

Péče o **inkontinentní pacienty**  
v ordinaci praktického lékaře

ANEB **CO BY MĚL VĚDĚT KAŽDÝ PRAKTIK**



**seni**

pro  Lékaře.cz

## OBSAH

<b>I. Močová inkontinence v kostce</b>	<b>3</b>
Výskyt	3
Druhy močové inkontinence	4
Rizikové faktory a prevence	5
<b>II. Diagnostika a léčba</b>	<b>5</b>
Možnosti terapie	6
Specifické skupiny pacientů	7
<b>III. Inkontinence a psychika – spojené nádoby</b>	<b>8</b>
<b>IV. Inkontinenční pomůcky: praktický rádce</b>	<b>9</b>
Jak správně předepisovat inkontinenční pomůcky	9
Typy a druhy pomůcek	10

# Péče o inkontinentní pacienty v ordinaci praktického lékaře aneb co by měl vědět každý praktik



## I. MOČOVÁ INKONTINENCE V KOSTCE

Mezinárodní společnost pro kontinenci (*The International Continence Society, ICS*) definuje inkontinenci moči jako jakýkoliv nechtěný, vůlí neovladatelný a objektivně prokazatelný únik moči, který představuje sociální a hygienický problém. Pro pacienty je tento stav často spojen pocitem studu a obavami ze společenské dehonestace.

### Výskyt

Zjistit skutečný výskyt inkontinence moči je obtížné, protože mnoho pacientů si problémy nepřipouští nebo se za ně stydí a lékařskou pomoc nevyhledá.

Z dostupných údajů vyplývá, že inkontinence postihuje přibližně 670 tisíc obyvatel České republiky, z toho většinu pacientů (510 tisíc) tvoří ženy. Týká se všech věkových skupin, ale její prevalence stoupá s věkem:

- ve věkové skupině starší 65 let se vyskytuje přibližně v rozmezí 15–35 %, s vyšší prevalencí u žen.
- U osob žijících v ústavní péči stoupá její výskyt až na 50 % a u osob starších 65 let se v tomto případě hovoří až o 65 %.
- Kolem 80. roku věku se výskyt močové inkontinence mezi oběma pohlavími vyrovnává.



**Močová inkontinence vede u mnoha postižených osob k omezení aktivit mimo domov a k sociální izolaci, což má vliv i na jejich psychiku. Proto je nezbytné podílet se na destigmatizaci tohoto problému, zvyšovat povědomí mezi laickou veřejností a aktivně nabízet pacientům pomoc.**



### ŽENY

Odhaduje se, že občasný únik moči udává 30–50 % žen.

#### PREVALENCE:

30–39 let: 23,3 %

45 let: 36,1 resp. 22 %

Více než 80 let: 55,6 %



### MUŽI

S inkontinencí se potýká více než třetina starších mužů, ale vyskytnout se může i u mladších.

#### PREVALENCE:

18–45 let: 4,8 %

45–64 let: 11,2 %

65–80 let: 21,1 %

Nad 75 let: 32,2 %

## Druhy močové inkontinence

Klasifikace inkontinence se v průběhu let mění a není zcela jednotná. Základem pro správné stanovení diagnózy je **důkladné vyšetření pacientů**. A základem pro dobrou léčbu, je **správné stanovení diagnózy**.

Podle ICS definujeme čtyři základní druhy močové inkontinence:

### Stresová inkontinence

Definuje se jako mimovolní únik moči při zvýšení nitrobřišního tlaku (například při kašli a kýchnutí, zvednutí břemene či fyzické námaze) jako důsledek nedostatečného uzavíracího tlaku v močové trubici.



**STRESOVOU INKONTINENCÍ TRPÍ ZEJMÉNA ŽENY** – lehkou formou asi 40–63 % žen, závažnější kolem 20 %. U žen lze výskyt inkontinence dávat do souvislosti s prodělanými těhotenstvími a porody.

### Urgentní inkontinence, hyperaktivní močový měchýř

Vzniká na podkladě patologické reakce detruzoru, kdy dochází k jeho nechtěné aktivaci. Je součástí syndromu zvaného **hyperaktivní močový měchýř** (OAB – *overactive bladder*). Ten zahrnuje frekvenci (časté močení), urgenci (náhlé silné nucení na močení), s nebo bez urgentní inkontinence a nykturie (noční močení). V populaci se vyskytuje přibližně v 16 %.

### Smíšená inkontinence

Je kombinací více druhů inkontinence, nejčastěji se jedná o stresovou a urgentní.

### Paradoxní ischiurie – inkontinence z přetékání

Tento typ inkontinence nastává při poruše odtoku moči pro překážku v dolních močových cestách nebo pro poruchu kontrakce hladkého svaly měchýře (*m. detrusor*). Dochází k retenci moči a opakujícím se únikům menších množství moči.



**PARADOXNÍ ISCHIURIE JE ČASTĚJI POZOROVÁNA U MUŽŮ** se subvezikální překážkou odtoku moči, někdy označovanou jako syndrom výtokové rezistence (*blader outlet obstruction* – BOO) při hyperplazii prostaty a karcinomu prostaty nebo u mužů se strikturou močové trubice.

U žen se s ní setkáváme příležitostně, zejména při dekompenzaci neurologického onemocnění nebo nově vzniklé neurologické etiologii potíží.

Dále se můžeme setkat s:

- **posturální inkontinenci**, což je nechtěný únik moči v důsledku změny polohy pacienta;
- **trvalou inkontinenci**, což je neustálý únik moči, který nelze ovlivnit léky;
- **noční inkontinenci**, což je únik moči v průběhu spánku. Jedná se o dětský typ inkontinence (enuréza), který může přetrvávat do dospělosti;
- **bezpacitovou inkontinenci**, což je únik moči, o kterém nemá pacient zdání;
- **koitální inkontinenci**, což je únik moči při sexu.



**V osobní anamnéze pacienta se soustředíme na příznaky onemocnění jako takové a cílenými otázkami se pokoušíme odlišit typ inkontinence. Mezi důležité údaje patří: délka obtíží, počet močení za den a noc, intervaly mezi močeními, urgence, schopnost močení oddálit, vyvolávající příčinu inkontinence. U muže je potřeba se soustředit na iritační symptomy (start močení, proud moči, domočování). Důležitá je také informace o množství moči v jedné porci.**



## Rizikové faktory a prevence

Na vzniku a rozvoji močové inkontinence se podílí řada rizikových faktorů, které lze rozdělit na:

- **ovlivnitelné** – například nadváha a obezita, těžká fyzická práce, špatná životospráva apod.,
- **neovlivnitelné** – patří k nim genetická predispozice, věk (> 80 let), polymorbidita, onemocnění dolních močových cest, vliv některých lékových skupin a jiné.

Pro patogenezi inkontinence je typická multifaktorialita. Na rozvoj má vliv mimo jiné zhoršení celkového zdravotního stavu v souvislosti s rostoucím věkem, neurologická onemocnění, kognitivní poruchy, rekurentní infekce močových cest či pohybový hendikep. U mužů se dále jedná o prostatistická onemocnění, u žen lze za rizikové faktory považovat těhotenství a porod.

### Prevence

Preventivní opatření, která mají příznivý vliv na rozvoj i progresi močové inkontinence lze rozdělit na:

- **Primární** – má za cíl zabránit rozvoji močové inkontinence. Patří sem:
  - příjem dostatečného množství tekutin,
  - adekvátní příjem vlákniny ve stravě,
  - pravidelná fyzická aktivita,
  - vhodné hygienické a toaletní návyky (pravidelné vyprazdňování),
  - dodržování zdravého životního stylu,
  - včasná terapie a kompenzace akutních i chronických onemocnění,
  - pravidelné návštěvy u praktického lékaře a také návštěvy specialistů v oborech urologie či gynekologie.
- **Sekundární** – cílem je včasné rozpoznání onemocnění a zamezení rozvoje nemoci. Mezi klíčové kroky patří:
  - nácvik močení a trénink močového měchýře – nácvik správné mikce a dostatečných rozestupů mezi močením,
  - omezení rizikových faktorů,
  - behaviorální postupy,
  - farmakoterapie.
- **Terciární, kvartérní** – mají zabránit progresi onemocnění a vzniku komplikací. V oblasti močové inkontinence se jedná především o:
  - dodržování léčebných postupů,
  - rehabilitační terapii a edukační činnost.



## II. DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Na úrovni praktického lékaře by měla být provedena tato vyšetření:

- Anamnéza,
- klinické vyšetření (včetně vyšetření zevního genitálu a vyšetření per rektum/per vaginam),
- vyšetření moči chemicky a močového sedimentu, kultura moči, včetně vyšetření moči,
- biochemické vyšetření séra: renálních funkcí (urea, kreatinin) a prostatistického specifického antigenu u mužů,
- sonografické vyšetření (stav horních močových cest, postmikční reziduum v močovém měchýři),
- u žen gynekologické vyšetření (není-li pacientka pravidelně kontrolována).

Tyto kroky obvykle postačí k rozhodnutí, zda pacienta kvůli organickým příčinám odeslat k dalším specializovaným vyšetřením (která provádí urolog či urogynekolog), nebo zahájit konzervativní léčbu.



**Jakákoliv abnormalita v laboratorním vyšetření (zejména hematurie či erytrocyturie) nebo postmikční reziduum > 100 ml jsou důvodem ke specializovanému vyšetření.**

Ke správné diagnostice mohou pomoci také:

- **Dotazníky** – objektivizují subjektivní potíže pacienta a pomáhají stanovit spokojenost pacienta s nastavenou léčbou. Jednoduchým a ověřeným nástrojem, který slouží k posouzení typu a klinické závažnosti

močové inkontinence, je **Michiganský dotazník** (M-ISI – *Michigan Incontinence Symptom Index*). Dotazník se skládá z 10 otázek (týkají se například závažnosti obtíží a hodnocení souvisejících nesnází) a pacientovi jej může předložit lékař, případně jej pacient může vyplnit i samostatně.

- **Mikční deník** – vedený po dobu 48 hodin umožní posoudit frekvenci mikce, mikční intervaly, množství přijatých tekutin a vydané moči, frekvenci úniku moči a urgencí a také množství použitých absorpčních pomůcek.
- **Testy** - např. stres test (zakašláni při plném močovém měchýři) nebo test vážení vložek (hodinová varianta) před standardizovanými aktivitami i po nich (chůze po schodech, stoj ze sedu, kašel aj.). Tento test se provádí po vypití 500 ml tekutiny. Za pozitivní se považuje při úniku moči > 2 g.
- **Specializovaná vyšetření** – v indikovaných případech je možné využít i urodynamické či cystoskopické vyšetření.

## Možnosti terapie

Terapii močové inkontinence lze obecně označit za třístupeňovou.

1

### REŽIMOVÁ LÉČBA

2

### OBEČNÁ LÉČBA

**Stresová inkontinence**

---

**Urgentní inkontinence**

3

### CÍLENÁ LÉČBA

**Stresová inkontinence**

---

**Urgentní inkontinence**



**Za účinnou léčbu stresové inkontinence se považuje zlepšení po 3 měsících o > 50 % založené zejména na sebehodnocení v dotazníku kvality života. Pokud pacient spokojen není nebo jeho stav vyžaduje trvalou preskripci absorpčních prostředků, je nutné doporučit další léčbu pod vedením specialisty.**

Tvoří ji:

- **Režimová léčba**, která zahrnuje pravidelný pitný a mikční režim, omezení zvedání těžkých břemen, omezení příjmu močopudných látek a posílení svalů pánevního dna včetně zvýšení celkové tělesné zdatnosti.



- **Obecná léčba** – v případě
  - **stresové inkontinence** spočívá v úpravě pracovního režimu, gymnastice svalů pánevního dna, eventuálně používání speciálních pomůcek (vaginální konusy) či využití metody biofeedback.
  - Při **urgentní inkontinenci** se volí úprava pitného a mikčního režimu, klade se důraz na prevenci a řádnou léčbu infekcí dolních močových cest, nácvik frekvence mikce za užití volní kontroly a nácvik zvyšování kapacity močového měchýře. Stejně jako u režimové léčby je nutná aktivní spolupráce pacienta. Řešení ostatních typů inkontinence již spadá do péče specialisty.
- **Cílená léčba** – k jejím možnostem patří u:
  - **stresové inkontinence** fyzioterapie, elektrostimulační léčba, farmakoterapie, pesaroterapie a operační léčba. V současné době jsou standardem v léčbě inkontinence moči tzv. páskové metody – TOT (transobturátor tape; transobturátorní páska), TVT-O (tension-free vaginal tape-obturátor; poševní páska bez napětí), mini sling.
  - Základem léčby **hyperaktivního močového měchýře**, tedy rovněž **urgentní inkontinence**, je farmakoterapie. Preskripce anticholinergik náleží specialistovi. V případě úspěšné léčby je možné delegovat preskripci léků ze skupiny parasympatolytik na praktického lékaře. I poté by však měli být pacienti kontrolováni 1x za půl roku u specialisty. Léčba lokálními estrogény v podobě mastí, čípků a tablet je vyhrazena pro specialisty – gynekology a urology.

## Specifické skupiny pacientů

Léčba močové inkontinence má svá specifika vázaná na pohlaví pacienta. Praktičtí lékaři se ve svých ordinacích mohou také setkat se specifickými skupinami pacientů trpících močovou inkontinencí, jako jsou ženy po porodu a muži s karcinomem prostaty.



**V těhotenství postihuje stresová inkontinence až 75 % žen a po porodu přetrvává u více než 37 %.**

Jedná se většinou o přechodnou situaci, pokud ovšem potíže přetrvávají déle než 3 měsíce, má močová inkontinence tendenci stát se dlouhodobějším problémem.



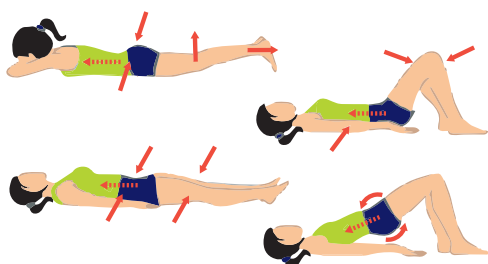
**Močové inkontinenci u mužů se věnuje málo pozornosti, přestože ve věkové kategorii nad 70 let postihuje zhruba každého čtvrtého.**

Specifickou skupinou pacientů jsou muži s onemocněními prostaty.

Podle španělské **longitudinální studie** mají ženy trpící poporodní močovou inkontinencí na konci šestinedělí nižší hodnoty skóre kvality života než ostatní rodičky. Autoři studie poukazují také na nepřímoou vazbu mezi způsobem porodu a kvalitou života v krátkodobém horizontu – nejrizikovější jsou v tomto ohledu ženy, které rodily pomocí porodnických kleští. I tyto informace z osobní anamnézy by tedy měl praktický lékař při péči o pacientky brát v potaz.

### Prevence

Poporodní močovou inkontinenci lze úspěšně minimalizovat pomocí **posilování svalů pánevního dna**. Pozitivní výsledky cvičení se dostávají jak při zahájení posilování svalstva bezprostředně po porodu, tak s větším časovým odstupem. Posilovací cviky jsou účinné také v prevenci inkontinence. Jedná se o konzervativní léčbu první volby, kterou je vhodné doplnit rovněž o trénink močového měchýře. Nutností je ale řádná edukace pacientek na téma inkontinence a vysvětlení významu cvičení.



Močové inkontinenci u mužů se věnuje málo pozornosti, přestože ve věkové kategorii nad 70 let postihuje zhruba každého čtvrtého. Specifickou skupinou pacientů jsou muži s onemocněními prostaty. Jak dokládá řada odborných zdrojů, u pacientů po radikální prostatektomii a radioterapii se může po onkologické léčbě rozvinout stresová inkontinence, která se neobejde bez používání inkontinenčních vložek. Zajímavou kazuistikou relevantní pro praktické lékaře může být případ 70letého pacienta s nádorovým onemocněním prostaty, u něhož bylo součástí medikace **podávání antihypertenziv**.

Z kazuistiky vyplývá, že u nemocných trpících inkontinencí po léčbě karcinomu prostaty je vhodné zvážit vysazení alfa-blokátorů, které mohou inkontinenci zhoršovat. Před zahájením léčby alfa-blokátory by měla být důkladně odebrána anamnéza a u pacientů po výkonu na prostatě nebo ozařování malé pánve by měl lékař volit jiné antihypertenzivum.



**Pokud muži vůbec vyhledají pomoc odborníka v souvislosti s inkontinencí, bývá to stejně jako u žen většinou praktický lékař. Jeho snahou by mělo být především vyšetřit pacienta tak, aby byly odhaleny reverzibilní příčiny.**

### III. INKONTINENCE A PSYCHIKA – SPOJENÉ NÁDOBY

Na spojitost mezi inkontinencí a psychickým stavem upozorňuje řada odborných studií a průzkumů. Problémy se samotným únikem moči, související dyskomfort, strach z nedostatečné spolehlivosti inkontinenčních pomůcek i stud vedou u mnoha takto postižených osob k omezování aktivit mimo domov a kontaktu s okolím. To může dále prohlubovat zdravotní potíže i upadání mentálních funkcí jedince.

To, že se psychická pohoda zhoršuje úměrně s narůstající závažností inkontinence a negativně se promítá také do celkové kvality života související se zdravím, potvrzuje například **mezinárodní průzkum**, kterého se zúčastnilo více než 2000 žen různých věkových kategorií trpících inkontinencí.

- Přestože většina žen z tohoto průzkumu udávala lehkou formu inkontinence, výsledky jasně ukázaly, že i mírné obtíže s udržením moči se promítají do psychické kondice pacientek. Ovlivněny jsou všechny oblasti psychiky – například vnímání sebe sama, optimismus, zájem o okolní dění či zvládání problémů.
- Důležitým faktorem je také edukace pacientek, které mnohdy močovou inkontinencí neřeší ve spolupráci s lékařem a zcela nesprávně spoléhají na různá vlastní opatření, jako je omezování příjmu tekutin nebo trvalé stažení svalů pánevního dne. Součástí edukace by mělo být kromě vysvětlení podstaty a dopadů inkontinence také seznámení s významem režimových opatření, možnostmi léčby a v neposlední řadě představení inkontinenčních pomůcek, které zásadně ovlivňují kvalitu života pacientů trpících únikem moči.



#### PSYCHICKÁ KONDICE PACIENTŮ



**Psychickou kondici pacientů je možné hodnotit pomocí různých nástrojů – uplatňuje se například škála WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Score)**

Tento hodnotící nástroj se 14 otázkami, v nichž může hodnocený získat 14 až 70 bodů, se soustředí jak na subjektivní pocit psychické pohody související s osobním uspokojením a absencí negativních jevů (například pocit studu), tak na seberealizaci a životní hodnoty.



**Péče o psychickou kondici je i s ohledem na zvýšené riziko deprese u inkontinentních osob velmi důležitým aspektem léčby, proto by vhodným psychoterapeutickým přístupům měla být věnována pozornost stejně jako samotné inkontinenci.**



## IV. INKONTINENČNÍ POMŮCKY: PRAKTICKÝ RÁDCE

Výběr vhodných inkontinenčních pomůcek znamená pro pacienty s močovou inkontinencí nejen zajištění hygieny, ale umožní jim také věnovat se aktivitám, které by bez správně zvolené pomůcky byly přinejmenším komplikované. Lékař jako průvodce onemocněním je hlavním zdrojem informací o všech druzích pomůcek i pravidlech úhrady z veřejného zdravotního pojištění a měl by se tedy řádně orientovat i v této problematice.

Škála inkontinenčních pomůcek je velmi široká a vložky, pleny i kalhotky jsou uzpůsobeny nejen stupni inkontinence, ale také pohlaví pacientů. Správně zvolená pomůcka musí pacientovi vyhovovat svou velikostí a savostí a splnit další parametry kvalitní, funkční pomůcky. V tomto duchu by měl lékař představit inkontinenční pomůcky svým pacientům, aby jim dodal potřebnou jistotu a od používání inkontinenčních pomůcek je případnou neznalostí portfolia naopak neodradil. Mnoho pacientů se i přes značný pokrok v oblasti technologie výroby pomůcek domnívá, že inkontinenční vložka je totéž, co vložka menstruační a o široké škále spolehlivých a komfortních pomůcek nemá ani základní povědomí.

**Přehled jednotlivých inkontinenčních pomůcek včetně jejich použití je jednoduše dostupný na stránkách jejich výrobců nebo produktových webech:**

- **Seni**
- **MoliCare**
- **Tena**
- **Abena**
- **Depend**
- **Attends**
- **MEDISUN profi**
- **Igefa**



**Praktický lékař by měl dbát také na prevenci opruzenin či proleženin, které inkontinentním pacientům znepříjemňují a komplikují každodenní život a mohou nepříznivě ovlivňovat celkový zdravotní stav. Lékaři by tedy měli být schopni doporučit také vhodné čisticí, regenerační a ochranné kosmetické přípravky.**

## Jak správně předepisovat inkontinenční pomůcky

Pravidla pro předepisování zdravotnických prostředků stanovují mimo jiné:

- **zákon č. 366/2017 Sb., o zdravotnických prostředcích,**
- **zákon č. 48/1997 Sb., veřejném zdravotním pojištění.** Tento předpis také stanovuje množství a finanční limity pro úhradu inkontinenčních pomůcek.
- Zdrojem aktuálních informací je též Úhradový katalog zdravotnických prostředků vydávaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR.

Poukaz na inkontinenční pomůcky, které jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění, mohou předepisovat kromě odborných lékařů i praktici. K základním pravidlům preskripce patří tyto body:

- Nárok na pomůcky je podmíněn prokázanou inkontinencí.
- Poukaz může pokrýt pomůcky maximálně na dobu 3 měsíců.
- Na poukazu smí být předepsán pouze jeden druh inkontinenční pomůcky, na více druhů je nutné využít více poukazů. Vždy je však potřeba brát v potaz finanční a množství limit, který nesmí být překročen.
- Při preskripci inkontinenční pomůcky se musí uvádět stupeň inkontinence.
- Rozhodnutí o vystavení poukazu nepodléhá předchozímu souhlasu revizního lékaře, každá preskripce ovšem musí být přesně zaznamenána ve zdravotnické dokumentaci pacienta.

## Typy a druhy pomůcek

### Pomůcky se dělí podle stupně inkontinence

Inkontinenční pomůcky (tedy kategorie zdravotnických prostředků 02) se dělí na savé, sběrné a obstrukční. Při jejich předepisování se vychází z těchto stupňů inkontinence:



#### I. STUPEŇ

- Mimovolní únik moči v rozmezí 50–100 ml v průběhu 4 hodin.
- Jedná se především o stresovou inkontinenci, při níž pacienti používají pomůcky nepravidelně.
- Hrazeny jsou dámské i pánské absorpční inkontinenční vložky a pánské absorpční kapsy do výše 450 Kč měsíčně (maximálně 150 kusů).



#### II. STUPEŇ

- Mimovolní únik moči v rozmezí 100–200 ml v průběhu 4 hodin.
- Typický pro reflexní, urgentní či extrauretrální inkontinenci u mobilních pacientů.
- Hrazeny jsou tyto pomůcky:
  - absorpční pleny dámské a pánské do výše 900 Kč a maximálně 150 kusů měsíčně;
  - fixační kalhotky (při současném používání absorpčních plen) do výše 190 Kč a 24 kusů za rok;
  - urinální kondomy (maximálně 30 kusů měsíčně s limitem 700 Kč);
  - sběrné urinální sáčky (maximálně 10 kusů měsíčně do celkové výše 500 Kč).



#### III. STUPEŇ

- Mimovolní únik moči > 200 ml v průběhu 4 hodin.
- Bývá spojen s inkontinencí stolice, pacienti využívají pomůcky trvale.
- Poukaz může být vystaven na tyto pomůcky:
  - absorpční plenkové kalhotky (maximálně 150 kusů za měsíc, do výše 1700 Kč);

- absorpční podložky (maximálně 30 kusů měsíčně s úhradou do výše 75 % konečné ceny ekonomicky nejvýhodnější varianty);
- urinální kondomy a sběrné urinální sáčky ve stejném rozsahu jako u inkontinence II. stupně.



**Inkontinence moči negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů a nepříznivě ovlivňuje všechny sféry jejich osobního i pracovního života. Počet osob, které jí trpí, se bude společně se stárnutím populace pravděpodobně do budoucna zvyšovat. Praktičtí lékaři by proto měli na problematiku úniku moči ve své praxi myslet, aktivně se pacientů ptát a podílet se tak nejen na včasné diagnostice a léčbě u pacientů, kteří inkontinencí trpí, ale i na osvětě a destigmatizaci tohoto problému.**



## Zdroje (v abecedním pořadí):

1. Dajčarová V. Inkontinence ve stáří. Diplomová práce. Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, 2008.
2. Drábková P. Prevence močové inkontinence ve stáří. *Urologie pro praxi* 2015; 16 (3): 127–129.
3. Grzybowska M. E., Wydra D., Smutek J. Analysis of the usage of continence pads and help-seeking behavior of women with stress urinary incontinence in Poland. *BMC Womens Health* 2015; 15: 80, doi: 10.1186/s12905-015-0238-6.
4. Horčíčka L. Diagnostika a léčba močové inkontinence u žen: doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Praha, 2012.
5. Chmel, R. Postavení farmakoterapie v léčbě ženské močové inkontinence. *Remedia 2006 září*; 16(5): 478–482.
6. Chung E., Katz D. J., Love C. Adult male stress and urge urinary incontinence: a review of pathophysiology and treatment strategies for voiding dysfunction in men. *Aust Fam Physician* 2017 Sep; 46 (9): 661–666.
7. Krhut J., Zachoval R., Martan A. a kol. Prevalence symptomů hyperaktivního měchýře u pacientů urologických ambulancí. *Česká urologie* 2011; 15 (3): 181–188.
8. Macaulay M., Broadbridge J., Gage H. et al. A trial of devices for urinary incontinence after treatment for prostate cancer. *BJU Int* 2015; 116 (3): 432–442, doi: 10.1111/bju.13016.
9. Metodika k Úhradovému katalogu VZP – ZP, část P, ze dne 1. 2. 2018.
10. Muže trápí inkontinence stejně jako ženy. Česká urologická společnost ČLS JEP. [online]. [cit. 12. 11. 2018]. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/aktuality/aktualita-muze-trapi-inkontinence-stejne-jako-zeny/>
11. Romžová, M. Možné příčiny vzniku inkontinence a jejich řešení. *Urologie pro praxi*. 2014; 15(5): 221–226.
12. Saboia D. M., Bezerra K. C., Vasconcelos Neto J. A. et al. The effectiveness of post-partum interventions to prevent urinary incontinence: a systematic review. *Rev Bras Enferm* 2018; 71 (Suppl. 3): 1460–1468, doi: 10.1590/0034-7167-2017-0338.
13. Sarkar D., Kumar M. An interesting case of an antihypertensive causing post-prostatectomy incontinence. *BMJ Case Rep* 2015; 2015, pii: bcr2015211576, doi: 10.1136/bcr-2015-211576.
14. [www.seni.cz](http://www.seni.cz)
15. Smith A. P. Female urinary incontinence and wellbeing: results from a multi-national survey. *BMC Urol* 2016; 16 (1): 22, doi: 10.1186/s12894-016-0140-z.
16. Suskind A. M., Dunn R. L., Morgan D. M. et al. A screening tool for clinically relevant urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2015; 34 (4): 332–335, doi: 10.1002/nau.22564.
17. Suskind A. M., Dunn R. L., Morgan D. M. et al. The Michigan Incontinence Symptom Index (M-ISI): a clinical measure for type, severity, and bother related to urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2014; 33 (7): 1128–1134, doi: 10.1002/nau.22468.
18. Triviño-Juárez J. M., Romero-Ayuso D., Nieto-Pereda B. et al. Health related quality of life of women at the sixth week and sixth month postpartum by mode of birth. *Women Birth* 2017 Feb; 30 (1): 29–39, doi: 10.1016/j.wombi.2016.06.005.
19. Zámečník, L., Hanuš, T. Inkontinence moči. Doporučené postupy pro praktické lékaře. Česká urologická společnost ČLS JEP. 2001.



# proLékaře.cz

největší informační zdroj pro lékaře



Odborné články k tématu **Inkontinence**  
Vám pravidelně přináší vzdělávací  
projekt proLékaře.cz.

Přihlaste se k odběru tematického  
zpravodaje na adrese

[www.prolekare.cz/tema/inkontinence](http://www.prolekare.cz/tema/inkontinence)

Registrovat se můžete na

[www.prolekare.cz/registrace](http://www.prolekare.cz/registrace)

**REGISTRACE A VSTUP JE ZDARMA**



**Potřebujete pomoci  
s registrací?**

Napište nám na [info@prolekare.cz](mailto:info@prolekare.cz).

## Vyzkoušejte další možnosti

- + Zdarma je vstup i celá služba
- + Fulltextové vyhledávání ve více než 60 časopisech včetně archívu
- + Kreditované kurzy ČLK a SLK
- + Specializované zpravodaje s nejnovějšími studiemi napříč obory
- + Kongresové zpravodajství

pro  Lékaře.cz

**MeDitorial**, s. r. o.

Lékařský dům  
Sokolská 31/490  
120 26 Praha 2

[www.meditorial.cz](http://www.meditorial.cz)