

Význam sítkových implantátů při rekonstrukcích pánevního dna u žen

MUDr. Miroslav Krhovský

Urologické oddělení Nemocnice Kyjov

Defekty pánevního dna u žen jsou velmi rozšířeným problémem. Odhaduje se, že až 11 % žen potřebuje řešit nějakou formu prolapsu pánevních orgánů (POP, Pelvic Organ Prolapse). Jen stěží lze předpokládat, že se bude tento statistický údaj výrazněji měnit. Operační postupy stále procházejí zákonitým vývojem. V minulosti prováděné samostatné kolporafie v dnešní době již nejsou aktuální a kolpokleiza je indikována výjimečně. Významný počet neuspokojivých výsledků po klasických operacích byl příčinou hledání nových chirurgických technologií v této oblasti. Prevalence reoperací v zemích, kde probíhají relevantní klinické studie, je vysoká. Olsen a kol. ve své studii uvádí 29,2% výskyt recidiv, Whiteside v prospektivní studii prezentuje dokonce 58 % recidiv po vaginálních operacích pro POP (1, 2). Zavedení sítkových implantátů do operativy pánevních prolapsů znamenalo zásadní zvrat v této problematice. Sítkové implantáty začaly být užívány při operacích pánevních prolapsů po dobrých zkušenostech se sítkami při řešení břišních kýl a také po přelomových zkušenostech při řešení stresové inkontinence (SI) implantacemi tahuprostých suburetrálních pásek. Přinesly do operativy POP jeden zásadní prvek – schopnost přemostit i velké plošné defekty pojivové tkáně vzniklé porodním traumatem nebo pánevní operací. Jejich použití při operaci POP je však daleko náročnější než při operacích břišních kýl, protože POP je specifickou kýlou v dynamicky náročném prostoru. Při těchto operacích zasahujeme do velmi citlivých funkcí, jakými jsou močení, defekace a sexuální funkce. Jejich zavedení do chirurgické praxe lze jednoznačně považovat za pokrok, přesto že klinické výsledky při jejich používání byly někdy rozpačité. Především se objevily zcela nové typy komplikací, s jejichž řešením nebyly žádné zkušenosti. Přes řadu komplikací při zavádění pánevních implantátů vývoj dosáhl takové úrovně, kdy lze dosahovat prakticky anatomických rekonstrukcí pánevního dna s vynikajícími funkčními výsledky. Pánevní implantáty lze zavádět transvaginálně nebo transabdominálně. U transabdominálního přístupu je aktuální miniinvasivní laparoskopická nebo roboticky asistovaná technologie implantace. Kvalitní rekonstrukci pánevního dna bez použití sítkových implantátů v současné době není možné provést.

Klíčová slova: chirurgické výkony při prolapsu pánevních orgánů, POP, vaginální chirurgie, polypropylenové sítky, endopelvicí fascie, inkontinence.

The importance of mesh implants in pelvic floor reconstructions in women

Pelvic floor disorders in women are a very common issue. It is estimated that up to 11% of women are experiencing some form of pelvic organ prolapse (POP). It can hardly be assumed that this statistic will change significantly. Operating technologies are still evolving. Separate colporrhaphys performed in the past are no longer relevant and colpocleisis are indicated rarely. A high rate of unsatisfactory outcomes following conventional surgeries has driven the search for new surgical technologies in this area. Reoperation rates are notably high in countries where relevant clinical trials are ongoing. Olsen et al. report a 29.2% incidence of recurrences, while Whiteside et al. present even 58% of recurrences after vaginal surgery for POP in a prospective

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethics approval and consent to participate:

The authors attest that their study is in compliance with human studies committees and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the Food and Drug Administration guidelines, including patient consent where appropriate. The authors also declare that their paper is in accordance with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Consent for publication:

None.

Author's contributions:

None.

Cit. zkr: Urol. praxi. 2025;26(1):12-16
<https://doi.org/10.36290/uro.2025.017>
 Článek přijat redakcí: 16. 11. 2024
 Článek přijat k tisku: 10. 12. 2024

MUDr. Miroslav Krhovský
 miroslav.krhovsky@seznam.cz

study (1, 2). The introduction of mesh implants into pelvic prolapse surgery meant a significant turning point in the treatment of this condition. Mesh implants began to be used in pelvic prolapse surgeries following successful experience with meshes in the treatment of abdominal hernias and also after groundbreaking experience in dealing with stress incontinence (SI) through tension-free suburethral tape implantation. They brought one essential element to POP operations – the ability to bridge even large surface defects of connective tissue caused by childbirth trauma or previous pelvic surgeries. However, their use in POP surgery is far more demanding than in abdominal hernia surgery, because POP is a specific type of hernia in a dynamically demanding space. These operations interfere with very sensitive functions such as urination, defecation and sexual function. While their introduction into surgical practice can clearly be considered a progress, the clinical results of their use have sometimes been less satisfactory. New types of complications emerged, and there was initially no experience in managing them. Despite these challenges, the development of pelvic implant technology has progressed to the point where it is possible to achieve practically anatomical reconstructions of the pelvic floor with excellent functional results. Pelvic implants can be inserted transvaginally or transabdominally. In the transabdominal approach, minimally invasive laparoscopic or robot-assisted implantation technology is currently available. A high-quality pelvic floor reconstruction is not possible without the use of mesh implants.

Key words: surgical procedures for pelvic organ prolapse, POP, vaginal surgery, polypropylene mesh, endopelvic fascia, incontinence.

Úvod

K dobrému pochopení celé problematiky je nutné zdůraznit několik zásadních faktů. Především je třeba přijmout existenci pojivového skeletu, který se sestává z elastických a kolagenních vláken. V pánvi tento pojivový skelet nazýváme obecně endopelvicou fascií (EF). Ta se permanentně přestavuje a vyvíjí. V průběhu života jsou namáhána elastická vlákna postupně nahrazována vlákny kolagenními. Endopelvicá fascie zajišťuje statické funkce, fixuje pánevní orgány ke kostěnému skeletu, určuje jejich maximální roztáhnutost a je nejzranitelnějším systémem pánevního dna. Vzniklé defekty se hojí zásadně tvorbou kolagenních vláken. Po zhojení pánevního traumatu může dojít k narušení primárně statických a sekundárně dynamických funkcí. Naš organismus není schopen v rámci zhojení vytvořit ani svalovinu, ani elastické pojivo. Základem jizvy je vždy pouze pojivo kolagenní. Síťové implantáty přinesly do operativy pánevních prolapsů jeden zásadní prvek. Tím je schopnost přemostit i velké plošné defekty pojivové tkáně vzniklé porodním traumatem nebo pánevní operací a obnovit tak nenávratně poškozený závesný a podpůrný vazivový aparát pánevních orgánů. Zavedená síťka představuje matici, která vyvolá v organismu reakci na cizí těleso. Síťka je postupně opouzdřena a inkorporována do organismu tak, aby reakce organismu na cizí těleso byla co nejmenší. O vyhojení můžeme mluvit, jakmile se v operované oblasti obnoví rovnováha mezi permanentně odbourávanou a novotvořenou pojivovou tkání. To trvá přibližně tři měsíce. Základním předpokladem k tomu, aby jizevnatá pojivová tkáň mohla vyžrát, je její

dokonalé překrytí kvalitním epiteliálním krytem. Po úplném vyhojení se síťka stává postradatelnou, ne-li dokonce nežádoucí, vzhledem k tomu, že může potencovat tvorbu kolagenu do nežádoucích kolagenních útvarů. Máme-li být při rekonstrukcích úspěšní, pak potřebujeme především kvalitní síťkový materiál k implantaci a dokonalé znalosti o fungování pánevního dna. Tomu napomohly moderní anatomické studie a formulace Integrované teorie (3, 4, 5). V současné době jsou nejpoužívanější polypropylenové implantáty. Polypropylen je levný, má obrovské molekuly, a proto nealergizuje. Jednoznačně upřednostňované jsou ultralehké monofilní izoelastické pletené sítě, které obecně nemají tendence ke tvorbě hypertrofického kolagenu. Tyto sítě se neinfikují, struktura materiálu umožňuje velmi dobrý přístup makrofágů k monofilním vláknům, což je základní předpoklad k zabránění vzniku chronického zánětlivého ložiska typu Schlofferových stehových abscesů a píštělí. Pomocí implantátů jsme schopni přemostit defekty pubocervikální a rektovaginální fascie a zpevněné prostory fixovat k vhodným místům kostěného nebo vazivového skeletu tak, aby bylo dosaženo fyziologického tvaru. Implantáty lze zavádět buď transvaginálně, nebo transabdominálně. Oba přístupy mají své výhody a nevýhody. V následujícím textu se pokusím provést racionální rozbor obou přístupů.

Transvaginální implantace

Cílem operace je vytvořit síťovou matici, která ihned po operaci umožní nastolení relativně normálních anatomických poměrů. K bezpečné implantaci je nutné nejprve pro-

vést dostatečnou disekci poševní stěny od pánevního prolapsu a vypreparovat fixační body pánevního skeletu, které budou schopné nést zátěž bez rizika prořezání nebo vytržení fixace. Disekci se snažíme provádět v místě duplikatur EF, kde se v neoperovaném terénu nalézá řídké pojivo umožňující tupou, relativně rychlou preparaci s minimálním krvácením. Bezpečnému provedení výrazně napomáhá hydrodisekce poševní stěny fyziologickým roztokem s adrenalinem. Závesné body slouží k tomu, aby byl zafixován vrchol prolapsu a aby síťka mohla být dokonale rozprostřena. Nejdůležitějším fixačním bodem je střední úsek sakrospinózního ligamenta (SSL). Je to velmi pevná struktura, uložená nad levátorovou plotnou, krytá pouze rudimentárním m. coccygeus. SSL je proto ideálním fixačním bodem k fixaci vrcholu pochvy.

Fixace do mediální poloviny SSL je bezpečná, protože zde neprobíhají žádné větší cévy ani nervy. Naopak pod laterálním okrajem SSL prochází důležitý pudendální nervový svazek, jehož poranění má vždy velmi závažné následky.

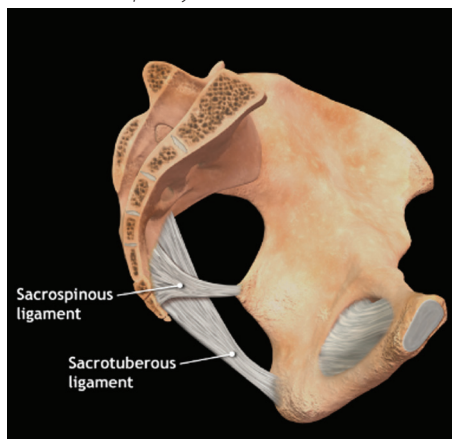
Dalším důležitým fixačním bodem je arcus tendineus levátoru (ATL). Ten už nemá takovou pevnost jako SSL. Vzhledem k tomu, že neleží nad úrovní levátorové plotny, nemůže sloužit k fixaci I. etáže (vrcholu pochvy). Fixací okrajů sítě k ATL můžeme fixovat II. etáž pochvy a dosáhnout tak elastického rozprostření sítě do strany.

Implantát by měl mít takový tvar, abychom pomocí něj obnovili normální anatomické poměry, tzn. nesmí deformovat pánevní orgány a omezovat jejich fyziologické funk-

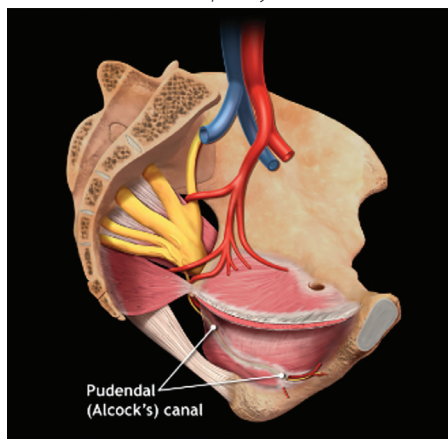
» PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

VÝZNAM SÍTKOVÝCH IMPLANTÁTŮ PŘI REKONSTRUKCÍCH PÁNEVNÍHO DNA U ŽEN

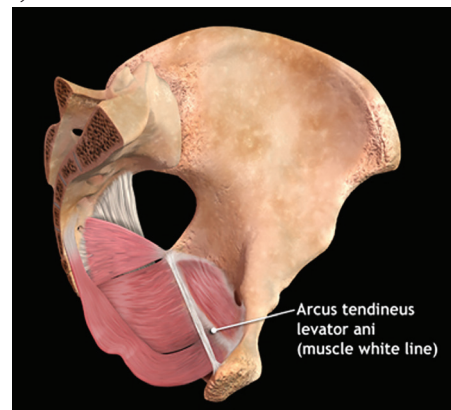
Obr. 1. SSL slouží k fixaci vrcholu POP (Zdroj: GYNECARE WORLDWIDE, division of ETHICON, Inc. a Johnson & Johnson company: Educational Overview CDROM about the GYNECARE PROLIFT Pelvic Floor Repair Systems devices)



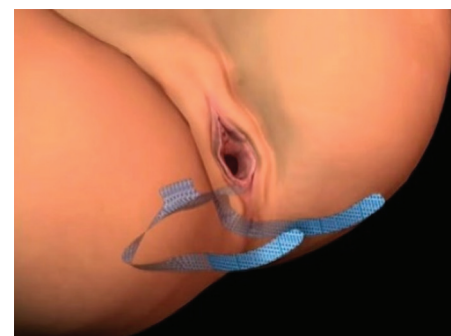
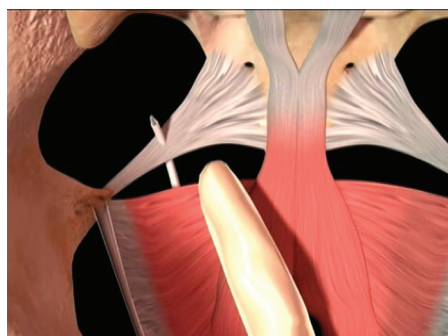
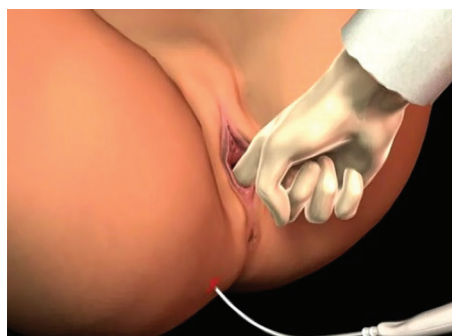
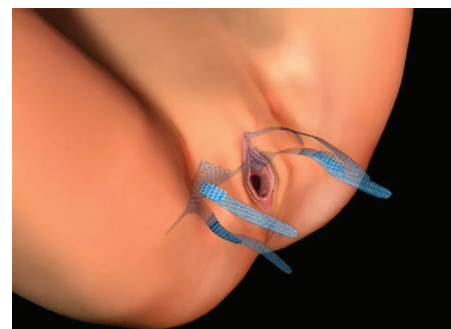
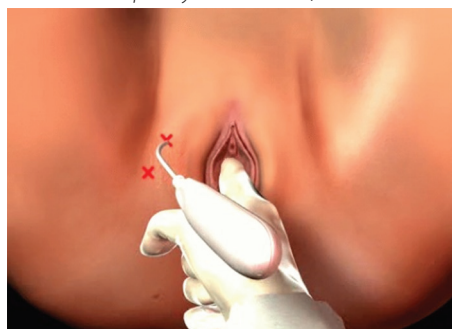
Obr. 2. Průběh pudendálního nervově cévního svazku (Zdroj: GYNECARE WORLDWIDE, division of ETHICON, Inc. a Johnson & Johnson company: Educational Overview CDROM about the GYNECARE PROLIFT Pelvic Floor Repair Systems devices)



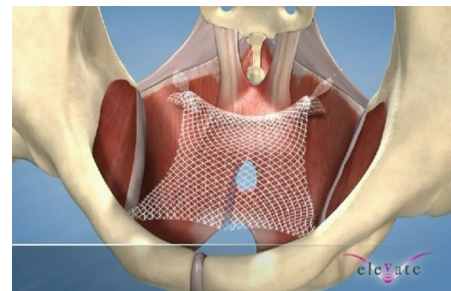
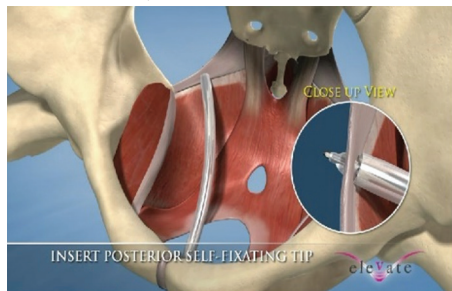
Obr. 3. ATL k fixaci II. etáže pochvy (6), SSL krytý rudimentárním m. coccygeus (Zdroj: GYNECARE WORLDWIDE, division of ETHICON, Inc. a Johnson & Johnson company: Educational Overview CDROM about the GYNECARE PROLIFT Pelvic Floor Repair Systems devices)



Obr. 4. Princip rekonstrukce předního a zadního kompartmentu implantátem Prolift. Fixace perkutánně protaženými rameny implantátu s dostatečným velcro efektem (Zdroj: GYNECARE WORLDWIDE, division of ETHICON, Inc. a Johnson & Johnson company: Educational Overview CDROM about the GYNECARE PROLIFT Pelvic Floor Repair Systems devices)



Obr. 5. Fixace systému Elevate čtyřbodovou fixací plastovými kotvičkami (Zdroj: snímek: instruktážní video dostupné na internetu: Elevate-Anterior & Apical Prolaps Repair System – Surgical and animated procedural video)

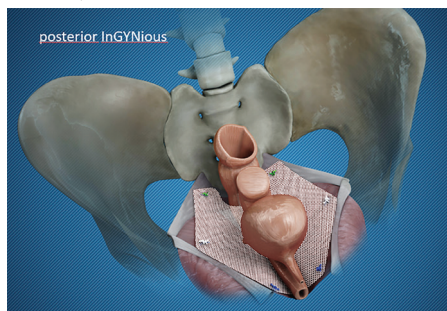
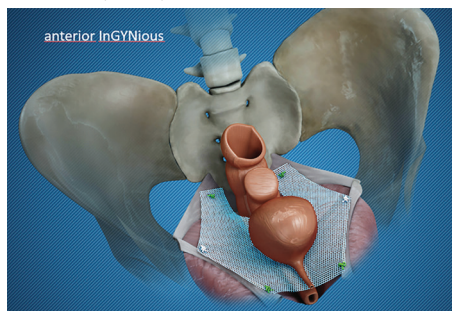


ce. Aby implantát přemostil všechny stávající i potenciální defekty EF, musí být dostatečně velký. Při používání ultralehkých sítí je třeba věnovat velkou pozornost jejich dokonalé-

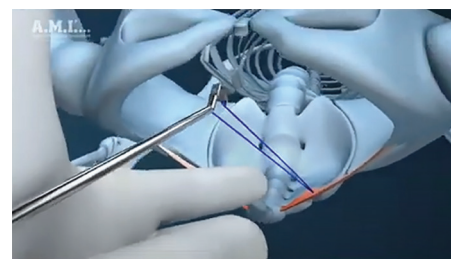
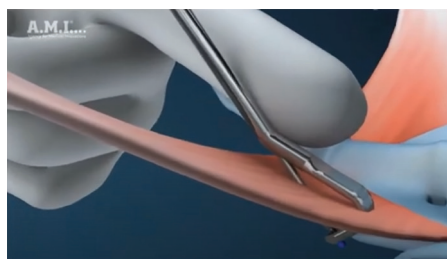
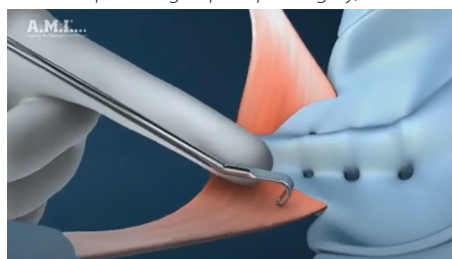
mu rozptřeni, které lze dosáhnout pouze dokonalou fixací k pevným skeletárním strukturám. Na trhu se postupně objevily různé typy síťkových kitů k rekonstrukcím pánevního

dna, které se zásadně lišily způsobem fixace. K fixaci pomocí ramen s požadovaným velcro efektem je nutno použít vhodné tunellery, fixační kotvičky se zavádějí speciálními zava-

Obr. 6. Princip rekonstrukce předního a zadního kompartmentu šestibodovou stehovou fixací systému InGYNious A.M.I. K nakládání stehů v hloubi pánve slouží speciálně vyvinutý instrument i-Stitch. (Zdroj: Materiál dostupný na internetu na adrese: Síť BSC, InGYNious – Rekonstrukce pánevního dna)



Obr. 7. Znáznornění nakládání stehů v hloubce pomocí i-Stitch (Zdroj snímků: instruktážní video dostupné na internetu: iStitch – instrument for vaginal vault fixation – pelvic organ prolapse surgery)



děči. Nejbezpečnější a nejefektivnější je fixace stehová pomocí speciálního nástroje.

Výsledný efekt operace je určen především dokonalou fixací implantátu ve správném místě. Implantát musí zůstat dokonale rozprostřený a nesmí dojít k jeho shrnutí a sklouznutí do nežádoucí lokality. Nesmí stenózovat rektum, blokovat mikci a fixační technologie nesmí utláčet nebo chronicky dráždit pudendální nervový svazek a vytvořit tak podmínky ke vzniku pudendální neuropatie. Ideální je 6bodová fixace jak u předního, tak u zadního kompartmentu. Nejspolehlivější a také nejbezpečnější formou fixace je fixace stehová. Správně uloženým a fixovaným implantátem rekonstruujeme defektní struktury endopelvicke fascie a obnovíme normální polohu pánevních orgánů. Na ně pak může působit svalové dno pánevní fyziologicky nasměrovanými vektory. Teprve potom jsou vytvořeny podmínky k účinné rehabilitaci. Přes řadu komplikací při zavádění pánevních implantátů dosáhl vývoj takové úrovně, že můžeme mluvit o anatomických rekonstrukcích pánevního dna s vynikajícími funkčními výsledky. V rukou zkušeného operátora jsou tyto operace bezpečné a mají výborné, dlouhodobé výsledky i v případě velmi rozsáhlých prolapsů.

Komplikace transvaginálních implantací

Komplikace je možno rozdělit na peroperační, časné pooperační a pozdní.

Peroperační komplikace

Závažné peroperační komplikace mohou vzniknout při uvolňování obsahu pánevního prolapsu od poševních stěn a preparaci nosných skeletárních struktur k fixaci implantátu. Při uvolňování POP od poševních stěn může dojít k poranění pánevního orgánu, který je obsahem POP. Teoreticky může dojít k poranění močového měchýře a močovodu v předním kompartmentu, tenkého střeva, popř. sigmoidu a rekta ve středním a zadním kompartmentu. Prevencí těchto komplikací je používání hydrolisekce, opatrná preparace a dobrý operační přehled při používání gumíčkového retraktoru. K nalezení správné vrstvy používáme zpočátku ostrou preparaci, kterou následuje preparace tupá. Výkon v oblasti již operované je výrazně těžší. Nejdůležitějším orientačním bodem v malé pánvi je spina ischiadica (SI), mediodorzálně od ní je hmatné sakrospinózní ligamentum (SSL). Specifickou fází je preparace nosných skeletárních struktur (SSL, ATL), ke kterým je implantát následně fixován, a jeho vlastní fixace. Tato část je nejchoulostivější fází operace. Preparace v hloubi pánve na slepo, pouze za taktilní kontroly, je největším úskalím a nejslabším místem transvaginálních implantací. Můžeme způsobit závažné krvácení z pudendálního nervově-cévního svazku a jestliže nezískáme přístup k pevným skeletárním strukturám, nelze garantovat dostatečně pevnou fixaci, navíc můžeme vytvořit podmínky k rozvoji pudendální neuropatie.

Časné pooperační komplikace

Mezi časné pooperační komplikace patří především krvácení a nepřiměřené bolesti. Tyto stavy nebývají při neproblémových operacích časté a jejich příčinou je v naprosté většině případů komplikovaná operace. Řešením je včasná operační revize.

Pozdní komplikace

Pozdní komplikace se objeví po propuštění pacientky z nemocnice. Nejméně závažný je vznik pooperačních synechií mezi přední a zadní poševní stěnou. Jsou snadno zjistitelné a rozrušitelné vaginálním vyšetřením při první kontrole pacientky přibližně 3 týdny od operace. Všechny další pozdní komplikace jsou daleko závažnější. Patří sem především eroze a protruze implantátu a pudendální neuropatie. Eroze implantátu do pochvy lze ještě vyřešit relativně jednoduše prostou resekcí erodované sítě a resuturou dostatečně mobilizované poševní stěny nad defektem. Prevencí je dokonalé rozprostření sítkového implantátu a beznapětová sutura poševní stěny při vlastní operaci. Protruze implantátu do lumina vnitřních orgánů (močového měchýře, rekta) je téměř vždy způsobena nerozpoznanou perforací orgánu během operace a tyto komplikace vždy mají za následek vznik chronických zánětů, píštělí a v případě močového měchýře i vznik močových konkrémentů na protrudované sítky. Velmi závažným problé-

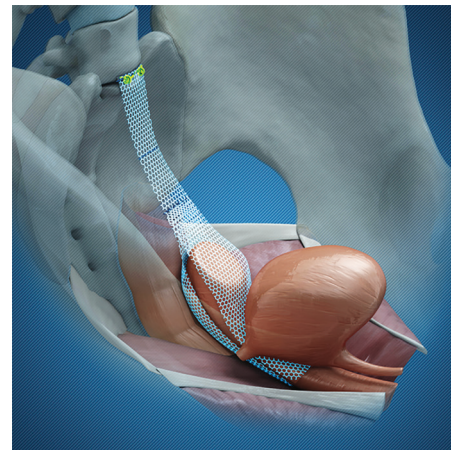
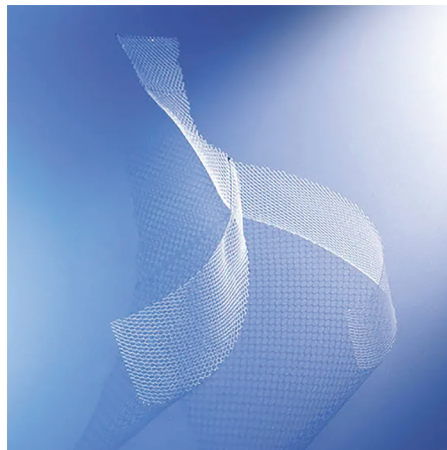
mem je vznik pudendální neuropatie. Ta má svůj původ v kompresi nervového kmene nebo v chronickém dráždění, vyvolaném tahem implantátu za perineurální struktury. Prevencí je výše uvedená důsledná fixace prolapsu k pevným skeletárním útvarům a dokonale rozprostřený implantát. Intraluminální protruze spolu s pudendální neuropatií patří k nejtěžším komplikacím a jejich řešení může být velmi komplikované. Téměř vždy navazují na včas neřešené pooperační komplikace a odložené reoperace. Implantáty jsou po 3 týdnech již pevně inkorporované a jejich extirpace je velmi obtížná. V případě vzniku pudendální neuropatie je indikována laparoskopická neurolyza pudendálního nervu (7).

Výčet možných komplikací je důkazem nutnosti obezřetného přístupu k transvaginálnímu implantacím. Tyto výkony by měl provádět v této problematice velmi dobře erudovaný odborník. Nedostatečná erudice operatérů a překotné zavádění různých inovací implantátů byly příčinou vzniku závažných komplikací. Nejzávažnější problémy byly kolem implantátu Prolift firmy Ethicon společnosti Johnson & Johnson. Následné soudní dohry byly příčinou toho, že ve Spojených státech FDA zakázala prodávat nebo distribuovat sítkové implantáty k rekonstrukci pánevních prolapsů. Jednotka Ethicon společnosti Johnson & Johnson přestala prodávat implantáty Prolift v roce 2012.

Transabdominální implantace

Diskreditaci transvaginálních implantací se vytvořily podmínky k popularizaci a širokému zavedení laparoskopických a robotických technik k rekonstrukcím defektů pánevního dna. Laparoskopie a robotika, splňující dnes požadovaná kritéria miniinvazivity, mají oproti transvaginálnímu přístupu jednu zásadní výhodu. Tou je dokonalá zraková kontrola celého výkonu. Lze konstatovat, že transabdominální implantace se dnes provádějí téměř výhradně laparoskopicky nebo roboticky. Za aktuální technologii je po-

Obr. 8. Tvar implantátu a princip rekonstrukce kombinovaného defektu sakrokolpopexí (Zdroj: Materiál dostupný na internetu na adrese: EndoGYNious – A.M.I. – Agency for Medical Innovations)



važována především sakrokolpopexie. Princip operace spočívá ve fixaci vrcholu středního kompartmentu, kterým může být poševní pahýl nebo i děloha k ligamentum longitudinale anterior na přední stěně promontoria. Indikací jsou izolované apikální defekty nebo apikální defekty v kombinaci s defektem předního a zadního kompartmentu. Při kombinovaném defektu je současně provedena rekonstrukce předního a zadního kompartmentu.

Rozšířenou a popularizovanou je rovněž pectopexie, která fixuje děložní čípek po supracervikální laparoskopické hysterektomii k pecten ossis pubis speciálně vyvinutým sítkovým implantátem.

Základní problém sakrokolpopexie spočívá ve fixaci vrcholu prolapsu do nefyziologického prostoru, přičemž nastává výrazná rotace osy pochvy směrem nahoru. Poševní pahýl je po provedení této operace zavěšen přímo nad urogenitálním hiátem, což je stav nefyziologický. Za normálních okolností jsou totiž proximální 2/3 pochvy uloženy téměř horizontálně na levátorové plotně. Nově vytvořený závěsný aparát je z toho důvodu nadměrně namáhaný. To byl také důvod častých recidiv až do doby, kdy byly do praxe zavedeny sítkové implantáty, pomocí kterých lze dosáhnout výrazného plošného zpevnění přední a zadní poševní stěny a pevnější fixace

vrcholu prolapsu. K tomu, aby mohly být sítky implantovány, je nutno provést disekci rektovaginálního a vezikovaginálního septa, sítku dokonale rozprostřít, fixovat k přední a zadní poševní stěně a po fixaci na promontorium implantát důkladně extraperitonealizovat. Při racionálním pohledu na tyto operace lze konstatovat, že laparoskopické a robotické sakrokolpopexie jsou ekonomicky náročné, poměrně komplikované způsoby zavádění implantátů abdominální cestou a vysoké procento anatomicky úspěšných korekcí POP lze zdůvodnit spíše použitím implantátů než sakrální fixací. I zde platí, že výkon může úspěšně provádět pouze zkušený, v laparoskopii a robotice dobře erudovaný operatér.

Závěr

Velké, klinicky významné defekty pánevního dna bez sítkových implantátů nelze uspokojivě řešit. Na tom se shodují zastánci jak transvaginálního, tak transabdominálního přístupu. Dnes je preferována sakrokolpopexie s použitím implantátů. Příčinou této dominance bylo zavedení miniinvazivních laparoskopických a roboticky asistovaných technik na jedné straně a řada selhání při používání některých transvaginálních kitů při jejich překotném zavádění do praxe na straně druhé.

LITERATURA

1. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):501-506.
2. Whiteside JL, Weber AM, Meyn LA, et al. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(5):1533-1538.
3. DeLancey JO. Functional anatomy of the female lower uri-

nary tract and pelvic floor. *Ciba Found Symp.* 1990;151:57-69; discussion 69-76.

4. Petros PE, Ulmsten UI. An integral theory of female urinary incontinence. Experimental and clinical considerations. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl.* 1990;153:7-31.
5. Petros PE. The Female Pelvic Floor: Function, Dysfunction and Management according to the Integral Theory. Third

Edition. Perth: Springer; 2010.

6. GYNECARE WORLDWIDE, division of ETHICON, Inc. a Johnson & Johnson company: Educational Overview CDROM about the GYNECARE PROLIFT Pelvic Floor Repair Systems devices.
7. Mašata J. Laparoskopická technika neurolyzy pudendálního nervu – přednáška s videoprezentací. VI. ročník workshopu Pokroky ve funkční urologii a urogynélogii; 2023.