

Urinarna inkontinencija u žena

Kristofić, Ines; Haller, Herman; Barbič, Matija

Source / Izvornik: **Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, 2017, 53, 308 - 313**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

https://doi.org/10.21860/medflum2017_182955

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:127996>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-08**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Urinarna inkontinencija u žena

Urinary incontinence in women

Ines Krištofić^{1*}, Herman Haller¹, Matija Barbič²

¹Klinika za ginekologiju i porodništvo, KBC Rijeka, Rijeka

²Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

Sažetak. Urinarna inkontinencija definira se kao nevoljno otjecanje mokraće i predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni problem. Raspon tegoba je raznolik, od vrlo oskudnog i povremenog nevoljnog gubitka mokraće do potpune nemogućnosti kontrole mikcije. Stresna inkontinencija uz urgentnu te mješovitu najčešći su tipovi urinarne inkontinencije u žena. U članku su prikazane osnove dijagnostike i liječenja urinarne inkontinencije u žena. Urinarna inkontinencija predstavlja značajan zdravstveni problem brojnim našim pacijenticama, koji je još uvijek prečesto zapostavljen. Pacijentice se ustručavaju same prve postaviti pitanje i zatražiti medicinsku pomoć, najčešće zbog osjećaja srama, straha od stigmatizacije i neinformiranosti o mogućnostima liječenja.

Ključne riječi: dijagnostika; liječenje; urinarna inkontinencija

Abstract. Urinary incontinence is defined as involuntary leakage of urine and represents medical, hygienic, social problem. Symptoms range from occasional discrete urinary incontinence to complete inability to control micturition. Stress urinary incontinence along with urge and mixed are the most common types of urinary incontinence in women. Urinary incontinence represent significant yet underdiagnosed and underreported health problem to huge number of our patients which are still reluctant to seek professional medical treatment due to embarrassment, fear of stigmatisation and unawareness of therapy options.

Key words: evaluation; management; urinary incontinence

***Dopisni autor:**

Ines Krištofić, dr. med.

Klinika za ginekologiju i porodništvo,

Klinički bolnički centar Rijeka

Cambierieva 17/5, 51 000 Rijeka

e-mail: ines.kristofic@medri.uniri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Prema definiciji međunarodnog udruženja za kontinenciju International Continence Society (ICS) inkontinencija mokraće definira se kao nevoljno otjecanje mokraće te predstavlja zdravstveni, higijenski i socijalni problem. Obuhvaća smetnje od povremenog oskudnog „bježanja” mokraće do kompletne nemogućnosti zadržavanja mokraće. Javlja se u oba spola i u svim dobim skupinama¹.

Prema velikoj epidemiološkoj studiji provedenoj u Norveškoj na skoro 30.000 žena različite životne dobi, 25 % ispitivanih žena imalo je urinsku inkontinenciju s povećanjem učestalosti s porastom životne dobi². Prevalencija inkontinencije raste s životnom dobi, a izrazito je visoka od 43 – 77 % u osoba smještenih u ustanovama za starije i nemoćne³.

Sposobnost zadržavanja mokraće je kompleksni mehanizam te ovisi o normalnoj anatomiji i funkciji donjeg mokraćnog trakta, ali i živčanog sustava, s obzirom na to da je nužna uredna kognitivna funkcija, uključujući motivaciju, pokretnost, pristup toaletu te motoričku spretnost. Oštećenje ili disfunkcija bilo kojeg od navedenih čimbenika uzrokuje urinarnu inkontinenciju.

PODJELA URINARNE INKONTINENCIJE

Prema tipu, inkontinenciju možemo klasificirati kao akutnu, koja nastupa naglim promjenama u urotaktu (infekcija), te persistirajuću, koja je uzrokovana kroničnim stanjima, a može se podijeliti prema tipu smetnji koje postoje u određene osobe.

Urinarne inkontinencije prema uzroku također možemo kategorizirati i na reverzibilne, tj prolazne (npr. u trudnoći) te trajne.

Za lakše pamćenje mogućih uzroka inkontinencije može nam poslužiti engleski akronim **DIAPERS** (engl. pelene) gdje je **D** – delirij, **I** – infekcija urotakta, **A** – atrofija (atrofični uretritis i vaginitis), **P** – psihijatrijski poremećaji i lijekovi poput diuretika, **E** – ekscesivno mokrenje, **R** – restrikcija mobilnosti te **S** – stolica, tj. impaktirana stolica i otežana defekacija.

Najčešći tipovi inkontinencije su:

1. Stresna (statička) inkontinencija – nastaje zbog naglog porasta intraabdominalnog tlaka obično izazvanog kašljanjem ili kihanjem. Posljedica

je slabosti mišića dna zdjelice i povećane mobilnosti zapornog mehanizma mokraćne cijevi.

2. Urgentna (hitna) inkontinencija – predstavlja iznenadnu, jaku, neodgodivu potrebu za mokrenjem neposredno prije inkontinentne epizode.
3. Preljevajuća (engl. ‘overflow’) inkontinencija – nastaje u osoba s opstrukcijom vrata mokraćnog mjehura u kojih mokraćna kapa iz prepunjenog mjehura.

Urinarna inkontinencija predstavlja značajni zdravstveni i socioekonomski problem koji u našem društvu podcjenjuju i zdravstveni djelatnici i pacijenti. Nažalost, svakodnevno u kliničkom radu susrećemo pacijente koji zbog bojazni od stigmatizacije i neinformiranosti godinama zanemaruju simptome inkontinencije mokraće, sve dok te tegobe značajno ne naruše kvalitetu njihova života.

4. Funkcijska inkontinencija – nastaje zbog kognitivnih ili fizičkih smetnji, a najčešće je posljedica neuroloških oštećenja (demencije, moždanog udara).
5. Mješovita inkontinencija – predstavlja kombinaciju nekih od navedenih oblika, najčešće kombinaciju urgentne sa stresnom inkontinencijom.

DIJAGNOSTIKA URINARNE INKONTINENCIJE

Osnova svake obrade pacijentica s inkontinencijom mokraće počiva na detaljno uzetoj anamnezi. Ciljana anamneza i fizikalni pregled s posebnim naglaskom na ginekološki pregled u žena osnova su dijagnostike u osoba s inkontinencijom. U sklopu uzimanja anamnestičkih podataka preporuka je uručiti pacijentici i „dnevnik mokrenja”, u koji će ona tijekom nekoliko dana (najčešće tri) upisivati podatke o vrsti i količini unesene tekućine te podatke o broju mokrenja te eventualnih inkontinentnih epizoda. Dodatnu pažnju treba posvetiti ciljanim pitanjima vezanim uz konzumaciju poznatih iritirajućih tvari za mokraćni mjehur, poput kave, alkohola, gaziranih napitaka, cigareta (dodatno ako izazivaju i kašalj), eventualno uzimanje diuretika, beta-blokatora, antidepressiva i antihistaminika.

Dijagnostičke pretrage koje možemo učiniti su brojne i uključuju od osnovnih neinvazivnih laboratorijskih testova poput biokemijske analize mokraće i urinokulture, pa sve do specifičnih invazivnih dijagnostičkih postupaka, poput cistoskopije i specifičnih ciljanih urodinamskih testova⁴.

LIJEČENJE

Postoje različiti modaliteti liječenja za različite oblike urinarne inkontinencije, od farmakoterapije, ciljanih vježbi namijenjenih jačanju mišića dna zdjelice, pa u konačnici do kirurškog liječenja.

Konzervativno liječenje

Lijekovi koji se propisuju sadrže tvari koje relaksiraju mjehur, povišuju tonus mišića mjehura ili ojačavaju sfinkter. Vježbe podrazumijevaju jačanje mišića zdjelice u vidu samoprovođenja ciljanih tzv. Kegelovih vježbi samostalno ili pod nadzorom fizioterapeuta ili uz pomoć uređaja za magnetsku inervaciju mišića dna zdjelice.

Kirurško liječenje

Kirurškom liječenju stresne urinske inkontinencije uvijek mora prethoditi detaljan i sveobuhvatan razgovor s pacijenticom o mogućnostima konzervativnog liječenja te u slučaju nezadovoljavajućeg rezultata konzervativnog liječenja provesti individualizirano kirurško liječenje. Također je nužno prije kirurškog liječenja upoznati pacijentice s njegovim mogućim komplikacijama.

Prije odluke o tipu kirurškog liječenja treba uzeti u obzir dodatne čimbenike kao što su životna dob pacijentice, tjelesna težina, eventualne prethodne operacije genitalnog prolapsa i/ili urinske inkontinencije.

Kirurško liječenje bazira se na suburetralnom postavljanju trake (engl. „sling”) od umjetnog materijala. Na tržištu su danas najčešće trake izrađene od različito obrađenog polipropilena. Suburetralnim postavljanjem trake korigira se angulacija uretre i vezikouretralni kut, a bez tenzije aplicirane trake na uretru.

Od pionirskih zahvata Ulmstena 1995. godine razvile su se do današnjih dana brojne tehnike koje imaju bazično razliku u pristupu koji može biti retropubični (TVT, SPARC – slika 1), potom transobturatorni (TVT-0, Monarc)^{5,6}.



Slika 1. Shematski prikaz retropubičnog pristupa u liječenju stresne inkontinencije



- TOT (Transobturator vaginal tape)

Slika 2. Shematski prikaz transobturatornog pristupa u liječenju stresne inkontinencije

Princip transobturatorne tehnike prikazan je na slici 2. Unazad desetak godina razvijeni su i tzv. „minislingovi” koji za svoju aplikaciju trebaju samo vaginalnu inciziju. Navedene tehnike su postale metodom izbora kirurškog liječenja za brojne pacijentice⁷.

Sve kirurške *sling* metode podrazumijevaju strogo poštovanje pravila asepsa te korištenje jednokratnih, tvornički pripremljenih sterilnih setova za aplikaciju koji uključuju potrebne igle vodilice te polipropilensku traku isprepletenu poput mrežice, kao što je prikazano na slici 3. Kirurške *sling*



Slika 3. Primjer kirurškog *sling* seta koji se koristi u liječenju stresne inkontinencije

tehnike uobičajeno se ovisno o tipu zahvata inseriraju u regionalnoj ili lokalnoj anesteziji te najčešće zahtijevaju jednodnevnu hospitalizaciju uz profilaktičnu uporabu antibiotika.

Najčešće intraoperativne te kratkoročne komplikacije *sling* operacija uključuju krvarenja uz nastanak hematoma, potom ozljede mokraćnog mjehura i/ili uretre, opstrukciju mokraćne cijevi te infekcije, dok dugoročne najčešće uključuju pojavu erozije polipropilenske trake te de novo urgentnu inkontinenciju^{8,9}.

Usprkos svemu navedenom važno je napomenuti da trenutno *sling* metode predstavljaju *zlatni standard* u liječenju stresne urinarne inkontinencije u žena.

Pregled stanja koja su povezana uz urinarnu inkontinenciju u žena ne bi bio potpun bez spomena vrlo čestog, a još uvijek značajno zapostavljenog sindroma prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura.

PREKOMJERNO AKTIVNI MOKRAĆNI MJEHUR

Prema definiciji ICS-a prekomjerno aktivni mokraćni mjehur (PAMM) je sindrom koji uključuje hitnost (urgenciju) s ili bez urgentne inkontinencije, obično je praćen učestalim mokrenjem (polakizurijom) i noćnim mokrenjem (nikturijom)¹. Po definiciji, hitnost (urgencija) je iznenadna neodoljiva potreba za mokrenjem koju je teško odgodi-

ti. Urgentna inkontinencija je nevoljno otjecanje mokraće koju prati ili joj neposredno prethodi urgencija. Učestalo dnevno mokrenje (polakizurija) je simptom koji obično prati hitnost, a odnosi se na prečesta dnevna mokrenja. Noćno mokrenje (nikturija) je simptom koji obično prati hitnost, a odnosi se na pojavu kada se osoba jednom ili više puta tijekom noći budi radi mokrenja.

Prekomjerno aktivni mjehur je klinička dijagnoza utemeljena na prisutnosti urgencije koja zahtijeva isključenje drugih stanja sa sličnim simptomima, poput infekcije mokraćnog sustava ili zloćudnog procesa u zdjelici. Radi se o čestom poremećaju koji značajno smanjuje kvalitetu života u različitim aspektima života, što je sažeto prikazano na slici 4.

PAMM predstavlja značajni problem u kliničkoj praksi. Učestalost prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura jako se razlikuje između pojedinih studija, prvenstveno zbog različitih kriterija u definiciji. Literaturni podaci navode učestalost od 16 – 17 % u odrasloj populaciji Sjedinjenih Američkih Država⁴. Učestalost značajno raste sa životnom dobi, kod žena mlađih od 35 godina učestalost prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura je do 5 %, dok je kod žena starijih od 65 godina od 20 – 30 %¹⁰.

S obzirom na prisutnost ili odsutnost urgentne inkontinencije prekomjerno aktivni mokraćni mjehur možemo podijeliti na tzv. „suhi“, kod kojeg



Slika 4. Utjecaj prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura na različite sfere života

nije prisutna urgentna inkontinencija i koji je zastupljen u oko 63 % pacijenata, te tzv. „mokri“, koji karakterizira urgentna inkontinencija i prisutan je u oko 37 % pacijenata¹¹.

Liječenje prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura

Liječenje prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura počiva na promjenama u životnom stilu, fizikalnoj terapiji te farmakoterapiji. Promjene u životnom stilu podrazumijevaju savjete o izbjega-

Uriinarna inkontinencija se, ovisno o tipu, liječi farmakoterapijom, vježbama koje dovode do jačanja mišića dna zdjelice i kirurškim liječenjem. Kirurško liječenje temelji se na suburetralnom postavljanju trake (engl. *sling*).

vanju određenih vrsta tekućine, poput kofeinskih, gaziranih napitaka te izbjegavanja odrađenih vrsta hrane za koju se zna da potiče osjećaj urgencije (primjerice agrumi).

Nadalje, važnu komponentu liječenja predstavljaju mjere fizikalne terapije u vidu treninga mišića dna zdjelice i treninga mokraćnog mjehura – programom mokrenja u određeno vrijeme s postupnim povećanjem vremenskog intervala između dva mokrenja.

Ako navedene mjere promjene životnog stila te mjere fizikalne terapije ne pruže adekvatno poboljšanje simptoma, u pacijentica započinjemo s

farmakološkom terapijom, kao što je prikazano na slici 5.

Danas su antimuskarinski lijekovi temelj farmakološke terapije pacijentica s prekomjerno aktivnim mokraćnim mjehurom. Antimuskarinski lijekovi smanjuju kontraktilnost detruzora mokraćnog mjehura inhibirajući muskarinske M3 receptore čija je gustoća najveća u mokraćnom mjehuru te na taj način sprječavaju vezanje acetilkolina. Ovi lijekovi djeluju u fazi punjenja mokraćnog mjehura dok je razina acetilkolina niska^{12,13}. Antimuskarinici imaju česte nuspojave u vidu suhih usta zbog inhibicije salivacije te konstipaciju zbog usporenog rada crijeva, a novije spoznaje povezuju ih i s mogućnošću pojave kognitivnih poremećaja^{12,14}. Kontraindikaciju za primjenu antimuskarinskih lijekova u terapiji prekomjerno aktivnog mokraćnog mjehura predstavlja glaukom.

Unazad dvije godine na tržištu osim antimuskarinka imamo kao drugu liniju liječenja pacijentica s prekomjerno aktivnim mokraćnim mjehurom i prvi agonist beta-3 adrenergičkih receptora (mirabegron).

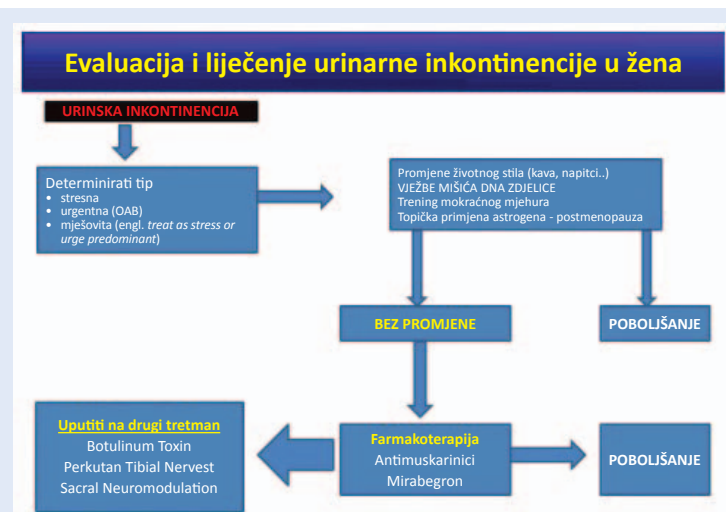
ZAKLJUČAK

Urinarna inkontinencija predstavlja značajan zdravstveni problem brojnim našim pacijentica. Pacijentice se još uvijek isuviše često ustručavaju same prve postaviti pitanje i zatražiti medicinsku pomoć, najčešće zbog osjećaja srama, straha od stigmatizacije i neinformiranosti. Trebali bismo to imati uvijek na umu i kada sumnjamo da pacijentica ima inkontinenciju mokraće obazrivo bismo trebali sami inicirati razgovor i potaknuti pacijentice da iznese detalje tegoba kako bismo mogli započeti s adekvatnim ciljanim liječenjem.

Izjava o sukobu interesa: autori izjavljuju da ne postoji sukob interesa.

LITERATURA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U *et al*. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
2. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study. *J Clin Epidemiol* 2000;53:1150-7.



Slika 5. Postupnik evaluacije urinarne inkontinencije u žena

3. Offermans MP, DuMoulin MF, Hamers JP, Dassen T, Halfens RJ. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: a systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009;28:288-94.
4. Digesu GA, Khullar V, Cardozo L. Overactive bladder symptoms: Do we need urodynamics? *Neurourol Urodyn* 2003;22:105-8.
5. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:81-5.
6. Walters MD, Karram MM. Synthetic midurethral slings for stress urinary incontinence. *In: Walters MD, Karram MM (eds). Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. 4th Edition. Philadelphia: Elsevier, 2015;272-94.*
7. Suskind AM, Kaufman SR, Dunn RL, Stoffel JT, Clemens JQ, Hollenbeck BK. Population based trends in ambulatory surgery for urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2013;24:775-80.
8. Kristensen I, Eldoma M, Williamson T, Wood S, Mainprize T, Ross S. Complications of the tension-free vaginal tape procedure for stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2010;21:1353-7.
9. Brubaker L, Norton PA, Albo ME, Chai T, Dandero K, Lloyd K *et al.* Adverse events over two years after retro-pubic or transobturator midurethral sling surgery: findings from the Trial of Midurethral Slings (TOMUS) study. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205:1-6.
10. Temml C, Heidler S, Ponholzer A, Madersbacher S. Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society Definition. *Eur Urol* 2005;48:622-7.
11. South MM, Karram MM. Overactive bladder syndrome and nocturia. *In: Walters MD, Karram MM (eds). Urogynecology and reconstructive pelvic surgery. 4th Edition. Philadelphia: Elsevier, 2015;513-41.*
12. Benner JS, Nichol M, Rovner E, Jumadilova Z, Alvir J, Hussein M *et al.* Patient-reported reasons for discontinuing overactive bladder medication. *BJU Int* 2010;105:1276-82.
13. Orešković S, Barišić D. Uroginekologija – suvremni pristup u dijagnostici i liječenju žena s inkontinencijom mokraće i defektima dna zdjelice. Zagreb: Medicinska naklada, 2010.
14. Janos AL, Paggi ME, Tsao JW. Overactive bladder medicines and cognitive testing. *Int J Clin Pract* 2008;62:1641-2.