

Prevalencia a rizikové faktory močovej inkontinencie v tehotenstve

Prevalence and risk factors for urinary incontinence in pregnancy

Erika Maskálová¹, Eva Urbanová¹, Sabína Krchová¹

¹Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovenská republika

ABSTRAKT

Východiska: Močová inkontinencia je častý symptóm v tehotenstve, ktorý môže negatívne ovplyvniť kvalitu života ženy.

Cieľ: Zistiť prevalenciu a výskyt rizikových faktorov močovej inkontinencie v tehotenstve.

Metódy: Sledovaný súbor tvorili ženy od 18 – 45 rokov. Dáta boli získané od 133 žien v treťom trimestri tehotenstva s použitím slovenskej validizovanej verzie dotazníka International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. Výskum sa uskutočnil v NsP Myjava v období december 2013 – január 2014.

Výsledky: Z celkového počtu respondentiek (n = 133) zaradených do štúdie 64,66 % žien uviedlo prítomnosť močovej inkontinencie počas tehotenstva. Najčastejším typom bola stresová inkontinencia moču (73,26 %). Výskyt močovej inkontinencie bol vyšší v skupine druho a viacrodičiek, ako aj u žien s pôrodom vaginálnou cestou v anamnéze.

Záver: Štúdia demonštruje vysokú prevalenciu močovej inkontinencie u tehotných. Výskyt močovej inkontinencie v tehotenstve a parita môžu byť možnými rizikovými faktormi vzniku močovej inkontinencie v budúcnosti. Je potrebné, aby sa tejto problematike venovala adekvátne pozornosť. V praxi to môže znamenať poučenie tehotných žien o prevencii, rizikových faktoroch ako aj možnostiach liečby daného typu močovej inkontinencie.

ABSTRACT

Background: Urinary incontinence is a common symptom in pregnancy that can negatively affect a woman's quality of life.

Aim: to determine the prevalence and incidence of risk factors urinary incontinence in pregnancy.

Methods: The study group was consisted of women aged 18–45 years. Data were collected from 133 women in the third trimester of pregnancy using the Slovak validated version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form. The research was conducted at the hospital in Myjava, Slovakia between December 2013 – January 2014.

Results: Of the total number of respondents (n = 133), 64.66% of the women enrolled in the study reported the presence of urinary incontinence during pregnancy. The most common type was stress urinary incontinence (73.26%). The incidence of urinary incontinence was higher in the group secundi and multipara, as well as in women with a history of vaginal delivery.

Conclusion: The study demonstrates the high prevalence of urinary incontinence in pregnant women. The incidence of urinary incontinence in pregnancy and parity may be potential risk factors for urinary incontinence in the future. Adequate attention needs to be paid to this issue. In clinical practice, pregnant women also need to be informed about prevention, risk factors, and treatment options depending on the type of urinary incontinence.

KEÚČOVÉ SLOVÁ

močová inkontinencia, tehotenstvo, rizikové faktory

KEY WORDS

urinary incontinence, pregnancy, risk factors

ÚVOD

Inkontinencia moču (UI) je definovaná ako každý samovoľný únik moču. Močová inkontinencia je častý symptóm v tehotenstve. Prevalencia UI počas tehotenstva je rôznorodá. Existuje mnoho štúdií o výskyte UI počas tehotenstva a ich výsledky sa líšia v závislosti od používaných metód štúdie a dizajnu, definície UI, dotazníkov použitých na hodnotenie inkontinencie a skúmaných štádií tehotenstva (1). Prevalencia UI v gravidite je uvádzaná medzi 30–60 % a počas tehotenstva narastá. Prevalencia je rôznorodá aj v jednotlivých trimestroch gravidity. V I. trimestri sa pohybuje okolo 15 % a v III. trimestri môže dosiahnuť 80 % (2). Močová inkontinencia sa vyskytuje u nullipár do 35 rokov v rozmedzí 3–8 %, ale výskyt močovej inkontinencie u prvorodičiek počas tehotenstva sa uvádza v rozmedzí 23–70 % (3).

Vznik močovej inkontinencie v tehotenstve je daný mechanickými zmenami ako sú tlak rastúcej maternice na močový mechúr a svaly panvového dna (pôsobenie zvýšeného vnútrobrušného tlaku na tieto štruktúry), ďalej zmenami hormonálnymi ako je svalovo relaxačný účinok progesterónu, zníženie epiteliálnej proliferácie pri znížení relaxínu v II. polovici gravidity. Významné sú aj zmeny štrukturálne a to zmeny štruktúry a zníženie obsahu kolagénu v tkanivách. Na rozvoji inkontinencia sa podieľajú aj ďalšie faktory, napríklad parita (viacrodičky sú viac ohrozené) (4, 2). Presné príčiny UI v tehotenstve však stále nie sú známe (5).

Druhy močovej inkontinencie (rozdelenie)

Rozlišujú sa nasledovné typy inkontinencie:

- **Stresová inkontinencia**, ide o mimovoľný únik moču pri zvýšení vnútrobrušného tlaku, napríklad pri kašli alebo kýchnutí, zdvihnutí bremena či fyzickej aktivite, ako dôsledok nedostatočného uzatváracieho tlaku v močovej trubici. Je to najčastejšia forma močovej inkontinencie u žien. Pre hodnotenie stupňa stresovej inkontinencie sa v klinickej praxi ujala klasifikácia podľa Ingelmanna – Sundberga (6). Podľa závažnosti sa stresová inkontinencia moču delí do 3 stupňov:
 - I. stupeň (ľahká forma) – únik moču pri náhlom, veľkom zvýšení vnútrobrušného tlaku (kašeľ, kýchnutie),
 - II. stupeň (stredná forma) – únik moču pri miernejšom zvýšení vnútrobrušného tlaku (chôdza po schodoch, ľahšia fyzická práca),
 - III. stupeň (ťažká forma) – moč uniká pri minimálnej fyzickej námahe alebo trvale bez možnosti akokoľvek kontrolovať tento stav (1, 7).

Nedostatkom uvedenej klasifikácie je subjektivismus, preto sa odporúča na rozlíšenie inkontinencie používať dotazníky a metódy k objektívnemu určeniu množstva uniknutého moču, čo je v kompetencii lekára špecialistu (8).

- **Urgentná inkontinencia** (zaraďuje sa tu i hyperaktívny močový mechúr – overactive bladder (OAB)) je definovaná symptómom urgencie ako neodkladného nutkania na močenie. Môže byť sprevádzaná únikom moču, potom sa jedná o urgentnú močovú inkontinenciu. Ďalšími príznakmi sú časté močenie (polakizúria), kedy jedinec chodí močiť viac ako 8-krát za deň, a nočné močenie (nyktúria), tu je uvádzaná každá epizóda močenia, ktorá preruší spánok (1).
- **Zmiešaná inkontinencia**, ide o kombináciu stresovej a urgentnej inkontinencie (1).
- **Ďalšie**, iné formy inkontinencie, ktoré vyžadujú špecifikáciu okolností, za ktorých dochádza k úniku moču (1).

Najčastejšie sa počas gravidity vyskytuje stresový typ inkontinencie moču (SUI) (9). Stresová inkontinencia moču sa môže preukázať už od 16. týždňa tehotenstva, avšak najčastejší výskyt je v treťom trimestri (4). Urgenciou a urgentnou inkontinenciou trpia tehotné menej často.

Únik moču dráždi pošvu, takže môže spôsobiť zápal a svrbenie. Tiež môže dochádzať k podráždeniu kože, infekciám a ekzémom v oblasti inuiny. Ženy, ktoré trpia stresovou inkontinenciou, sú okrem toho vystavené väčšiemu riziku zápalu močového mechúra, pretože trvalé vlhko a následné umývanie odstraňujú z pošvy zdravé baktérie, ktoré zabraňujú infekciám. Najhorší je pre ženy trpiace UI strach, že si okolie všimne nepríjemný zápach alebo dôjde k znečisteniu oblečenia (10). Urgentná inkontinencia počas tehotenstva je problém, ktorý môže negatívne ovplyvniť kvalitu života ženy (11, 12) a je preto potrebné zisťovať jej výskyt už počas tohto obdobia.

CIEĽ PRÁCE

Hlavným cieľom štúdie bolo zistiť výskyt močovej inkontinencie a s ňou spojených rizikových faktorov u tehotných žien.

METODIKA

Výskumný súbor tvorilo 133 respondentiek s vekovým priemerom 31 rokov ($SD \pm 3, 95$). Výber respondentiek bol zámerný na základe zaraďovacích kritérií, a to vek od 18–45 rokov, tehotenstvo od 36. týždňa do pôrodu, podpísaný informovaný súhlas a ochota vyplniť dotazník. Najviac respondentiek patrilo do veko-

vej kategórie 30–44 rokov (45,86 %). Prevažovali ženy s vysokoškolským (45,86 %) a stredoškolským vzdelaním (41,35 %).

Dizajn výskumu zodpovedá prierezovej kvantitatívnej štúdii vykonanej na základe dotazníkového šetrenia. Na zber relevantných údajov a dosiahnutie stanoveného cieľa bola použitá slovenská validizovaná verzia dotazníka International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-UI-SF) slúžiaceho na zisťovanie symptómov močovej inkontinencie. Dotazník ICIQ-UI-SF neznamena diagnostiku UI, ale je nástrojom na hodnotenie ťažkostí samotnými pacientkami (13). Dotazník bol zložený z dvoch častí.

Prvá časť sa venovala stupňu a frekvencii úniku moču, ako aj vplyvu úniku moču na kvalitu života. Tá obsahovala nasledovné položky:

- Položka 3: *Ako často Vám uniká moč?* nikdy [0] – asi 1krát týždenne alebo menej [1] – 2 alebo 3krát týždenne [2] – asi 1krát denne [3] – mnohokrát denne [4] – nepretržite [5].
- Položka 4: *Radi by sme vedeli aké množstvo moču Vám podľa Vás uniká. Aké množstvo moču Vám zvyčajne uniká (či nosíte ochranu alebo nie)?* žiadne [0] – malé množstvo [2] – stredné množstvo [4] – veľké množstvo [6].
- Položka 5: *Celkovo, ako veľmi zasahuje únik moču do Vášho každodenného života?* Prosím, označte číslo medzi 0 (vôbec) a 10 (veľmi veľa) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 vôbec veľmi veľa.

Tieto položky sme vyhodnocovali podľa skórovacieho systému slúžiaceho pre vyhodnotenie daného dotazníka tzv. skóre ICIQ-UI-SF, kde sme vypočítali súčet skóre z položiek dotazníka č. 3, 4, 5. Výsledný súčet bodov daných položiek v rozmedzí od 0–7 bodov znamenal I. stupeň stresovej UI, škála 8–14 bodov znamenala II. stupeň stresová UI a súčet bodov od 15 – 21 odzrkadľoval III. stupeň stresovej UI (14, 15).

V druhej časti sme diferencovali symptómy do jednotlivých typov UI podľa Medzinárodnej spoločnosti pre kontinenciu (16). Definovali sme príznaky stresovej UI ako úniky, ku ktorým dochádza pri kašľaní alebo kýchaní, zdvíhaní vecí, smiechu alebo cvičení. Strata moču s náhlým pocitom plnosti močového mechúra alebo pri neprístupnosti toalety sa považovala za „urgentný typ UI“. Ženy, ktoré uviedli, že príznaky stresovej a urgentnej UI sa vyskytli rovnako, boli definované ako prípady „zmiešanej UI“. Zostávajúce možnosti pre túto otázku boli zahrnuté do jednej kategórie, ktorú sme nazvali „iné“.

Súčasťou dotazníka boli aj otázky týkajúce sa rizikových faktorov UI (počet pôrodov, pôrody cisárskym

rezom v anamnéze, diabetes mellitus, fajčenie, chronický kašeľ, zápcha, fajčenie pred tehotenstvom a fajčenie v tehotenstve). Respondentky odpovedali na tieto otázky položky dotazníka odpoveďou áno alebo nie.

Údaje boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky. Zrozumiteľnosť dotazníka bola overená pilotnou štúdiou s 10 tehotnými ženami, ktoré boli oslovené na základe osobných kontaktov. Pred realizáciou výskumu bol získaný súhlas etickej komisie NsP Myjava. V rámci distribúcie dotazníkov bol zvolený osobný spôsob administrácie dotazníkov NsP Myjava. Na základe osobného kontaktu počas kardiotokeografického vyšetrenia boli oslovené tehotné ženy, ktoré podpísali informovaný súhlas so zaradením do štúdie a ktoré boli následne inštruované o jeho vyplnení. Celkovo sme rozdelili 150 dotazníkov a vrátilo sa nám 135, ale použiteľných bolo iba 133. Návratnosť dotazníkov bola 90 %. Pre účely štúdie bolo spracovaných 133 dotazníkov. Zber výskumných dát bol realizovaný v období december 2013 – február 2014.

VÝSLEDKY

Na základe dotazníka ICIQ-UI-SF sme zistili, že zo 133 tehotných žien v 3. trimestri tehotenstva, 64,66 % respondentiek uvádzala problémy s únikom moču (Tabuľka 1).

Analýzou výsledkov podľa typu močovej inkontinencie sme zistili, že u 73,25 % tehotných žien sa najčastejšie vyskytovali symptómy stresovej inkontinencie moču. Urgentný typ močovej inkontinencie vykazovalo 15,12 % respondentiek a iný typ močovej inkontinencie uvádzalo 11,63 % tehotných žien. U všetkých respondentiek, ktoré uvádzali problémy s únikom moču ($n = 86$), bol u 68,61 % tehotných žien únik malého množstva moču. Stredne veľké množstvo uniknutého moču udávalo 20,93 % tehotných žien. Z hľadiska frekvencie úniku moču, najčastejšie tehotným ženám (50 %) moč unikol jedenkrát týždenne. Vplyv na kvalitu života, hodnotený odpoveďou získanou z otázky ICIQ-UI-SF, ukázal priemernú hodnotu 3,70 bodov u všetkých tehotných žien trpiacich inkontinenciou ($n = 86$) (Tabuľka 2).

Po vypočítaní skóre ICIQ-UI-SF sme zistili, že možným I. stupňom stresovej UI na základe subjektívneho hodnotenia symptómov UI trpelo 40 tehotných žien (63,49 %), II. stupňom stresovej UI 23 žien (36,51 %) a III. stupňom stresovej UI žiadna žena (0,00 %) (Tabuľka 2).

Výskyt symptómov UI z hľadiska parity u žien, ktoré ešte nikdy nerodili bol 12,79 %. V skupine žien, ktoré rodili raz a viackrát sa symptómy UI vyskytovali u 87,21 % tehotných žien (Tabuľka 3). Inkontinencia moču bola u viac ako polovice respondentiek prí-

tomná po vaginálnom pôrode v anamnéze (47,12 %). Ostatné rizikové faktory vzniku UI (zápcha, chronický kašeľ, fajčenie pred a počas tehotenstva, liečba na diabetes mellitus) u žien v skupine s UI boli prítomné, avšak ich výskyt bol ani nie u jednej tretiny žien (Tabuľka 3).

Tabuľka 1 Problémy s únikom moču (n = 133)

	n	%
Áno	86	64,66
Nie	47	35,34

Legenda: n – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť

Tabuľka 2 Charakteristika súboru respondentiek, ktoré trpeli únikom moču

Typ inkontinencie moču	n = 86	%
Stresová	63	73,25
Urgentná	13	15,12
Zmiešaná	0	0,00
Iná	10	11,63
Množstvo uniknutého moču	n = 86	%
Malé	59	68,61
Stredne veľké	18	20,93
Veľké	9	10,46
Častota únik moču	n = 86	%
1-krát týždenne a menej	43	50,00
2 až 3-krát týždenne	21	24,42
1-krát za deň	7	8,14
Niekoľko krát denne	13	15,12
Nepretržite	2	2,32
Zásah uniknutého moču do každodenného života	n = 86	%
0 – vôbec	0	0,00
1	19	14,29
2	17	12,26
3	11	8,27
4	11	8,27
5	10	7,42
6	5	3,76
7	3	2,56
8	5	3,76
9	3	2,56
10 – vo veľkej miere	2	1,51
Stupeň stresovej UI podľa výsledného skóre ICQ-UI-SF	n = 63	%
1. stupeň	40	63,49
2. stupeň	23	36,51
3. stupeň	0	0,00

Legenda: n – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť

Tabuľka 3 Rizikové faktory UI

Parita	Prejavy UI		Bez prejavov UI	
	n = 86	%	n = 47	%
Nerodila	11	12,79	18	38,30
1-krát	32	37,21	14	29,79
2 a viac-krát	43	50,00	15	31,91
Zápcha				
Áno	25	18,80	10	7,52
Nie	61	45,86	37	27,82
Chronický kašeľ				
Áno	13	9,77	10	7,52
Nie	73	54,89	37	27,82
Fajčenie pred tehotenstvom				
áno	13	9,77	12	9,02
nie	73	54,89	35	26,32
Fajčenie počas tehotenstva				
Áno	13	9,77	12	9,02
Nie	73	54,89	35	26,32
Liečba DM				
Áno	10	7,52	10	7,52
Nie	76	57,14	37	27,82
Spôsob ukončenia pôrodu v predchádzajúcom tehotenstve	n = 59	%	n = 45	%
Vaginálne	49	47,12	15	14,42
Cisársky rez	10	9,62	30	28,84

Legenda: n – absolútna početnosť, % – relatívna početnosť

DISKUSIA

Hlavným cieľom tejto štúdie bolo zistiť prevalenciu a rizikové faktory UI počas tehotenstva, keďže ide o veľmi častý jav sprevádzaný tehotenstvom.

Na základe dotazníka ICQ-UI-SF sme zistili, že v našej skupine tehotných žien v treťom trimestri tehotenstva sa problém s únikom moču vyskytoval u 64,66 % a je v súlade so štúdiami podobného charakteru, ktoré vykazujú prevalenciu v rozsahu od 18,60 – 75 % (17, 18, 19, 20). Tieto rozdiely je možno vysvetliť používaním rôznych metodík pri posudzovaní močovej inkontinencie, rôznymi štádiami tehotenstva, v ktorom UI bola zisťovaná, ako aj vplyvom rôznych genetických alebo environmentálnych faktorov (18).

Medzinárodná spoločnosť pre kontinenciu na základe symptómov rozlišuje inkontinenciu moču na nasledovné typy, a to na urgentnú, stresovú, zmiešanú a inú (21, 14). V našej štúdii sme zistili, že únik moču sa vyskytoval u tehotných žien pri zvýšenom vnútrob-

rušnom tlaku ako napríklad kašeľ, kýchanie, telesná aktivita/cvičenie a to u 73,25 % tehotných žien. Symptómy urgentnej UI uvádzalo 15,12 % tehotných žien, 11,63 % žien malo prejavy inej UI a zmiešanú formu UI tehotné ženy neuvádzali. U tehotných žien je dokázaný častejší výskyt SIM. Prevalencia stresovej močovej inkontinencie v gravidite kolíše od 8 % do 85 %, ale väčšinou sa po pôrode upraví (17, 18, 22).

Z hľadiska častosti úniku moču, únik moču niekoľkokrát za deň udávalo v našej štúdii 15,12 % respondentiek. Únik moču jedenkrát za deň uvádza 8,14 % respondentiek, 2-3krát za týždeň uvádza únik moču 24,42 % tehotných žien a jedenkrát týždenne a menej uniká moč 50 % respondentkám.

Z pohľadu hodnotenia množstva uniknutého moču sme v našej skupine respondentiek trpiacich únikom moču ($n = 86$) zistili, že v malom množstve uniká moč až u 68,61 % respondentiek, stredné množstvo uniknutého moču uviedlo 20,93 % žien a 10,46 % respondentiek uvádzalo veľké množstvo uniknutého moču. Naše výsledky sú podobné s výsledkami štúdie (23). V tureckej štúdii prevažovalo stredné množstvo uniknutého moču a to až u 59,7 % žien (17).

Inkontinencia moču znamená pre väčšinu žien zníženie kvality života vo všetkých jeho oblastiach. Ženy o tomto probléme otvorene nehovoria na verejnosti, ani v súkromí. Často sa stáva, že problém s únikom moču nepovedia ani lekárovi a túto skutočnosť pred ním zamlčujú. Považujú to za príliš intímnu oblasť, s ktorou sa chcú vyrovnáť sami (24). Napriek uvedenému faktoru autori uvádzajú, že tehotné ženy neprikladajú veľký význam inkontinencii moču v tehotenstve a považujú UI za neoddeliteľnú súčasť tehotenstva (19). Z našich výsledkov vyplýva, že prežívanie problému s únikom moču je individuálne (Tabuľka 2).

Priemerné položkové skóre týkajúceho sa zásahu uniknutého moču do každodenného života bolo u respondentiek 3,7 z 10 bodovej stupnice, pričom odpoveď 10 znamenala veľký zásah do života. Zásah UI do kvality života tehotných žien bol minimálny, rovnako ako v štúdii podobného charakteru (19). Napriek tomu si myslíme, že je potrebné problémy s únikom moču začať riešiť čo najskôr. Cieľom liečebného snaženia by malo byť vyvinutie maximálneho úsilia o zlepšenie kvality života ženy s UI. Je dôležité sústrediť sa na spôsoby, ako zachovať žene trpiacej UI dôstojnosť a pocit pohodlia (24). Jedným zo spôsobov je aj správna intímna hygiena, ktorá môže zmierniť diskomfort ženy (25), ktorý obvykle sprevádza rôzne typy UI.

Z hľadiska hodnotenia závažnosti močovej inkontinencie sa v klinickej praxi zaužívala klasifikácia SUI podľa Ingelmanna – Sundberga, ktorá rozlišuje tri stupne stresového úniku moču. Pri **I. stupni**, moč

uniká po kvapkách pri kašli, smiechu, kýchnutí a pri zdvíhaní ťažkých predmetov. K unikaniu moču dochádza len v situáciách spojených s pomerne náhlym zvýšením intraabdominálneho tlaku. Moč uniká len intermitentne. Pri **II. stupni** moč uniká v situáciách s podstatne miernejším vzostupom intraabdominálneho tlaku v porovnaní s I. stupňom. K úniku moču dochádza pri behu, chôdzi, chôdzi po schodoch a pri ľahšej fyzickej práci. Pri **III. stupni** k úniku moču dochádza už pri minimálnom vzostupe vnútrobrušného tlaku (dokonca aj v dôsledku prenosu tlakových zmien pri hlbšom dýchaní). Moč odteká permanentne pri pomalej chôdzi alebo aj v pokoji vo vzpriamenej polohe (26). Po vypočítaní skóre dotazníka ICQ-UI-SF sme zistili, že zo 63 žien so symptómami stresovej UI, má pravdepodobne možný I. stupeň 63,49 % žien, II. stupeň 36,51 % a III. stupeň žiadna žena.

Samozrejme nakoľko ide o subjektívne hodnotenie symptómov tehotnými, je potrebné k objektivizácii údajov a určenia stupňa, ako aj typu UI, potrebné ďalšie vyšetrenie. V literatúre sa uvádzajú viaceré rizikové faktory, ktoré prispievajú k močovej inkontinencii. Je známe, že významným rizikovým faktorom močovej inkontinencie je aj počet pôrodov. Uvádza sa, že parita zvyšuje riziko UI, miera UI je nižšia u žien, ktoré nikdy nerodili a je vyššia pre tie ženy, ktoré porodili štyrikrát alebo viackrát. V našej štúdii sme výskyt inkontinencie moču u žien, ktoré ešte nikdy nerodili, zaznamenali u 12,79 % respondentiek. Ženy, ktoré rodili raz a viackrát, uvádzali výskyt močovej inkontinencie v 87,21 % (Tabuľka 3). Pôrod môže oslabiť alebo poškodiť štruktúru panvového dna a inerváciu sfinkterového mechanizmu močovej rúry (13). V našej štúdii bola UI pozorovaná častejšie u žien, ktorým bol spôsob ukončenia tehotenstva v minulosti vaginálnou cestou. Napriek tomu, že naše výsledky nemôžeme pripisovať faktoru, že UI v tejto skupine žien vznikla na základe spôsobu ukončenia pôrodu v predchádzajúcom tehotenstve vaginálnou cestou, myslíme si, že je potrebné venovať náležitú pozornosť aj spôsobu ukončenia tehotenstva a šetrnému vedeniu vaginálneho pôrodu s náležitým ošetrením pôrodných ciest. Nadmerný vnútrobrušný tlak vzniká najmä pri chronickej zápche, respiračných ochoreniach a fajčení spojenom s kašľom (27, 28). V našej štúdii, ženy, ktoré trpeli únikom moču, uvádzali prítomnosť zápch v 18,80 %. Výskyt chronického kašľa u tehotných žien s UI v našej štúdii bol zaznamenaný v 9,77 %. Niektoré predchádzajúce štúdie preukázali súvislosť medzi UI a fajčením (29). Fajčenie pred tehotenstvom u žien s UI udávalo 9,77 % a také isté percento žien s UI uvádzalo fajčenie počas tehotenstva. Je potrebné poukázať na potrebu vytvárania stratégií v oblas-

ti zdravotnej výchovy na odvykanie od fajčenia počas tehotenstva, ako aj v ďalšom období po pôrode (30), za účelom minimalizácie vzniku UI. Gestačný diabetes mellitus (GDM), ako aj diabetes mellitus, sú považované za dôležitý rizikový faktor vzniku UI po pôrode (28, 31). Ženy, ktoré mali počas tehotenstva GDM, mali prejavy stresovej UI až do 2 rokov po pôrode, v porovnaní so ženami bez GDM. Príznaky urgentnej alebo zmiešanej UI pretrvávali iba do 6 mesiacov po pôrode. V našej štúdii sa v skupine žien s UI 11,63 % žien liečilo na diabetes mellitus v tehotenstve. Myslíme si, že tehotným ženám je potrebné venovať náležitú pozornosť a poučiť ich o prevencii UI.

LIMITY

Uvedené výsledky a zistenia je potrebné vnímať vzhľadom na limity výskumu. Limitáciu predstavuje zámerný výber respondentiek, v dôsledku ktorého je možné závery interpretovať a generalizovať len na uvedený výskumný súbor. Ďalšie limity štúdie, vidíme v tom, že šlo o jednorazovú prierezovú štúdiu. Ideálne by bolo vykonať prospektívnu štúdiu, čiže poskytnúť dotazník tým istým ženám opakovane 3-krát v I., II. a III. trimestri tehotenstva, čím by sa porovnávala tá istá vzorka žien v jednotlivých obdobiach tehotenstva a výsledky by boli dôveryhodnejšie. Našu štúdiu môžeme považovať za parciálnu, nakoľko sme štúdiu realizovali iba na jednom pracovisku. Dotazník ICIQ-UI-SF neznamená diagnostiku UI, ale je to nástroj na hodnotenie ťažkostí samotnými ženami, preto by bolo vhodné doplniť aj ďalšie metódy objektivizácie UI. Aj napriek uvedeným limitáciám si myslíme, že štúdia priniesla podnetné výsledky

ZÁVER

Výskyt močovej inkontinencie v tehotenstve je bežný a prevalencia UI je vysoká, čo potvrdzujú výsledky našej štúdie. Na základe subjektívneho hodnotenia respondentiek v III. trimestri tehotenstva prevažoval typ stresovej inkontinencie, čo môže byť spôsobené aj tlakom rastúcej maternice. Ťažkosti s únikom moču boli rôzneho stupňa, najčastejšie to bol únik niekoľkých kvapiek moču, ktoré si ženy nemusia všimnúť. UI sa častejšie vyskytovala u žien, ktoré rodili jeden a viacrát, a u žien s vaginálnym pôrodom v anamnéze. Výskyt močovej inkontinencie už počas tehotenstva môže byť rizikovým faktorom vzniku močovej inkontinencie v budúcnosti. Je potrebné, aby sa problematike močovej inkontinencie venovala adekvátna pozornosť. V praxi je potrebné, aby boli identifikované tehotné ženy s vysokým rizikom vzniku močovej inkontinencie. Ďalej by bolo vhodné všetky tehotné ženy poučiť o prevencii, ovplyvniteľných rizikových

faktoroch vzniku UI, a v prípade vzniku symptómov močovej inkontinencie, aj možnostiach liečby močovej inkontinencie. Pokiaľ je tehotná žena adekvátne edukovaná, môže účinné opatrenia v prevencii UI praktizovať už v tehotenstve a pokračovať v nich aj pôrode, čím môže minimalizovať vznik UI v popôrodnom období.

REFERENČNÝ ZOZNAM

1. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre riešenie inkontinencie moču číslo: 04555 –61/2009 - OZS, 2009.
2. Vašek P, et al. Močová inkontinencia v tehotenstve. Čes. Gynék. 2019; 84(1): 73-76.
3. Kračmář M. Stresová inkontinencia moči u žien po porodu. Sestra. 2010; 20(11): 46-47.
4. Huvar I. Močová inkontinencia v tehotenstve. Urol. Praxi. 2014; 15(4): 152-154.
5. Martínez FE, Parés D, Colomé LN, et al. Urinary incontinence during pregnancy: Is there a difference between first and third trimester. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. [Internet]. 2014 Nov [cited 2020 Feb 14]; 182: [86-90 p.]. Available from: [https://www.ejog.org/article/S0301-2115\(14\)00468-0/fulltext](https://www.ejog.org/article/S0301-2115(14)00468-0/fulltext)
6. Vargončák, M. Inkontinencia moču – diagnostika a liečba. Via pract. [Internet]. 2005 [cited 2020 Feb 14]; 2(19):394-397p. Available from: <http://kategorizacia.mzsr.sk/Pomocky/Download/RequestAttachment/78393>
7. Sochorová N. Inkontinencia moči a jednorázové absorpčné pomôcky. Urol. Prax. [Internet]. 2008 [cited 2020 Feb 14]; 9(2):[92-95 p.]. Available from: <http://www.solen.sk/pdf/3a79fdf1e99e9f26aa-13519a7e9f7f92.pdf>
8. Havalda A. Inkontinencia moču – úskalia správnej diagnostiky a význam hormonálnej liečby. Via pract. [Internet]. 2008 [cited 2020 Feb 14]; 15(4):[150-158 p.]. Available from: <http://www.solen.sk/pdf/3a79fdf1e99e9f26aa13519a7e9f7f92.pdf>
9. Hájek Z., et al. Porodnictví. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada; 2014.
10. Hudáková Z, Kameníšťáková J. Kvalita života žien so stresovou inkontinenciou. MOLISA. [Internet]. 2010 [cited 2020 Feb 14]; 7:[37-43 p.]. Available from: <https://www.unipo.sk/public/media/12634/Hud%C3%A1kov%C3%A1%20Z.,%20Kamen%C5%A1%C5%A5%C3%A1kov%C3%A1%20J.,-Kvalita%20%C5%BEivota%20%C5%BEien%20so%20stresovou%20inkontinenciou%20mo%C4%8Du.pdf>

11. Chen L, Luo D, Yu X, et al. Predicting stress urinary incontinence during pregnancy: combination of pelvic floor ultrasound parameters and clinical factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* [Internet]. 2018 May 12 [cited 2020 Feb 14]. Epub 2018 May 12. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.13368>
12. Mazúchová L, Kelčíková S, Dubovická Z. Mera-
nie kvality života žien počas tehotenstva. *Kontakt.* 2018; 20(1): 32-37.
13. Marenčák J. Stresová inkontinencia moču u po-
stmenopauzálnych žien. *Via pract.* [Internet]. 2009 [cited 2020 Feb 14]; 6(9):[358-363 p.]. Avail-
able from: <http://www.solen.sk/pdf/5cdad3ffd7be1491bc7e1368bc77e03.pdf>
14. Lachváč L. Inkontinencia moču v ambulancii
praktického lekára. *Via pract.* [Internet]. 2010 [ci-
ted 2020 Feb 14]; 7(2):[73-79 p.]. Available from:
[http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_](http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4384&magazine_id=1)
[view&pdf_id=4384&magazine_id=1](http://www.viapractica.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4384&magazine_id=1)
15. Švihra J, Avery K, Sopilko L, Kliment J. Slovak
version of a new questionnaire for urinary incon-
tinence: the international consultation on inconti-
nence questionnaire short form ICIQ-SF. *Urologia.*
2004; 10(2): 34.
16. Hladík M, et al. Inkontinencia moču – súčasné dia-
gnostické a liečebné postupy. *Via pract.* [Internet].
2007 [cited 2020 Feb 14]; 4(9):[408-411 p.]. Avail-
able from: [http://www.solen.sk/pdf/e7d14a6638e-](http://www.solen.sk/pdf/e7d14a6638eb86e252b087f4e7d7a0ba.pdf)
[b86e252b087f4e7d7a0ba.pdf](http://www.solen.sk/pdf/e7d14a6638eb86e252b087f4e7d7a0ba.pdf)
17. Dinç A. Prevalence of Urinary Incontinence Du-
ring Pregnancy and Associated Risk Factors. *Low*
Urin Tract Symptoms. [Internet]. 2018 Sep [cited
2020 Feb 14]; 10(3):[303-307 p.]. Available from:
[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/luts.12182)
[luts.12182](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/luts.12182)
18. Rocha J, Brandão P, Melo A, et al. Assessment of
Urinary Incontinence in Pregnancy and Postpar-
tum: Observational Study. *Acta Med Port.* [In-
ternet]. 2017 Aug 31 [cited 2020 Feb 14]; 30(7-
8):[568-572 p.]. Available from: [https://www.acta-](https://www.acta-medica-portuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7371)
[medicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/](https://www.acta-medica-portuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7371)
[article/view/7371](https://www.acta-medica-portuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7371)
19. Martín - Martín S, Pascual-Fernández MA, Álva-
rez-Colomo C, et al. Urinary incontinence during
pregnancy and postpartum associated risk factors
and influence of pelvic floor exercises. *Arch. Esp.*
Urol. [Internet]. 2014 May [cited 2020 Jan 10];
67(4):[323-330 p.]. Available from: [https://auro-](https://aurologia.com/article_detail.php?aid=f71230528b-83f6a98d5b49746dfcb250097bd0b4)
[logia.com/article_detail.php?aid=f71230528b-](https://aurologia.com/article_detail.php?aid=f71230528b-83f6a98d5b49746dfcb250097bd0b4)
[83f6a98d5b49746dfcb250097bd0b4](https://aurologia.com/article_detail.php?aid=f71230528b-83f6a98d5b49746dfcb250097bd0b4)
20. Lewicky-Gaupp C, Cao DC, Culbertson S. Urinary
and anal incontinence in African American teen-
aged gravidas during pregnancy and the puerpe-
rium. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* [Internet]. 2008
Feb [cited 2020 Jan 10]; 21(1):[21-26 p.]. Avail-
able from: [https://www.jpagonline.org/article/S1083-](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(07)00210-0/abstract)
[3188\(07\)00210-0/abstract](https://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(07)00210-0/abstract)
21. Abrams D, et al. The standardisation of terminolo-
gy of lower urinary tract function: report from the
Standardisation Sub-committee of the Internatio-
nal Continence Society. *Am J Obstet Gynecol.* [In-
ternet]. 2002 Jul [cited 2020 Jan 10]; 187(1):[116-
126 p.]. Available from: [https://www.ajog.org/ar-](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00092-3/fulltext)
[ticle/S0002-9378\(02\)00092-3/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(02)00092-3/fulltext)
22. Okunola OT, Olubiyi OA, Omoya S, et al. Preva-
lence and risk factors for urinary incontinence
in pregnancy in Ikere-Ekiti, Nigeria. *Neurourol*
Urodyn. [Internet]. 2018 Nov [cited 2020 Jan 10];
37(8):[2710-2716 p.]. Available from: [https://onli-](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.23726)
[nelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.23726](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.23726)
23. Demircan N, Özmen Ü, Köktürk F, et al. What
are the probable predictors of urinary inconti-
nence during pregnancy? *PeerJ.* [Internet]. 2016
Jul 27 [cited 2020 Jan 10]; 4:[e2283 p.]. Avail-
able from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4974920/pdf/peerj-04-2283.pdf)
[PMC4974920/pdf/peerj-04-2283.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4974920/pdf/peerj-04-2283.pdf)
24. Duncová Z. Kvalita života ženy so stresovou inkon-
tinenciou. In: Gerlichová K, et al. 1. trenčiansky
ošetrovateľský deň. Trenčín: Fakulta zdravotníc-
tva Trenčianska univerzita A. Dubčeka v Trenčíne;
2007. p.18 - 37.
25. Kelčíková S, Mazúchová L, Kaisová L. Examining
the determinants of intimate hygiene for young
women with an emphasis on behavior related to
risk of vulvovaginal infections. *Cent Eur J Nurs*
Midw. 2017;8(2):641-649.
26. Marenčák J. Stresová inkontinencia moču u žien,
diagnostika a možnosti jej liečby. *Súč Klin Pr.*
[Internet]. 2005 [cited 2020 Jan 10]; (2):[13-19
p.]. Available from: [http://www.skp-casopis.sk/ob-](http://www.skp-casopis.sk/obsah/2005-02/stresova-inkontinencia-mocu-u-zien-diagnostika-a-moznosti-jej-liecby)
[sah/2005-02/stresova-inkontinencia-mocu-u-zien-](http://www.skp-casopis.sk/obsah/2005-02/stresova-inkontinencia-mocu-u-zien-diagnostika-a-moznosti-jej-liecby)
[diagnostika-a-moznosti-jej-liecby](http://www.skp-casopis.sk/obsah/2005-02/stresova-inkontinencia-mocu-u-zien-diagnostika-a-moznosti-jej-liecby)
27. Liu B, Wang L, Huang SS, et al. Prevalence and risk
factors of urinary incontinence among Chinese
women in Shanghai. *Int J Clin Exp Med.* [Inter-
net]. 2014 Mar 15 [cited 2020 Jan 10]; 7(3):[686-
696 p.]. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992409/)
[gov/pmc/articles/PMC3992409/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992409/)
28. Urbanová E, et al. Reprodukčné a sexuálne zdravie
v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie.
Martin: Osveta; 2010.

29. Martins G, Soler Z, Cordeiro J, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in healthy pregnant Brazilian women. *Int Urogynecol J*. [Internet]. 2010 Oct [cited 2020 Jan 10]; 21(10):[1271-1277 p.]. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00192-010-1185-2>
30. Bašková M, et al. *Výchova k zdraviu*. Martin: Osve-
ta; 2009.
31. Dias A, Santini ACM, Vianna LS, et al. Gestational Diabetes Mellitus and Risk Factors Associated with Urinary Incontinence in Pregnancy. *Int J Epidemiol*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Jan 10]; 44(1):[suppl. i70 p.]. Available from: https://academic.oup.com/ije/article/44/suppl_1/i70/2573859

KONTAKT NA HLAVNÉHO AUTORA

Mgr. Erika Maskálová, Ph.D.
Ústav pôrodnej asistencie
Jesseniova lekárska fakulta v Martine
Univerzita Komenského v Bratislave
Malá Hora 5
036 01 Martin
Slovenská republika
e-mail: maskalova@jfmed.uniba.sk

Přijato k recenzi: 11. 11. 2019

Přijato do tisku: 5. 5. 2020