

Fyzioterapeutické přístupy v konzervativní léčbě močové inkontinence

Bc. Romana Holaňová¹, doc. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.²

¹Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava

²Urologické oddělení FN Ostrava

Močová inkontinence se stává diskutovaným tématem laické i odborné veřejnosti. Konzervativní nefarmakologická terapie (fyzioterapie) je dle současných doporučení léčbou první volby u všech typů inkontinence nižšího stupně závažnosti. V současnosti existuje několik fyzioterapeutických přístupů. Jediným standardizovaným komplexním přístupem je zatím u nás terapie dle tzv. „Ostravského konceptu“, který díky standardním diagnostickým i léčebným schémátům umožňuje hodnocení efektivity takto vedené terapie podle zásad „evidence based medicine“.

Klíčová slova: močová inkontinence, fyzioterapie, přístupy ve fyzioterapii, svaly pánevního dna, „Ostravský koncept“, elektrostimulace a biofeedback.

Physiotherapeutic approaches in conservative treatment for urinary incontinence

Urinary incontinence is becoming a widely discussed issue among the lay and expert public. According to the current guidelines, conservative nonpharmacological therapy (physiotherapy) is the first-choice treatment for all types of less severe incontinence. Currently, there are several physiotherapeutic approaches. In the Czech Republic, the only standardized comprehensive approach to date is the therapy based on the so-called “Ostrava Concept” which, due to standardized diagnostic and therapeutic protocols, allows the effectiveness of the method to be assessed according to the principles of evidence based medicine.

Key words: urinary incontinence, physiotherapy, approaches in physiotherapy, pelvic floor muscles, “The Ostrava Concept”, electrostimulation and biofeedback.

Urolog. pro Praxi, 2010; 11(6): 308–309

Úvod

K velmi častým zdravotním problémům, zejména ženské populace, patří inkontinence moči. V celosvětovém měřítku jí trpí stamiliony lidí. Posledních několik desítek let jsme svědky rostoucího zájmu o tuto problematiku jak ze strany odborné, tak laické veřejnosti. Nejčastějšími formami inkontinence, se kterými se fyzioterapeut může setkat, jsou inkontinence stresová a hyperaktivní měchýř – OAB (symptomový komplex definovaný jako závažná urgence, provázená zvýšenou frekvencí, nykturií a v některých případech i urgentní inkontinencí). Velmi častá je také jejich kombinovaná forma s převahou jedné z výše zmíněných složek.

Osvětový program České společnosti podpory zdraví „Incoforum“ provedl v minulosti průzkum s cílem zjistit, jakou léčbu by si lidé vybrali, pokud by trpěli močovou inkontinencí. Pouze kolem 20 % respondentů uvedlo, že by jim mohla pomoci fyzioterapie. Nabízí se otázka, PROČ? je toto procento tak nízké. Jednou z možných odpovědí může být celkový pasivní přístup našich pacientek k léčbě. Dále pak rozšířená forma skupinového cvičení, při kterém ani pacientka ani terapeut netuší, zda dochází při cvičení k aktivitě svalů pánevního dna (PD)

či nikoliv. Celkový efekt cvičení ve skupině je pak velmi nízký. Pomůže pouze těm, kteří mají jen velmi lehou formu inkontinence, vzniklou na základě pouhé dekonidice svalů pánevního dna. Tento výsledek pak může přispívat k udržování názoru laické i odborné veřejnosti, že cvičení u inkontinentních pacientek není efektivní. Poslední možnou odpovědí je častá absence diferenciální diagnostiky. Je nutno si uvědomit, že inkontinence je symptomem nikoliv onemocnění. K fyzioterapii by proto měly být odesílány pacientky s jasnou indikací na základě vyšetření urologa či urogynekologa.

Fyzioterapeutické přístupy

V současné době existují v podstatě čtyři způsoby, jak k pacientce z fyzioterapeutického pohledu přistupovat. Prvním, a zároveň nejstarším, je forma prostého „posilování“ svěračů (Kegelovy cviky (1)), jehož nevýhodou je absence komplexního přístupu v terapii. Nezohledňuje ostatní složky pohybového aparátu, které se podílejí na vzniku a trvání dysfunkce svalů PD (další zřetěžené poruchy). Současně zde chybí také práce s dalšími funkcemi vrstev svalstva pánevního dna. Tento přístup pak nejenže nemusí vést ke zlepšení

kontinence pacientky, ale může také prohloubit svalovou dysbalanci mezi jednotlivými funkcemi vrstev PD (2).

Druhým možným způsobem jak přistupovat ke cvičení PD za účelem zlepšení kontinence pacientky je tzv. „synkinetický přístup“. Ten využívá volní kontrakce velkých svalových skupin upínajících se v blízkosti úponů svalů PD (např. adduktorů a gluteálních svalů) a předpokládá reflexní aktivitu PD. Tato aktivita je ale relativně velmi nízká. Tento typ cviků se hojně objevuje v různých cvičebních brožurách, letácích a doporučeních pro pacientky. Téměř v každé české urologické či gynekologické ambulanci je můžeme najít. Jeho efekt je taktéž relativně malý, neboť pacientka se nenaučí diferenciovat ovládat PD a následně pak použít v krizové situaci (kterou je u stresové inkontinence např. kýčání, zvedání břemen, kašel, u OAB urgence). Stále totiž netuší „kde má“ PD. Toto tvrzení se může zdát úsměvné, nicméně naše dlouholeté zkušenosti dokazují, že jen relativně malé procento žen dokáže po pouhé slovní instrukci správně aktivovat PD.

Třetím přístupem je celkový – „posturální přístup“, kdy nahlížíme na pacientku v její celistvosti.

Vnímáme PD jako jednu ze složek hlubokého stabilizačního systému, který má nezastupitelnou roli v posturální stabilizaci trupu. Tento přístup zohledňuje také existenci dalších zřetězených poruch, které mohou negativně ovlivňovat funkci PD. Nicméně důležitým nedostatkem této formy terapie je opět absence náviku izolované volní kontrakce PD. Tak jako v druhém výše zmíněném přístupu nedokáže pacientka zvládnout krizovou situaci, protože taktéž stále netuší, KDE má a JAK použít PD. Jen u velmi lehké formy inkontinence postačí pouhé zlepšení kondice PD (zde také nepřímou, v rámci posturálně stabilizační funkce) ke zajištění kontinence. U těžších forem močové inkontinence je nutno aktuálně použít při zvládání krizové situace volní kontrakce PD – princip „find and use“ (3). Jeho obsahem je vědět, KDE je a JAK použít PD. Tedy ne pouze cvičit několikrát denně bez další schopnosti aplikace. Volní kontrakce, jak ukázala naše měření, jsou až čtyřnásobně silnější než reflexní. Dokáží tedy daleko lépe zajistit stabilitu a oporu močové trubici a močovému měchýři.

Čtvrtou metodou je tzv. „Ostravský koncept“ (2, 4), který spojuje posturální přístup s nácvikem izolované kontrakce jednotlivých funkčních vrstev svalů PD. V první fázi jsou všechny pacientky stručně edukovány o anatomii a fyziologii dolního močového traktu a PD, základních rysech patofyziologie inkontinence moči a metodách a cílech léčby. Dalším krokem je vstupní kineziologické vyšetření, jehož součástí je i vyšetření stavu svalů pánevního dna per vaginam. Terapie je pak vedena dle nálezu kineziologického rozboru současně s nácvikem schopnosti selektivní vědomé kontrakce svalů pánevního dna. Nácvik je prováděn nejprve dle jednotlivých funkčních vrstev pánevního dna (2), dále pak izolovaně PD jako komplex a na závěr jako součást stabilizační jednotky trupu. Cílem terapie dle tohoto konceptu není prostě zvýšení síly svalů PD, ale zlepšení jeho funkce tak, aby došlo k maximálně možnému zajištění kontinence moči podle principu „find and use“ (3). U pacientek, které nejsou schopny žádné nebo dostatečně kvalitní kontrakce svalů PD, se využívá elektrostimulace vaginální elektromyografickou (EMG) sondou k facilitaci aferentace a zlepšení percepce oblasti PD v kombinovaném programu umožňující také biofeedback. U pacientek trpících hyperaktivním měchýřem je součástí kinezioterapie také mikční trénink (5, 6). Důležitým faktem je také délka fyzioterapie. Je potřeba, aby nebyla ukončena předčasně! Jakýkoliv efekt můžeme totiž očekávat nejdříve za dva měsíce od zahájení, s maximem účinku za šest měsíců! V tomto

smyslu musí být edukována i pacientka, ve snaze zabránit ztrátě motivace a předčasnému samovolnému ukončení terapie. Celkový počet návštěv se pohybuje v průměru od osmi do desíti. První návštěvy jsou plánovány v odstupu zhruba jednoho týdne (vždy individuálně dle potřeby), dále se prodlužují až na dobu pěti až šesti týdnů. Pouze v případě, že dojde k úplné úpravě obtíží dříve než za šest měsíců, lze fyzioterapii ukončit předčasně. Díky standardním diagnostickým i léčebným schémátům umožňuje „Ostravský koncept“ hodnocení efektivity takto vedené terapie podle zásad „evidence based medicine“.

Mnoho pacientek také „cvičí“ pánevní dno tak, že přerušují proud moči během močení. Tento široce tradovaný zvyk není vhodný, protože může vést po čase až k porušení správného mikčního stereotypu a následně až k neschopnosti zcela vyprázdnit močový měchýř.

Diskuze

Konzervativní nefarmakologická terapie je dle současných doporučení léčbou první volby u všech typů inkontinence nižšího stupně závažnosti. Její účinnost byla dostatečně prokázána (7, 8). Zatímco ve skandinávských zemích, Velké Británii, USA a Austrálii je velmi rozšířena, v našich podmínkách hraje spíše okrajovou úlohu. Domácí cvičení dle informačních brožur a letáků nebo formou skupinového cvičení většinou nevede k úspěchu. Pacientkám chybí zpětná kontrola o tom, zda vůbec aktivují svaly pánevního dna a pokud ano, pak v jaké kvalitě. A také průběžná korekce dalšího postupu ze strany fyzioterapeuta. Díky tomu je cvičení jen málo efektivní. To pak má zřejmě za následek celkovou diskreditaci nefarmakologické konzervativní terapie v očích odborníků i laické veřejnosti.

Léčbu by měl vést fyzioterapeut specializovaný na problematiku močové inkontinence, nejlépe jako člen mezioborového týmu. Dále je vhodné mít na paměti komplexní přístup k terapii ve smyslu ovlivnění nejen izolované svalové síly PD, ale také dalších zřetězených poruch, které svou existencí negativně ovlivňují funkci PD. Je důležité mít na zřeteli, že svaly PD jsou součástí pohybového aparátu jako celku. Mimo jiné jsou jednou ze složek hlubokého stabilizačního systému, který má nezastupitelnou roli v posturální stabilizaci trupu. Do tohoto komplexního přístupu řadíme v rámci behaviorální části terapie také ovlivnění pohybových návyků, mikčního stereotypu, úpravu životosprávy a pracovního či sportovního zatížení. Naše výsledky (9) ukazují, že komplexní fyzioterapie inkontinence je efektivní léčebnou metodou. V kontextu cílů fy-

zioterapie inkontinence moči je cenný zejména významný nárůst střední hodnoty svalové síly kontrakce PD a také délky jejího trvání. Dá se tedy říci, že se jedná v první řadě o zlepšení funkce PD. To umožňuje pacientkám daleko efektivněji využívat kontrakci pánevního dna v „krizových situacích“. Ke stejným závěrům došel ve své studii např. i Hahn, který rovněž nepozoroval zvýšení maximální síly svalů pánevního dna, ale přesto dosáhl u 23 % pacientek vyléčení a u 48 % významného zlepšení stavu (10).

Závěr

Komplexní fyzioterapie podle principů „Ostravského konceptu“ je účinná metoda v léčbě inkontinence. Její hlavní výhodou je naprostá absence nežádoucích účinků, při selhání nevyžaduje použití žádné z dalších léčebných metod. Díky standardizovanému postupu umožňuje hodnocení terapie na základě „evidence based medicine“.

Literatura

1. Kegel AH. Physiologic therapy for urinary stress incontinence. J Am Med Assoc. 1951; 146(10): 915–917.
2. Holoňová R, Krhut J, Muroňová I. Palpační vyšetření svalů pánevního dna. Rehabilitace a fyzikální lékařství 2007; 14: 87–90.
3. Miller J, Ashton-Miller J, De Lancey JOL. The Knack: use of precisely-timed pelvic muscle contraction can reduce leakage in SUI. Neurourol Urodyn 1996; 15: 392–393.
4. Krhut J, Holoňová R, Muroňová I. „Ostravský koncept“ fyzioterapie v léčbě močové inkontinence, Rehabilitace a fyzikální lékařství 2005; 12: 122–128.
5. Alhasso AA, McKinlay J, Patrick K, et al. Anticholinergic drugs versus non-drug active therapies for overactive bladder syndrome in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2006; 18(4): CD003193.
6. Krhut J, Holoňová R, Muroňová I. Fyzioterapie v léčbě hyperaktivního měchýře, Rehabilitace 2005; 42: 131.
7. Berghmans LC, Hendriks HJ, De Bie RA, et al. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. BJU Int 2000; 85(3): 254–263.
8. Wallace SA, Roe B, Williams K, et al. Bladder training for urinary incontinence in adults. Cochrane Database Syst Rev 2004; 1: CD001308.
9. Krhut J, Holoňová R, Muroňová I. Výsledky konzervativní nefarmakologické terapie u pacientek s močovou inkontinencí. Čes Gynecol 2007; 72(6): 406–409.
10. Hahn I, Sommar S, Fall M. Urodynamic assessment of pelvic floor training. World J Urol 1991; 9: 162–166.

Článek přijat redakcí: 31. 5. 2010

Článek přijat k publikaci: 28. 6. 2010

Bc. Romana Holoňová

Klinika léčebné rehabilitace FN Ostrava
17. listopadu 1790/5, 708 00 Ostrava
holanova.r@seznam.cz

