

A vizeletinkontinencia diagnosztikája, kezelése: eredményesség, életminőség

Dr. Hamvas Antal, Dr. Keszthelyi Attila, Dr. Majoros Attila
Semmelweis Egyetem, Urológiai Klinika, Uroonkológiai Centrum

Az inkontinencia bármely, a húgycsőön keresztül bekövetkező vizeletvesztés. Előfordulásának gyakorisága az életkorral változó. Mivel érinti a népesség 5%-át, népbetegségnek tekinthető annak ellenére, hogy esetenként és típusától függően eredményesen kezelhető tünetről van szó. A stressz (terheléses) inkontinencia kezelését lehetőleg konzervatív módszerekkel kezdjük, majd eredménytelenség esetén műtéttel 80-90%-ban sikeresen javíthatunk a beteg állapotán. Az imperatív vizeletelési ingerek a hiperaktív hólyagtünetekre jellemzőek, kezelésükben a gyógyszerek hatékonyak. Idős korban azonban a mellékhatások miatt a megfelelő nedvszívókkal (betétekkel) érhetjük el a betegek komfortérzetét, életminőségük javítását.

The incontinence is defined as any leakage of urine through the urethra. Its incidence is varying with the age. Since it is present in 5% of the population, it can be considered as a common disease despite the fact that mainly and depending on its type this symptom can be well treated. We start the treatment of the incontinence by conservative methods. If this remains unsuccessful, the following step is surgical intervention that can be successful in 80-90% of cases. The urge incontinence is the characteristic of the hyperactive bladder, its treatment is rather medicinal. Due to the side effects, in the elderly we can rather improve the comfort and quality of life with the use of sanitary pads.

BEVEZETÉS

A vizeletinkontinencia a Nemzetközi Kontinencia Társaság meghatározása szerint az akaratlan vizeletvesztés bármely formáját jelenti a húgycsőön keresztül. A jelenség részben más betegségek kísérő tünete lehet, részben az életkor előrehaladtával keletkező anatómiai eltérések következtében alakul ki. A felnőtt népességben a vizeletinkontinencia előfordulása 5-10%-ra tehető, míg a 60. életév után aránya 30%-ra növekszik. A 70. életév felett a betegek száma ismét emelkedik és az életkor előrehaladtával mindkét nemből elérheti az 50-70%-ot is [1]. Az inkontinencia a fiatalabb korosztály számára beilleszkedési zavart jelent, a középkorúak számára mind szexuális problémát, mind munkaképesség-csökkenést okozhat, ugyanakkor az idősek számára fokozódó izolációt, romló életminőséget jelent.

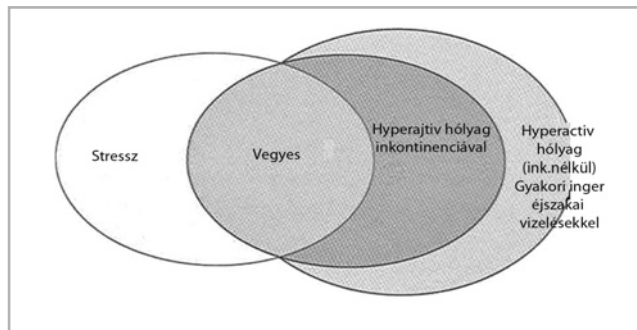
A vizelettartási zavarban a záróizom és a hólyag ürítő izomzat zavara külön-külön és együtt is szerepet játszhat.

Ebből a funkcionális tényből kiindulva határozhatjuk meg a vizeletvesztés formáit.

- Stressz-inkontinencia: többnyire 40 év feletti nőknél fordul elő. A váratlan hasi nyomásfokozódás a hólyagra átvetődve a záróizom elégtelensége miatt vizeletcsepegéshez, elfolyáshoz vezet. A záróizom elégtelenség oka lehet a gátizomzat, valamint a környező szövetek tónusának csökkenése, amely jelentős anatómiai eltérést, a mellső hüvelyfal süllyedését (cisztokéle) okozza, vagy többnyire ismeretlen ok miatt meglévő izomelégtelenség (szfinkter inkompetencia).
- Késztetési vagy sürgősségi (urge) inkontinencia; vezető tünete a váratlanul jelentkező parancsoló vizeletelési inger, amelyet vizeletvesztés követ. Ennek két formáját ismerjük. A hólyag hiperszenzitivitása miatt létrejött vizeletvesztést, amely lehet infekció, hólyagkő vagy daganat jelenlétének a következménye, vagy a hólyagizomzat hiperaktivitása következtében kialakult inkontinenciát. Ennek oka többnyire ismeretlen neurológiai eltérés. Az utóbbi időben elterjedt az overaktív bladder (OAB), vagy hiperaktív hólyag elnevezés, amely mindazon gyakori vizeleteléssel járó panaszt magában foglalja, amikor a beteg napközben több mint tízszer, éjszaka több mint kétszer vizeletel, anélkül, hogy esetleg vizeletcsepegés kísérné a tüneteket.
- Kevert jellegű vizeletvesztés: inkontinencia, amely gyakori vizeleteléssel együtt jelentkezik, és köhögéskor, tüsszentéskor, erőlködéskor egyaránt előfordul a vizeletelcsepegése, elfolyása.
- A neurogén hólyag: vizeletelési inger vagy inger nélküli vizeletelfolyással jár attól függően, hogy a hólyagműködést irányító idegpályák mely része sérül a központi idegrendszerben (gerincvelőben). Az LII.-IV. feletti zavarok esetén detruzor hiperaktivitás, míg az ettől perifériásan lévő sérülések esetén hólyag, illetve záróizom bénulás jön létre. Ide sorolhatjuk a detruzor-szfinkter disszinnergia képét is, amely a plexus hipogasztrikus ThXII.-LIV. közötti rendellenességek miatt alakul ki. Ezt a formát ma már többnyire a neurogén hólyag szinonimjaként tartjuk számon.
- Túlfolyásos inkontinencia: a teljes vizeletrekedés következménye, amikor is a záróizom nem tud ellenállni a hólyag túltelődésének, az izomzat túlfeszülésének. Az ok a húgycső vagy a hólyagnyak elzáródását létrehozó folyamat, illetve a hólyagizomzat bénulása. Nőknél ritkán fordul elő, de egyre gyakrabban látjuk a kismencedei radikális nőgyógyászati műtétek következményeként, vagy

diabetesesek több évtizedes kezelése után, mint perifériás neuropátia következményét. Férfiaknál a prosztatata betegségek játszanak szerepet a kialakulásban. Ellátásuk többnyire urológiai sebészeti feladat. Enurézis nocturna – alvás alatt előforduló vizeletvesztés. A gyermekkorban jellemző kórkép, de felnőttkorban is előfordulhat. Felderítésével kezelésével a gyermeknevelés, gyermeksebészek foglalkoznak.

Az egyes típusok előfordulásának nagyságát egymáshoz való viszonyát jól szemlélteti az 1. ábra.



1. ábra
Az inkontinencia típusainak előfordulása, keveredése

E felosztás a tünetek és a lehetséges okok felől közelíti meg a kérdést, míg a gyógyító orvos számára többet mond, ha az érintett beteg neme és életkora szerint tárgyaljuk a vizeletvesztés formáit és kezelési lehetőségeit.

STRESSZ INKONTINENCIA

A nőknél előforduló akaratlan vizeletvesztés 60-70%-a tiszta stressz-inkontinencia. Az akaratlan vizeletvesztés ilyenkor lényegében a húgyhólyagzáróizom-apparátus gyengesége következtében lép fel intraabdominális nyomásfokozódáskor (pl. nevetés, köhögés, tüszentés), ezeket a szituációkat hívjuk "stresszhelyzeteknek". Két fő formája a medencefenéki süllyedés következtében kialakuló uretra-hipermobilitás (UH) és a záróizom gyengeségéből fakadó intrinszik szfinkter-elégtelenség (ISD, intrinsic sphincter deficiency). E két forma elkülönítésének jelentős szerepe van a műtéti ellátás szempontjából.

A kontinenciáért felelős izmok szinte tölcészerűen veszik körbe a kismedencében lévő urethrát, a vaginát és a rektumot. A kontinencia megtartásában három alapvető mechanizmus játszik szerepet. Ezek csökkenése külön-külön is inkontinencia kialakulásához vezethet:

- A passzív nyomástranszmisszió csökkenése. A medencefenék gyengeségekor (például a méh tartószalagjainak megnyúlásakor) a hólyagnyak megsüllyedhet, így az uretra proximális szakasza kikerül abból az anatómiai pozícióból, ahol még érvényesülhet a passzív nyomásátvitel.
- Az aktív nyomástranszmisszió csökkenése. A harántcsíkkolt szfinkter-apparátus gyengülése a nyugalmi húgy-

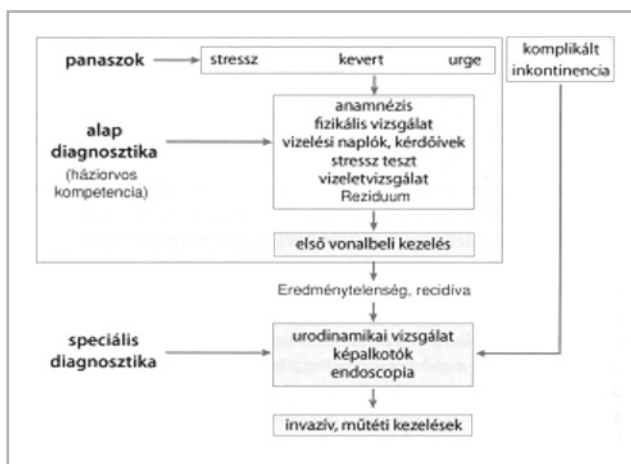
csótónus és stressz-szituációk alkalmával megfigyelhető reflexes záróizom-kontrakció csökkenéséhez vezet.

- Ösztrogénhiány okozta atrófia. A postmenopausában megfigyelhető ösztrogénhiány a nyugalmi húgycsótónus fenntartásában szerepet játszó uretra nyálkahártya atrófiájához és a submukózus vénás plexus csökkenéséhez vezethet.

Diagnosztika

Leggyakoribb tünet, hogy a hasúri nyomásfokozódáskor (köhögéskor, lépcsőn járáskor, emeléskor, aktív fizikai mozgás során) elcsepeg a vizelet. A tünetek jellegzetesek, ezért nagy jelentősége van a kórelőzmény pontos felvételének, melyhez kérdőíveket szoktunk igénybe venni.

A hüvelyi vizsgálat során a mellső hüvelyfal megereszkedését, – cisztokélet – keresünk. A vizeletvizsgálat az infekció kizárása céljából fontos. A vizeletvesztés fokának megítélése urodinamikai vizsgálattal lehetséges, melynek során uroflowmetriát, vizeletnyomás- és áramlásmérést, valamint a töltés hatására a hólyagban létrejövő nyomásváltozások kimutatására cisztometriát végezhetünk. A műtét típusának kiválasztásához sor kerülhet az uretra nyugalmi és stresszprofil vizsgálatára és a Valsalva leak point pressure vizsgálatra. A teljes körű urodinamikai vizsgálat nem minden esetben szükséges, ha a spontán hólyagtelődés mellett (kb. 150-200 ml) nyilvánvaló fekvő és állva a vizeletvesztés. Ekkor elegendő a vizeletáramlás mérése mellett, a reziduális vizeletmennyiség mérése valamint a cisztometria elvégzése. Recidiváló, korábban már operált esetekben, neurológiai eltérések esetén, súlyos urge panaszok megléte során azonban szükséges a teljes állapotfelmérés, vagyis kötelező az urodinamikai vizsgálat elvégzése.



2. ábra
Az inkontinens beteg diagnosztikája

Terápia

A vizeletvesztés enyhébb formáinál konzervatív kezelést kezdünk. Elhízott beteg esetében a fogyókúra terápiás érté-

kü lehet, de a folyadék felvételi szokások, a diuretikus anyagok (kávé, tea, alkohol) fogyasztásának csökkentésével is eredmények érhetők el. A konzervatív kezelés gerincét azonban fizioterápia adja, amelynek lényege, hogy azokat az izomcsoportokat mozgatjuk aktívan vagy passzívan, melyek szerepet játszanak a normális anatómiai helyzet fenntartásában és a húgycső zárási funkciójában. Ez elérhető a gát és a kismedence izmainak tudatos mozgatása révén az u.n. Kegel-féle gyakorlatok, illetve ezek továbbfejlesztett mozgásformáinak segítségével. Ennek lényege, hogy a medencefenék izomzatának (m. levator ani izomcsoportja, m. ischiocavernosus, m. pubococcygeus) önálló mozgására tanítjuk meg a beteget. Az eredményesség meglepően jó lehet, ha fizioterápiás (gyógytornász) szakember vezeti be a beteget a gyakorlatok rejtelmébe. Nagy jelentősége van a gyakorlatok napi számának, tudatosításának és tartós akár évekig tartó végzésének. A tanulás kezdetén a gáti izomerő egyszerű műszerrel mérhető, illetve gyakorlat közben esetenként a beteg által kontrollálható is vizuális úton (biofeedback), valamint a végeredmény is kimutatható. Sajnos az ilyen készülékek egyelőre inkább csak intézetben használatosak [3].

A fizioterápia passzív módszere során a hüvelybe vagy a végbélbe vezetett elektródok segítségével, elektrostimulációval történik a gátizomzat megerősítése. A kezelés lényege, hogy a szfincter elektromos inger okozta összehúzódása fokozza az uretra nyomását, a gátizomzat kontrakcióját létrehozva megemeli a hólyagnyakat, így növelvén a funkcionális uretra hosszát. A kezelést speciális, ún. négyoszög-áram impulzusok segítségével végezzük. A stimulálási idő 2-20 mp között változhat, és 15-20 percig tart. Valamennyi fizioterápiás módszer kulcsa a rendszeresség és a gyakorlás. Ilyen készülékek viszont már egyéni, otthoni használatra is elérhetőek, alkalmazásukkal a beteg kiegészítheti a gáti tornát is.

A gyógyszeres kezelés igazolt záróizom-gyengeség során hatékony. Kifejezett anatómiai eltérés (czisztokéle) esetén csak részleges eredmény érhető el. A gyógyszeres kezelés célja az intrauretrális nyomás növelése az izomtonus fokozása és a húgycsőnyálkahártya, valamint az intersticiális szövetek elaszticitásának növelése révén. Ez esetben alfa-receptor agonista, pl. midodrin, pyridostigmin adható. Idős korban azonban álmatlanságot okozó és vérnyomást emelő mellékhatása miatt alkalmazásuk meggondolandó.

A menopausában jelentkező ösztrogénhiány esetén östriol (0,5-2 mg/nap, illetve krém) javíthat a beteg állapotán. A hormonkezelés megkezdéséhez mindenképpen negatív nőgyógyászati státusz szükséges. Az eredményességet egyelőre randomizált tanulmányok nem támasztják alá. Az antidepresszánsként alkalmazott duloxetine központi idegrendszeri hatása révén csökkenti a paraszimpatikus, de ugyanakkor fokozza a szimpatikus és szomatikus aktivitást az alsó húgyutakban. Ezáltal a kifolyási ellenállás fokozása mellett a detruzor izomzat ellazulását is létrehozza, vagyis fokozódik a hólyagkapacitás. 2x40 mg adagolása mellett csökken

az inkontinens epizódok száma, növekszik a vizeletek közötti időtartam, javul a betegek életminősége. Mellékhatásként hányinger jelentkezhet. A készítmény hazánkban antidepresszánsként törzskönyvezett, az inkontinencia kezelésében nem terjedt el [4].

A konzervatív terápia kudarca esetén vagy a vizeletvesztés súlyos formáiban a műtéti kezelés széles lehetőségei közül választhatunk. Hipermobilis uretra, illetve jelentős mellső hüvelyfali süllyedés esetén a régebben rutinszerűen alkalmazott kolposzuspenziós műtétet (op.sec. Burch) ma már csak igen szűk hüvelybement esetén alkalmazzuk. Ez a mellső hüvelyfal és az uretra kismedencébe való emelését jelenti nyílt, vagy laparoszkópos műtéttel. A hosszú távú eredményességet illetően 5 év után is 80-85%-ban eredményes lehet.

Amennyiben a vizsgálatok záróizom-elégtelenséget igazolnak, úgy a záróizomzat támogatására szolgáló szlagplasztikák (Tension Free Vaginal Tape [TVT] vagy intravaginalis sling [IVS]), illetve ezeknek az obturátor-nyíláson keresztül végzett formái (TVT-O) igen eredményesek. E műtétek lényege, hogy az uretra alatt szövetbarát polipropilén szalagot vezetünk át, amely lehetővé teszi a húgycső zárási nyomásának növelését.

Erdményességük 90-95% az 5 éves utánvizsgálatok esetén is [5]. Ritkán – többnyire az előző műtétek eredménytelensége esetén – kollagén vagy szilikonpaszta injekciót adhatunk transzuretrálisan a belső szfincter mellé. Ezek a műtétek akár 70-90 éves korban is elvégezhetőek a kis műtéti megterhelés és a jó eredményesség miatt.

Sikertelen kezelés után ma már kiváló minőségű vizeletgyűjtő pelenkákat vagy az anatómiai eltérést korrigáló hüvelyi tamponokat rendelhetünk. Az állandó katéter a legrosszabb megoldás, a tartós húgyúti infekció megrövidíti betegünk életét, és rontja életminőségüket, ezért lehetőleg ne alkalmazzuk.

KÉSZTETÉSES (URGE) INKONTINENCIA-HIPERAKTÍV HÓLYAG, OVERACTIV BLADDER (OAB) SZINDRÓMA

A nők nagyon gyakori panasza, hogy a vizeletürítések száma meghaladja a napi 10-et, és egy-egy alkalommal csak 50-100 ml vizelet ürül. Néha az is előfordul, hogy a váratlan inger mellett nem érik el a toalettet, és néhány csepp vizeletet veszítenek. Ezt a jelenséget késztetéses vagy urge tünetnek, illetve inkontinenciának nevezzük, de az újabb meghatározás szerint a már korábban említett „overactiv bladder” (hólyag hiperaktivitás) is hasonló tüneteket okoz. Az összes inkontinens beteg 20--30%-a szenved ilyen tünetektől. Nagyon gyakran stressz-inkontinenciával együtt jelentkeznek. A vizeletési panaszok e két formája a neurogén hólyag tünetei és a hiperaktív hólyag között csak cisztomanometriás vizsgálattal tudunk különbséget tenni.

A késztetéses inkontinencia etiológiája alapján lehet primer, idiopátiás hólyagbetegség, illetve a húgyhólyag másodlagos megbetegedése miatt létrejött inkontinencia. Ennek alapján a gyakori imperatív ingerekkel jelentkező tü-

neteket előidézhetik a hólyagfalban lévő érző ganglionok rendellenességei, simaizom-eltérések, ismeretlen kórereditű neuropátiák vagy diabeteses polineuropátia. A hólyag urológiai eredetű betegségei (gyulladás, kő, daganat) vagy a húgycső szűkülete okozta következményes nehézzivelés is vezethet tünetek kialakulásához.

Diagnosztika

A tünetek felmérésében sokat segít a beteg által vezetett vizelési napló. Ebben a beteg feljegyzi a vizelések számát és az ürített mennyiség is fontos információt ad arról, hogy ténylegesen gyakori vizelésről vagy csak nagyobb folyadékfogyasztás mellett jelentkező pollakisziáról van szó (pl. diabetes insipidus). A fizikális vizsgálat során a kevert jellegű formák stressz-komponensének okát (cisztokele) is felfedezhetjük. Tiszta urge inkontinencia esetén a fizikális vizsgálat során hüvelyi fluorra, cisztokelére vagy húgycső-prolapsusra derülhet fény. A vizeletüledék vizsgálata gyakran mutat pyúriát (különösen szenzoros jellegű urge esetén). A hólyagdaganat vagy -kövesség kizárására célszerű hasi ultrahangvizsgálatot végezni, a korlátozott mértékű hólyagkapacitás azonban erősen behatárolja a vizsgálat értékét, így a cisztoszkópia nem kerülhető el.

A cisztometria során neurogén eredet esetén 15 vízcm-t meghaladó spontán vagy provokációra (például köhöggetésre, jeges víz tesztre) jelentkező detruzor-kontrakciót mérünk, míg idiopátiás eredet esetén már 150 ml töltési volumen előtt jelentkezik az első vizelési inger vagy kontrakció.

Terápia

A kezelés első lépése a lehetséges kiváltó okok megszüntetése (cisztitisz szanálása, kő vagy tumor eltávolítása, cisztokéle megszüntetése, szűkület bemetszése, szenilis vulvovaginitis kezelése). A legkevésbé invazív terápia a viselkedésterápia. A módszer magában foglalja a toalett tréninget (mindig meghatározott időben a toalettre menni, az ingert megelőzni) és a mikciós tréninget (az inger jelentkezésekor mindig egy kicsit edzeni a hólyagot, a toalett előtt kivárni).

Ezen vizelettartási zavarok esetén mivel a hólyag kontrakcióját a detruzor izomzatban lévő kolinerg (muszkarin) típusú receptorok ingerlése váltja ki, az antikolinerg (muszkarin antagonist) szerek jól alkalmazhatóak a kontrakcióképeség csökkentésére. Mivel muszkarin receptorok a szervezet számos más szervében is nagy számmal találhatóak így sok mellékhatással (szájszárazság, székrekedés, tachykardia, akkomodációs látászavar) is kell számolni.

Hazánkban számos szer van forgalomban, amelyek közül a gyakorlatban már évek óta elterjedt oxybutinin direkt simaizom relaxáns és lokális anesztetikus hatással is rendelkezik. Különösen idős korban az ajánlott 3x5mg dózis helyett érdemes alacsonyabb, 2-3x2,5 mg adaggal, u.n dózis-redukcióval kezdeni, és így elkerülhetők a mellékhatások. Az egyébként antidepresszánsként használt imipramin napi

2x25 mg adagban is javíthat a betegek panaszain. Az utóbbi időben kerültek előtérbe a kevesebb mellékhatással rendelkező muszkarin receptor antagonisták. A tolterodin napi 1-4 mg, a darifenacin napi 15 mg, a solifenacin napi 5-10 mg, adagban sikeresen és viszonylag kevés mellékhatással enyhíti a betegek vizelési panaszait. Szignifikánsan csökkentik a vizelések számát, növelik a hólyagkapacitást [2]. A régóta alkalmazott trospium klorid előnye, hogy nem hatol át a vér-agy gáton, ezáltal a központi idegrendszeri mellékhatások (zavartság, látászavar stb.) nem kifejezettek, így időskorban használatuk a többi szernél előnyösebb.

Nem tolerálható mellékhatások, vagy különösen idiopátiás urge inkontinencia esetén jó eredménnyel alkalmazható a klip elektródokkal (szeméremtest vagy penisgyök) végzett szeméremideg stimuláció. Az utóbbi időben egyre gyakrabban alkalmazzuk a hólyagfal botulinum toxinnal történő infiltrációját, mivel ismeretlen eredetű imperatív ingerekkel járó gyakori vizelés esetén jó hatásúnak bizonyult. A hatás 3-6 hónapig is csökkentheti a tüneteket. A kezelések ismételtetők.

Műtéti megoldás csak a gyógyszerre nem reagáló esetekben jön szóba. A vizelési központból kiinduló hátsó idegyökök átvágása, vagy elektromos ingerléssel történő gátlása idegsebészeti beavatkozás. A szakrális neuromoduláció ma már világszerte elterjedt beavatkozás. Lényege a szakrális gyökhöz stimátor csatlakoztatása, amely mind detruzor túlműködésben, illetve hipotóniában is alkalmazható. A betegekben ritkán kialakuló végstádiumú zsugorhólyag vékonybél kaccsal történő megnagyobbítását, augmentációját végzik, így hozva létre nagy kapacitású és kis nyomású hólyagot.

NEUROGÉN HÓLYAG

A vizeletvesztés oka és formája a hólyagműködést irányító reflexpályák sérülési szintjétől függ. Teljes lézió esetén vizelési inger nélküli vizeletelfolyás jelentkezik. A vizelési központ (LII.-VI.4) felett elhelyezkedő sérülés (ún. felső motoneuron lézió) esetében detruzor-hiperaktivitás, spasztikus szfinkter-funkció jellemző. A szakrális vizelési központ szintjében vagy alatta történt idegi károsodás (alsó motoneuron lézió) következtében a hólyag és a záróizomzat petyhüdt bénulása jön létre. Az ide sorolt detruzor-szfinkter disszinergia a plexus hypogastricus ThXI.-LII. szakaszának sérülése után jön létre. Ezek az állapotok rendszerint a központi idegrendszer sérülés, illetve akut vagy krónikus idegrendszeri betegségek (pl. stroke, szklerózis multiplex, porckorongsérv okozta neuropátiák) következtében jönnek létre.

Diagnosztika

A diagnózishoz elengedhetetlen az anamnézis felvétele és a gerincsérülés magasságának ismerete. Az általános urológiai vizsgálatok kiegészítendőek a speciális reflexkörök vizsgálatával: a pontos diagnózis felállításának lényeges eleme az anális reflex vizsgálata, valamint a genito-urinális

régióban végzett érzés- és fájdalomvizsgálat. A rutin gyakorlat részét képezi a húgyúti fertőzés kizárását célzó vizeletvizsgálat. A hasi ultrahangvizsgálat célja a vizeletretenció mérésén túl a veziko-renális reflux megítélése. Az urodinamiás vizsgálat során a cisztometriát – a detruzor-szfinkter disszinergia bizonyítására végett – gáti EMG-vizsgálattal egészítjük ki.

Terápia

A terápia célja kis nyomású hólyag létrehozása és reziduum-mentes vizeletürülés elérése. Alsó motoneuron lézió esetén, (ha a sérülés részleges), vizeletürülés provokálható oly módon, hogy a telt hólyag felett kopogtatással detruzor-kontrakciót provokálunk, melyet kézzel (Crede-féle műfogás) vagy mély beléggzéssel (Valsalva-manőver) segíthetünk. A módszer akkor hatásos, ha nem marad jelentős mennyiségű retenció. Amennyiben vizelés során 150 ml feletti retenciót észlelünk, a beteget intermittáló katéterezésre (CIC) kell megtanítani. Ehhez a művelethez síkosított katéterek állnak rendelkezésre. A naponta bevitt folyadék mennyiségének legalább 2000 ml-nek kel lennie, az egy alkalommal lebocsátott vizelet nem lehet több mint 500 ml. Rutinszerű antibiotikum-terápiára nincs szükség, vizeletsavanyítás (metionin tabletta 500 mg,3x2 naponta) és vizeletdezinficiálás alkalmazható. A kis dózisú, váltott antibiotikum-kezeléssel kapcsolatban eltérő vélemények fogalmazódnak meg a szakirodalomban. A hólyagizomzat ingerlésének lehetséges módja a piridostigmin bromid tabletta naponta 2-3x60 mg adása. Felső motoneuron lézió esetén a spasztikus hólyagbénulás dominál, a kezelés során a motoros urge terápias ajánlásában foglaltakat kell követni. Gyógyszeresen vagy sebészileg rizotomia útján atóniás hólyagot képezhetünk, majd intermittáló katéterezéssel ürítheti ki a beteg a hólyagját. Az állandó katéter behelyezése kerülendő, mivel infekciót tarthat fenn. Detruzor-sphincter disszinergia esetén célszerű alfa blokkoló alfuzozint (1x1 tbl.), tam-

sulozint (1x1 tbl.) vagy doxazozint (1x1 tbl.) adni a hólyagnyak-relaxáció létrehozására.

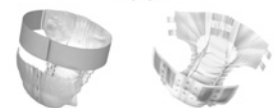


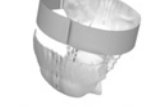
INKONTINENCIA IDŐS KORBAN

A statisztikák szerint a 70 év feletti korosztályban nemtől függetlenül akár 60-70% is lehet a vizelet-inkontinencia előfordulása. Ennek súlyossága az alkalmanként előforduló, néhány cseppnyi vizeletvesztéstől a stroke miatti paraplegia következtében fellépő vizelettartási képtelenségig terjedhet.

Szembe kell néznünk azonban azzal a ténnyel, hogy a népesség előregedésével együtt egyre nagyobb lesz azok aránya, akik változó formájú és mennyiségű vizeletvesztésről számolnak be. Ez elsősorban az egyént terhelő, de a társadalom is jelentős terhet vállal a gyógyszerek, műtétek és az inkontinencia területén használt egyéb segédeszközök költségei tekintetében. Lényegesnek tartjuk felhívni a figyelmet, hogy a 70. életév felett is számtalan módszer áll rendelkezésünkre a tünetek megszüntetésére vagy enyhítésére. Annak ellenére, hogy ebben az életkorban más súlyosabb betegség is befolyásolhatja az állapotot (így például a gyógyszeres kezelés alkalmazását mellékhatások gátolják), a szakorvosi vizsgálat feltárhatja az esetleg egyszerű műtéttel, fizioterápiás kezeléssel vagy inkontinencia-segédeszközzel megszüntethető okokat, illetve jelentősen javíthatjuk a beteg életminőségét.

KÖVETKEZTETÉSEK, GYAKORLATI TUDNIVALÓK

Tagadhatatlan hogy az inkontinencia előfordulását tekintve népegészségügyi probléma, hiszen a népesség legalább 5%-át érinti, különösen az életkor növekedésével egyre több beteggel találkozunk az enyhe, az életminőséget befolyásoló, illetve előrehaladott, a társbetegségekkel együtt komoly ápolási problémát okozó állapotokig bezárólag. A tünetek jellegzetességéből adódóan a nem megfelelő ellátással együtt járó jegyek (szag, szennyezett ruházat, bőrrirritáció, gombás felülfertőzések stb.) mind az ellátás költsé-

		BETEG ÖNELLÁTÓKÉPES?	
		IGEN	NEM
Inkontinencia jellege, tünetei összetettek (900 ml/nap feletti vizeletvesztés / székletinkontinencia fennállása)	IGEN	<p>PREFERÁLT: „hermetikusan” záró, vagy sokszorosan fel/le helyezhető szimmetrikus alaptípus</p> 	<p>PREFERÁLT: „hermetikusan” záró alaptípus</p> 
	NEM	<p>PREFERÁLT: beteg által leghasználhatóbbnak ítélt alaptípus, (hemiplegia/apraxia esetén alsónemű-szerű)</p> 	<p>PREFERÁLT: sokszorosan fel/le helyezhető, szimmetrikus kialakítású alaptípus</p> 

3. ábra
A betétkiválasztás szempontjai

geit növelik és a beteg életét rövidíthetik. Éppen ezért csak a teljes szociális kontinenciát biztosító módszerek (konzervatív, gyógyszeres, műtéti valamint a jó minőségű nedvszívók) teszik lehetővé a rehabilitációt, az elfogadható életminőséget.

Mivel az inkontinens betegek nagyjából 50%-a krónikus fekvőbeteg, illetve időszotthoni szociális ellátott, szükség

lenne e téren kiképzett szakszemélyzet (kontinencia nővér) képzésére, illetve az eszközválasztás sémájára (3. ábra).

Ezen ismeretek birtokában csökkenthető a felesleges nedvszívó használat, a beteg urogynekológus által végzett kontrollvizsgálata lehetővé teheti a még esetleg véglegesen ellátható betegek kiszűrését is.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., és mtsai: A community based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian Epincont study, *J Epidemiol*, 2000,53,1150-7
- [2] Abrams, P., Andersson, K-E., Artibani, W. és mtsai: Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence, in: Abrams, P., Cardozo, L., Wein, A. editors: 2nd Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd. 2002,1079-1117
- [3] Cardozo, L., Staskin, D., editors: Textbook of female urology and urogynecology London, Martin Dunitz Ltd. 2002.
- [4] Millard, R.J., Moore, K., Rencken, R. és mtsai: Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four continent randomized clinical trial, *BJU Int*, 2004, 93: 311-318
- [5] Ulmsten, U., Falconer, C., Johnson, P. és mtsai: A multicenter study of tension free vaginal tape (TVT) for surgical treatment of stress urinary incontinence, *Int. Urogynecol. J. Pelvic floor dysfunction* 1998,9,210-13
- [6] Inkontinencia-diagnosztika, terápia, rehabilitáció, Második bővített kiadás (szerk: Katona F., Hamvas A., Klauber A.) – Medicina, Budapest 2013.
- [7] Az inkontinens beteg ápolása (szerk. Katona F., Hamvas A., Klauber A.) Medicina, Budapest, 2013.
- [8] Pytel Ákos, Kenyeres Balázs.: A vizeletinkontinencia kezelése, *Háziorvosi Továbbképző Szemle*, XVIII. 8. 484-488. 2013.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Hamvas Antal PhD egyetemi docens. Több évtizede foglalkozik a vizeletürítés és tartás zavaraiival. Az urodinamikai munkacsoport egyik létrehozója. Továbbképzések, inkontinencia sebészeti bemutatók szervezője. A Magyar Kontinencia Társaság alapító tagja, főtitkára. Számos közleményt publikált e témában. Szerkesztője az

első, inkontinencia témájú, annak minden oldalával foglalkozó szakkönyvnek.



Dr. Majoros Attila PhD egyetemi docens Több évtizede foglalkozik az inkontinens betegekkel. Neurorológiai tevékenységet végzett Innsbruckban. Jelenleg is aktív nemzetközi kapcsolatainak vannak. Mindennapos tevékenysége a neurogén vizeletelési panaszokkal



Dr. Keszthelyi Attila PhD egyetemi docens. A Semmelweis Egyetem Urodinamikai Ambulanciájának két évtizede munkatársa. Neurorológiai képzést Innsbruckban szerzett. A hólyagpótlás, vizeletes stomaképzés, gondozás specialista. Aktív tudományos tevékenysége a vizelet inkontinenciához kapcsolódik, közlemények szerzője,

társszerzője.

szervenők vizsgálása, kezelésük menedzselése. Elsők között végzett férfi inkontinens betegeknek műsphincter beültetést, illetve szalagműtétet nőknél és férfiaknál egyaránt. Nevéhez fűződik a szakralis neuromoduláció végzésének megszervezése is a Klinikán. Az urogynekológiai szakcsoport megszervezője, aktív működtetője.