvalitu života inkontinentních
- posílit lidskou důstojnost
- u mobilních umožnit sociální aktivity

výběr vhodných pomůcek

Pomůcky pro inkontinentní

- savé – plenkové kalhotky, vložky, pleny
- sběrné – sběrné sáčky, urinály („bažant“)
- obstrukční – inkontinenční svorka pro muže

Inkontinence stolice

- nekontrolovatelný a nezvládnutelný únik stolice za společensky nepřijatelných podmínek
- výskyt u nás není znám, cca 10-14% osob v ošetřovatelských ústavech
- inkontinence stolice je jedním z nejčastějších důvodů institucionalizace seniorů

Patofyziologie udržení stolice

- souhra faktorů
- ✓ koordinovaná funkce zevního a vnitřního svěrače – schopnost :
  - ➢ rozeznat flatus (střevní plyny), formovanou nebo tekutou stolici
  - ➢ pozdržet vyprázdnění do doby dosažení toalety
- ✓ intaktní centrální a periferní inervace
- ✓ bdělost, duševní schopnosti
- ✓ fyzickou zdatnost

Změny ve stáří

- pokles vypuzovacího tlaku v anu
- snížení síly kontrakce zevního sfinkteru a svalstva pánevního dna
- snížení rozlišovací schopnosti mezi tekutinou a plynem
- při onemocnění CNS ztráta centrální inhibice defekačního reflexu – neinhibované kontrakce rekta

Příčiny inkontinence stolice ve stáří I

- zpomalení pasáže, retence stolice – inkontinence z přeplnění
- ✓ habituální obstipace při imobilitě, nevhodné dietě
- ✓ sekundární při celkovém onemocnění, při užívání farmak
- ✓ sekundární při onemocnění kolon

Příčiny inkontinence stolice ve stáří II

- kolorektální afekce – onemocnění rekta a anu, užvání laxancií, hemoroidy, fisura ani
- neurologická onemocnění – onemocnění míchy a periferních nervů, autonomní neuropatie (DM, PN), onemocnění CNS (CMP, demence)
- chirurgické a gynekologické afekce
- psychologické a behaviorální poruchy – funkční inkontinence – deprese, demence, nedostupnost toalety

Vyšetření inkontinence stolice

- anamnéza subjektivní, hlavně objektivní – začátek, trvání, frekvence, patologické příměsi, bolest
- kontrola farmakoterapie – železo, anodyna, diuretika, anticholinergika, Ca blokátory
- vyšetření břicha, p.r., senzitivita perinea, klidový tonus svěrače, síla volní kontrakce, přítomnost stolice
- sonografie, RTG, gynekologie, laboratorní screening

Léčba inkontinence při retenci stolice

- odstranění skybal – supositoria, manuální, klyzma – mnohdy opakovaně
- úprava režimu – dostatečný příjem tekutin, fyzická aktivita, zvýšený příjem vlákniny
- změkčovadla stolice – Lafinol večer, supp. Glycerini ráno
- gastrokolický reflex

Léčba neurogenního typu inkontinence

- dosáhnout vhodného časování defekace 1-2x denně
- lokální stimulace anu mechanicky nebo čípkem v požadovanou dobu
- pravidelné vysazování imobilních a dementních na pokojové WC

Podmínky pro léčbu všech typů inkontinence

- dostupnost toalety
- schopnost nemocného zvládnout přesun
- soběstačnost nemocného v úkonech spojených s defekací – svlékání, očista

Děkuji za pozornost