

Doporučené diagnostické a terapeutické postupy
pro všeobecné praktické lékaře



DOPORUČENÉ POSTUPY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ MOČOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

Autoři:

MUDr. Lukáš Horčíčka, Ph.D.

NZZ GONA spol. sr.o., urogynekologická ambulance, Praha
Urogynekologická společnost ČR

prof. MUDr. Roman Zacheval Ph.D., MBA

Urologická klinika 3. LF UK Praha a Thomayerovy nemocnice, Praha
Česká urologická společnost

MUDr. Jana Vlková

MEDEA THERAPY spol. s r.o., nestátní zdravotnické zařízení

Mgr. Jiřina Breznenová

Fyzioterapie – Praha 8

MUDr. Dana Moravčíková

praktická lékařka, Olomouc
Společnost všeobecného lékařství SVL ČLS JEP

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS

NOVELIZACE 2025



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Sokolská 31, Praha 2

Tisk podpořen firmou



Pomáhá. Pečuje. Chrání.

DOPORUČENÉ POSTUPY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ MOČOVÉ INKONTINENCE U ŽEN

Doporučený diagnostický a terapeutický postup pro všeobecné praktické lékaře 2025

Autoři:

MUDr. Lukáš Horčíčka, Ph.D.

NZZ GONA spol. s r.o., urogynekologická ambulance, Praha
Urogynekologická společnost ČR

prof. MUDr. Roman Zachoval Ph.D., MBA

Urologická klinika 3. LF UK Praha a Thomayerovy nemocnice, Praha
Česká urologická společnost

MUDr. Jana Vlková

MEDEA THERAPY spol. s r.o., nestátní zdravotnické zařízení

Mgr. Jiřina Breznenová

Fyzioterapie – Praha 8

MUDr. Dana Moravčíková

praktická lékařka, Olomouc
Společnost všeobecného lékařství SVL ČLS JEP

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS

Oponenti:

prof. MUDr. Jan Krhut, Ph.D.

Urologická klinika LF Ostravské univerzity a Fakultní nemocnice Ostrava

prim. MUDr. Michaela Matoušková

Urocentrum s.r.o., Praha

MUDr. Jan Zmrhal, CSc.

Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK, FN v Motole Praha, NZZ GONA spol. s r.o.

MUDr. Otto Herber

praktický lékař, Kralupy nad Vltavou
Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Petr Šonka

praktický lékař, Přeštice
Sdružení praktických lékařů ČR

Koordinátor doporučeného postupu:

MUDr. Dana Moravčíková

praktická lékařka, Olomouc
Společnost všeobecného lékařství ČLS

OBSAH

Úvod.....	3
Definice inkontinence	3
Epidemiologie.....	3
Druhy močové inkontinence	3
Léčba jednotlivých typů inkontinence.....	6
Problematika močové inkontinence ve stáří.....	10
Problematika močové inkontinence v ústavech sociální péče a léčebnách dlouhodobě nemocných.....	11
Problematika močové inkontinence – lázeňská léčba.....	11
Dočasná pracovní neschopnost (DPN) inkontinentních pacientek	11
Literatura:.....	13
FT POUKAZ.....	14

ÚVOD

Ztráta schopnosti ovládat vyprazdňování a udržení moči patří mezi vážná postižení žen v každém věku a promítá se do všech oblastí společenského života. **Při inkontinenci dochází k nežádoucímu a bezděčnému úniku moči v takové míře, že to postižené způsobuje nepříjemnou hygienickou, sociální a ekonomickou situaci, a tedy negativně ovlivňuje její kvalitu života.** Bylo prokázáno, že kromě ovlivnění kvality života inkontinence jednoznačně zvyšuje morbiditu a mortalitu postižených žen. Inkontinenci lze v mnoha případech úplně vyléčit nebo se alespoň dají podstatně zmírnit její projevy, což vede k opětovnému zařazení pacientky do normálního života (tzv. sociální kontinence).

Subjektivní pocit „pomočování se“ je vnímán individuálně a závisí zejména na zdraví a věku pacientky, na pracovním zařazení, míře pohybové aktivity či společenských aktivitách.

PAMATUJTE:

Jakýkoliv únik moči způsobuje pacientce obtíže.

DEFINICE INKONTINENCE

Podle ICS (International Continence Society) je symptom inkontinence definován jako stížnost na jakýkoliv vůlí neovladatelný únik moči.

EPIDEMIOLOGIE

Prevalence inkontinence je vysoká. Projevy inkontinence jsou uváděny u 12–57 % celé populace žen (až 40 % u žen nad 60 let, u žen nad 80 let více než 55 %).

Z toho stresová inkontinence tvoří 50 %, syndrom hyperaktivního močového měchýře - urgentní inkontinence 30 %, smíšená inkontinence 20 %.

Přes vysoký výskyt inkontinence v ženské populaci je vyhledávání odborné pomoci a informovanost veřejnosti na nízké úrovni. Kvůli nepříznivému sociálnímu efektu tohoto onemocnění se mnoho pacientek trápí a pociťuje stud. Nepřipouští si však, že jejich závažný problém lze řešit.

PAMATUJTE:

Každá druhá až třetí pacientka v ordinaci může mít problém s inkontinencí moči, a nechce o tom hovořit. Je nutné aktivní vyhledávání.

DRUHY MOČOVÉ INKONTINENCE

Stresová inkontinence

Jedná se o mimovolný únik moči **při zvýšení nitrobršního tlaku**, například při kašli nebo kýchnutí, zvednutí břemene či fyzické aktivitě, jako důsledek nedostatečného uzavíracího tlaku v močové trubici.

Hyperaktivní močový měchýř

Hyperaktivní močový měchýř (overactive bladder – OAB) je definován symptomem **urgence – neodkladného nucení k močení**, bez úniku moči jde o tzv. „suchý“ hyperaktivní močový měchýř. V asi 1/3 případů může být provázen únikem moči, potom se jedná o tzv. „mokrá“ hyperaktivní močový měchýř. Dalšími příznaky jsou frekvence (močení více než 8x za den) a nykturie (každá epizoda močení, která přeruší spánek).

Smíšená inkontinence

Kombinace stresové inkontinence a hyperaktivního močového měchýře.

Inkontinence z přetékání

K tomuto typu inkontinence dochází při poruše odtoku moči pro překážku v dolních močových cestách nebo pro poruchu kontrakce m. detrusor. Dochází k retenci moči a opakujícím se únikům menších porcí moči (ischuria paradoxa).

PAMATUJTE:

Únik moči při zátěži – zvýšení nitrobršního tlaku - je stresová inkontinence. Urgence doprovází syndrom hyperaktivního měchýře – může být provázena únikem moči. Pak ji nazýváme urgentní inkontinencí.

Příčiny inkontinence

Etiologie je multifaktoriální.

- **Těhotenství, vaginální porod a operace v malé pánvi** (mohou přispět k poranění pudendálních nervů a denervaci svalů pánevního dna a sfinkteru. Při rozsáhlých operacích v malé pánvi může dojít k denervaci močové trubice)
- **Neurologická onemocnění** (na centrální i periferní úrovni mohou vést k porušení mechanismu kontinence a mikčního reflexu)
- **Patologie v oblasti dolních močových cest** (infekce dolních močových cest, cystolitiáza, nádory)
- **Inkontinence navozená/zhoršovaná farmaky** (ovlivňují různým způsobem kontraktilitu detruzoru nebo zhoršují sfinkterové funkce – spasmolytika, antidepresiva, antihistaminika, alfa-blokátory, blokátory kalciových kanálů zvyšují diurézu, nebo psychofarmaka s významným tlumivým efektem – například antidepresiva mohou zhoršovat OAB).
- **Životní styl, charakter zaměstnání** (opakované zvyšování nitrobrišního tlaku může vést k postupnému uvolnění závěsného aparátu močového měchýře a uretry a svalového pánevního dna. Stárnutí a komorbidity mohou zvýšit riziko vzniku inkontinence a již přítomnou inkontinenci zhoršovat).

PAMATUJTE:

Pátrejte po všech možných příčinách inkontinence, ptejte se na záliby pacientky, zvažte pracovní zařazení.

Základní diagnostika močové inkontinence

Primární depistáž pacientek začíná v ambulancích praktických lékařů. Doba od prvních příznaků k zahájení diagnostiky je neúměrně dlouhá, proto je doporučeno aktivně se dotázat na kontinenci v rámci každé prohlídky.

Tabulka:

Položte otázku: „Došlo v posledních měsících k nechtěnému úniku moči?“	
ANO	NE
„Dochází k úniku moči při kašli, kýchnutí, poskoku?“	
ANO – stresová inkontinence	
„Pocitujete náhle vzniklé silné nucení, že nejste schopna zadržet močení a dojde k úniku moči?“	
ANO - urgentní inkontinence	
„Musíte v noci vstávat kvůli nucení na močení?“	
„Kolikrát jdete močit během 24 hodin?“	

Na úrovni primární péče je nutné provést u pacientky s močovou inkontinencí základní vyšetření zahrnující - podrobnou anamnézu, základní klinické a laboratorní vyšetření.

Základním laboratorním vyšetřením je vyšetření moči – chemické, bakteriologické (nestačí Uricult!) a močového sedimentu. Postmikční reziduum vyšetříme ultrazvukem, v případě nedostupnosti UZ přístroje - cévkováním po spontánní mikci.

PAMATUJTE:

Použijte jednoduché otázky k orientaci v druzích inkontinence.

Anamnéza:

Důležitá je pracovní anamnéza, záliby – sport, zahrada, péče o děti, o staré lidi – manipulace s nimi.

Z gynekologické anamnézy je nutné zjistit způsob vedení porodů, porodní velikosti dětí. Samozřejmý je dotaz na pravidelnost cyklu, případně menopauzu a eventuální operace v malé pánvi.

Za speciální otázky, týkající se poruch držení moči považujeme:

- jak často dochází k úniku moči
- za jakých okolností – s urgencí či bez, při zvýšení nitrobřišního tlaku
- jaké množství moči unikne – pár kapek nebo plný močový měchýř
- zda dochází k probuzení v noci nucením k močení
- je močení provázeno bolestivými vjemy – dysurií
- zda byla pozorována přítomnost krve v moči
- sebehodnocení, do jaké míry ovlivňují potíže život pacientky
- zda již byla inkontinence v minulosti léčena a s jakým efektem
- zda jsou užívány absorpční prostředky a v jakém množství

K dalším dotazům, které mohou ozřejmit původ a příčiny inkontinence patří:

- dotaz na chronický kašel
- dotaz na chronickou obstipaci,
- pátráme po kardiálním či renálním selhávání
- neurologická onemocnění – Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza, úrazy páteře
- endokrinní onemocnění – diabetes mellitus
- farmakologická anamnéza: viz výše farmaky navozená inkontinence, kde jsou jako rizikové lékové skupiny uvedeny zejména diuretika, sedativa a některá antidepressiva (fluoxetin, venlafaxin)
- abusus alkoholu, kofeinismus a nikotinismus mohou inkontinenci zhoršovat

Fyzikální vyšetření

- běžné klinické vyšetření, celkový stav, u starších žen i pohyblivost, zručnost, orientačně paměť a kognitivní funkce
- vyšetření břicha (distenze měchýře) a zevního genitálu ev. doporučit gynekologické vyšetření (cysto-, rektokéla, prolaps dělohy, atrofická vaginitida/uretritida), vyšetření per rektum (atonie svěrače, impaktovaná stolice).
- orientačně neurologické vyšetření, míšní reflexy L2-S4 (anální, bulbokavernozní, citlivost perinea, tonus řitního svěrače).
- přítomnost kožní komplikace močové inkontinence (dermatitida, intertriginózní mykóza, dekubity).
- psychosociální komplikace (úzkost, deprese, nespavost, sociální izolace).

Laboratorní vyšetření

Základní podmínkou správné diagnostiky inkontinentní pacientky je chemické a kultivační vyšetření moči, včetně vyšetření močového sedimentu.

Další doporučené vyšetření v primární péči a doplňující vyšetření od specialistů:

- Biochemické vyšetření: kreatinin, urea, mineralogram, glykémie, KO, CRP, FW event. další (test dle Hamburgera při hematurii)
- Sonografie ledvin a močového měchýře: při hematurii, při podezření na morfologické změny
- Postmikční reziduum ultrazvukovým vyšetřením. Při reziduu > 100 ml doporučit urologické vyšetření. Přetrvávající patologie svědčí pro obstrukci, sníženou kontraktilitu měchýře nebo hyporeaktivní detruzor.

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

PAMATUJTE:

Vyšetření moči, včetně kultivace, je základní podmínka diagnostiky i léčby inkontinence.

Dotazníky a mikční deníky

Dotazníky velmi jednoduchou formou provedou pacientku otázkami k poruchám držení moči a mohou pomoci v základním kontaktu. Mikční deník vedený po dobu 48 hodin umožní posoudit frekvenci mikce, mikční intervaly, množství přijatých tekutin a vydané moči, a také frekvenci úniku moči a urgencí včetně množství použitých absorpčních pomůcek. Je i spolehlivou kontrolou zavedené léčby.

Rozšířená diagnostika

Speciální testy:

Stress test – po naplnění močového měchýře 200 ml sterilního fyziologického roztoku (eventuálně lze provést i se spontánní náplní) vyzveme pacientku ve stoje k zakašlání. Při pozitivním testu dochází k úniku moči.

Pad - weight test (PWT) – test vážení vložek. Ke zjednodušení lze použít i 24hodinový test, kdy si pacientka sama váží vložky v běžném životě. Jeho výsledek lze užít při klasifikaci stupně inkontinence pro účel preskripce absorpčních pomůcek.

Specializovaná a přístrojová vyšetření

Všechny ostatní testy, včetně specializovaných přístrojových vyšetření jsou vyhrazeny pro specializovaná pracoviště. Jsou indikovány u inkontinence spojené s hematurií nebo bolestí v malé pánvi, při poruše evakuace moči (vysokém močovém reziduu), u neurogenních poruch, před operací pro stresovou močovou inkontinenci, při nejasné diagnóze a při neúčinnosti konzervativní léčby (**doporučený interval je 8, maximálně 12 týdnů léčby**).

PAMATUJTE:

Jednoduchým testováním – dotazníky a testem vážení vložek získáme představu o typu inkontinence.

LÉČBA JEDNOTLIVÝCH TYPŮ INKONTINENCE

Doporučený léčebný postup má tři základní okruhy:

- Režimová léčba – aktivní spolupráce pacientky
- Obecná léčba
- Cílená léčba jednotlivých druhů inkontinence

Režimová léčba (behaviorální terapie)

- Dietní opatření, zásady zdravé výživy, redukce hmotnosti
- Pitný režim
- Mikční návyky
- Prevence obstipace a flatulence
- Omezení fyzické námahy (zejména zvedání těžkých břemen)
- Vhodná pohybová aktivita

PAMATUJTE:

I jednoduchými opatřeními lze zlepšit kontinenci pacientky.

Obecná léčba – zásady

- stresová inkontinence – úprava pracovního režimu, eventuálně převedení do méně namáhavého pracovního zařazení, úprava pohybových aktivit. Gymnastika svalů pánevního dna dle doporučení lékaře, fyzioterapeuta, dle speciálních příruček. Eventuální užívání speciálních pomůcek – vaginální konusy, závaží – k posílení účinků fyzioterapie. Použití biofeedbacku, převedení kontrolovaných stahů svalů pánevního dna na škálu intenzity, kontrolovanou opticky nebo akusticky.
- hyperaktivní močový měchýř – OAB – úprava pitného a mikčního režimu za pomoci kontroly mikčním deníkem. Důsledná léčba a prevence zánětlivých onemocnění dolních močových cest. Reedukace močového měchýře – poučení a nácvik frekvence mikce za pomoci volní kontroly a kontrakcí svalů pánevního dna s použitím mikčního deníku.
- Ostatní typy inkontinence – jsou v péči specialisty.

Cílená léčba jednotlivých druhů inkontinence

Hyperaktivní močový měchýř

Základním specializovaným terapeutickým krokem v léčbě hyperaktivního močového měchýře, tedy i urgentní inkontinence, je farmakoterapie.

Léky ze skupiny anticholinergik (synonyma – antimuskarinika, parasimpatolytika) – oxybutynin, propiverin, trospium, tolterodin, solifenacin, darifenacin, fesoterodin nejsou omezeny preskripcí na specialistu. To samé platí i o druhou skupinu léků – betatřímimetikum – mirabegron.

Preskripci léků je možné provést za předpokladu splnění všech předchozích podmínek – důkladné diagnostiky (zejména vyloučení infekční a nádorové etiologie, - laboratorní vyšetření moči je základní podmínka), a je-li postmikční reziduum méně než 100 ml. Dle doporučení by měly být všechny pacientky nejlépe před, eventuálně po zahájení terapie vyšetřeny specialistou – urologem nebo urogynekologem a dále u těchto specialistů být sledovány v ročních intervalech.

Pokud není léčba po 8–12 týdnech úspěšná (snížení počtu mikcí o více než 50 %, snížení urgencí a úniku moči), je bezpodmínečně nutné doporučit vyšetření specialistou urogynekologem, urologem (kontakt web: www.urogynekologie.com, www.cus.cz).

Pacientka, která je předána po vyšetření specialistou k dalšímu ošetřování praktickým lékařem a je jí předepisován některý z uvedených léků, by měla být jedenkrát za rok – i při úspěšné terapii – odeslána zpět na kontrolu specialistovi.

Pacientkám také mohou předepisovány léky ze skupiny z tricyklických antidepresiv – imipramin, dosulepin k posílení účinků anticholinergní léčby. Lze je i v doporučené dávce užít samotné, nemají preskripční omezení. Preparáty – dávkování imipramin 25 mg (Melipramin) 2x1 tbl. denně, dosulepin 25 mg (Prothiaden)– 1x1 tbl. nejčastěji na noc.

Léčba lokálními estrogeny v podobě mastí, čípků a tablet je vyhrazena pro specialisty gynekology a urology.

V případě neúspěchu farmakologické terapie lze indikovat periferní neinvazivní neuromodulaci, která je dostupná na mnohých urologických a urogynekologických pracovištích. Její aplikace je jednoduchá a efektivita je udávána kolem 60 %. V případech nereagujících na dosavadní varianty terapie může urolog indikovat další náročnější metody léčby jako sakrální neuromodulaci, aplikaci botulinumtoxinu do stěny močového měchýře nebo operační zvětšení kapacity močového měchýře.

Stresová inkontinence

Fyzioterapie

Elektrostimulační léčba

Medikamentózní léčba

Pesaroterapie

Operační léčba

Fyzioterapie

Fyzioterapie zaměřená na práci se svaly pánevního dna (PD) je nedílnou součástí konzervativní léčby inkontinence moči. V případě stresové inkontinence, kde pokládáme za hlavní příčinu vzniku obtíží oslabené svaly pánevního dna, může fyzioterapie vést k úplnému vymizení obtíží.

V posledním desetiletí se však koncept posilování svalů pánevního dna výrazně změnil – aplikuje požadavky moderní rehabilitace na práci pánevního dna jako součást stabilizačního systému – klade důraz na **komplexnost!** Proto zredukování fyzioterapie na pouhé posilování svalů pánevního dna nemusí vést k očekávanému efektu.

Vždy je nezbytné vytvořit podmínky pro fungování pánevního dna (korekce postury, uvolnění spazmů a blokády, posilování hlubokého stabilizačního systému) a až následně se zaměřit na samotné svaly pánevního dna. Přestože je často používán termín posilování svalů pánevního dna, nejde o posilování ve vžitém smyslu slova – nejedná se o prostý nárůst síly a svalové hmoty. Nutností je osvojit si „grif“ tj. správné provedení stahu svalů pánevního dna a jeho mimovolní provedení v rámci činností běžného života. Absolutní síla stahu kontinenci nezajistí!

Efekt léčby se zvyšuje s použitím:

- elektrostimulace,
- vaginálních konusů a také dalších, podpůrných pomůcek
- biofeedbacku – umožní lepší nácvik kontrakce svalů pánevního dna

Fyzioterapie vždy vychází z kineziologického rozboru a je individuálně přizpůsobena každému pacientovi. Součástí vyšetření může být i vyšetření vaginální.

Vyšetření a terapii provádí registrovaný fyzioterapeut – specialista na danou problematiku (certifikovaný kurz) na základě doporučení (POUKAZ FT Dg - N39.3 od: urologa, gynekologa, urogynekologa, neurologa nebo praktického lékaře, po předchozím odborném vyšetření). V případě pracoviště rehabilitace, kde pracuje tandem lékař + fyzioterapeut, lze (také až po předchozím odborném vyšetření) použít poukaz typu K, dg. N 39.3 a fyzioterapii pak indikuje lékař tohoto pracoviště. Volba pracoviště je sice dle možností a dostupnosti, ale především by se mělo jednat pracoviště s rutinní zkušeností s terapií inkontinence!

Zcela nezbytné je na žádankách uvádět anamnestická data, mnohá z nich jsou důležitá k zajištění kvalitního průběhu rehabilitace!

Doporučená délka léčby je 6 měsíců, 10 terapií, ze začátku 1× týdně, pak prodlužujeme termíny, kontrolní kineziologické vyšetření proběhne po 6 měsících a odesíláme k doporučujícímu lékaři pro zhodnocení léčby a v případě přetrvávání obtíží stanovení další terapie.

Kromě toho jsou společností Incoforum z.s. vydávány brožury s popsáním cvičením pro ženy i muže. (Objednat lze na www.incoforum.cz). Také weby Urogynekologické společnosti ČR (www.urogynekologie.com) a Urologické společnosti (www.cus.cz) poskytují relevantní informace v této oblasti.

Příloha č. 1 – Návod na vyplnění poukazu FT

PAMATUJTE:

Nejde o samoúčelné cvičení a vysoké počty opakování, ale o vytvoření podmínek pro správné fungování svalů pánevního dna a „přesné“ provedení „cviků“.

Elektrostimulace

Jedná se o nepřímou elektrostimulaci nervosvalových struktur pánevního dna, uretry a detrusoru pomocí vaginálně, rektálně nebo na dolních končetinách umístěné sondy, přijímající elektrické impulsy z kapesního přístroje. Výsledek stimulace přetrvává individuálně a lze jej opět kombinovat s ostatními druhy konzervativní léčby. Pochopitelně můžeme elektrostimulace opakovat při pomalu odeznívajícím efektu léčby. Léčbu doporučuje specialista a pacientky si mohou přístroj zakoupit.

Vaginální konusy a jiné pomůcky

Jedná se o cvičení svalstva dna pánevního intravaginálně umístěnými předměty, které žena nosí zavedené v pochvě. Po určité době, kdy je bez problému v pochvě udrží, jsou měněny za další o větší hmotnosti. Denně je pacientka musí nosit 20 minut. Zlepšení je udáváno kolem 50 %. Jejich používání je vhodné po vyšetření gynekologem. Pacientka si konusy hradí sama. V současné době jsou dostupné i jiné vaginální pomůcky, které vytvářejí podporu močové trubice při zátěži (např. Diveen). Pacientkám pomohou v extrémní zátěži například sportem. Tento typ je omezeně hrazen zdravotním pojištěním a efekt je podpurný.

Medikamentózní léčba stresové inkontinence

Léky zvyšující uretrální uzavírací tlak

- tricyklická antidepressiva
- estrogeny

Tricyklická antidepressiva

V terapii stresové inkontinence je možné využít jejich adrenergní stimulaci hladkých svalových vláken v močové trubici ke zvýšení uzavíracího tlaku. Dávkování je stejné jako u OAB – imipramin 25 mg (Melipramin) 2×1 tbl. denně, dosulepin 25 mg (Prothiaden) - 1×1 tbl. nejčastěji na noc.

Estrogeny

Objektivně je možné prokázat v menopauze při léčbě estrogeny vzestup prokrvení pochvy a zvyšující se vaginální transsudát. Protože má pochva a močová trubice společný embryonální základ, je možné předpokládat při podávání estrogenů zlepšení prokrvení také v kapilárních plexech uretry a vzestup uretrálního uzavíracího tlaku díky zvýšení vrstvy urotelu vzhledem k mitogenní stimulaci.

Pesaroterapie:

Vaginální pesary mají redukovat či odstranit stresovou inkontinenci moči tím, že upravují porušené anatomické poměry nebo zvyšují výtokový odpor v močové trubici (nebo kombinací obojího). K dispozici je řada nových pesarů různých velikostí a tvarů – kruhové, kostkové, které jsou vyrobeny z rozmanitých materiálů. Mechanismus účinku je velmi podobný principům chirurgické terapie stresové močové inkontinence. Z tohoto důvodu bývá pesaroterapie alternativou k operaci. Pesary je možné používat jako přechodné řešení před plánovanou operací,

intermitentně například při určitém druhu sportu či k dlouhodobé léčbě pacientek, u nichž není operační léčba možná anebo je pacientkou odmítána. Vhodná je současná vaginální aplikace krému s estriolem. Pacientku je nutné zkontrolovat, že byla minimálně jednou za 6 měsíců vyšetřena gynekologem. Podobně lze použít i vaginální tělísko Diveen® (B. Braun). Pesary i tělísko jsou v částečné úhradě ze zdravotního pojištění.

Hodnocení úspěšnosti konzervativní léčby stresové inkontinence

Za účinnou léčbu u stresové inkontinence je považováno zlepšení potíží pacientky po 3měsíčním intervalu o více než 50 %. Půjde zejména o sebehodnocení v dotazníku kvality života. Pokud pacientka spokojena není či je potřebná stálá preskripce absorpčních prostředků, je **nutné doporučení ke specializované léčbě!**

Operační léčba

Operační léčbu obvykle provádí specialista urogynekolog nebo urolog v lůžkovém zařízení. V současné době převažují v léčbě stresové inkontinence moči tzv. páskové metody (Tension-free vaginal tape) – TOT, TVT-O, jsou dodávány mnoha výrobci pod různými názvy. Pooperační péči řídí specialista. Pracovní neschopnost je součástí jiné kapitoly.

PAMATUJTE:

Základním prostředkem léčby inkontinence je bez ohledu na typ úprava pitného a mikčního režimu. Mikční deník je vhodnou pomůckou a dostatečným kontrolním prostředkem. Konzervativní léčba stresové inkontinence je založena na fyzioterapii pánevního dna. Medikamentózní léčba je základem pro léčbu hyperaktivního močového měchýře, včetně urgentní inkontinence. Operační léčbu užíváme k léčbě stresové inkontinence.

Absorpční pomůcky

Savé (absorpční) prostředky, vložky, vložné pleny, plenkové kalhotky, podložky jsou velmi důležitým prostředkem v péči o inkontinentní pacientky. Použití savých materiálů by mělo být indikováno v následujících situacích:

- pacientům, očekávajícím vyšetření
- pacientům, očekávajícím chirurgický zákrok
- pacientům, čekajícím na efekt probíhající léčby
- pacientům, pro které je nevhodné vyšetření či aktivní léčba
- pacientům, kteří podepsali informovaný souhlas s odmítnutím více účinné léčby.
- pacientům, u nichž standardní léčba močové inkontinence nevedla k jejímu vyléčení, či zásadnímu zlepšení

Na trhu je dostupná celá škála vložek i kalhotek, které se liší nejenom vzhledem a kapacitou zadržené moči, ale také kvalitativně. Od 1. 12. 2019 se změnila pravidla pro úhradu i preskripci absorpčních pomůcek. Nová pravidla a limity preskripce lze najít v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jehož součástí je i nový kategorizační strom (příloha č. 3 zákona). Zároveň vychází seznam SÚKL, a to každý 20. den v měsíci s platností od prvního dne následujícího měsíce. Samotná preskripce však stále vázána na číselníky zdravotních pojišťoven, které však vycházejí z obsahu právě SÚKL seznamu.

Pomůcky pro inkontinentní pojištěnce předepisuje smluvní lékař pojišťovny odbornosti PRL, URN, GYN, NEU, NEF, GER, CHI, PED na poukaz. Ten určí stupeň inkontinence podle metodiky a je nutné jej vyznačit na poukazu, 1., 2. nebo 3. stupeň úniku moči. Byla zavedena fixní spoluúčast pacienta, která je dána zákonem. Pacient platí **fixní** % spoluúčasti z hodnoty předepsané na poukazu, bez ohledu na značku výrobku a je **povinen** spoluúčast uhradit. Spoluúčast stanovená zákonem jde nad rámec preskripčního limitu daného zákonem. Finanční limity jsou nově v zákoně uvedeny bez DPH.

Definice skupin podle aktuální metodiky VZP

1. Stupeň úniku moči: mimovolní únik moči nad 50 ml do 100 ml (včetně) v průběhu 24 hodin, především stresová inkontinence všech stupňů. Používání pomůcek je nepravidelné. Únik moči nastává při kašli, smíchu, kýchnutí či zvedání předmětů. V případech ostatních typů inkontinence (reflexní, urgentní, extrauretrální), kde není prioritní stresový manévr, musí odborník klasifikaci provést s přihlédnutím k údajům v mikční kartě pacienta (anamnéza), případně k výsledkům vyšetření dolních močových cest (fyzikální vyšetření, cystoskopie, uroflowmetrie, cystografie, ultrasonografie, apod.).
2. Stupeň úniku moči: mimovolní únik moči nad 100 ml do 200 ml (včetně) v průběhu 24 hodin, ostatní typy inkontinence zejména u mobilních pacientů. Používání pomůcek je nutné denně, únik moči nastává při změně polohy, při běhu, chůzi, chůzi po schodech, při fyzické námaze.
3. Stupeň úniku moči: mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 24 hodin, ostatní typy inkontinence v pokročilém stádiu především u ležících pacientů spojené také s inkontinencí stolice. Používání pomůcek je trvalou nutností. Moč, případně stolice uniká trvale, bez možnosti jakkoli kontrolovat tento stav.

Absorpční produkty lze nově libovolně kombinovat v každém stupni inkontinence, tedy jakýkoli typ pomůcky lze předepsat ve všech stupních úniku moči. Pravidla pro preskripci se tedy řídí pouze finančním a kusovým limitem každého stupně. Platí ten limit, jehož pacient dosáhne při čerpání těchto pomůcek dříve – buďto finanční, nebo kusový.

LIMITY PRO ÚHRADU INKONTINENČNÍCH POMŮCEK

U 1.– 3. stupně inkontinence lze předepsat všechny typy produktů – vložky, vložné pleny, fixační kalhotky, zalepovací i navlékací kalhotky.

1. stupeň úniku moči – lehká inkontinence

- Hrazeno **max. 150 ks měsíčně**, do finančního limitu **515,20 Kč vč. DPH**
- Spoluúčast pacienta: 15 %

2. stupeň úniku moči – střední inkontinence

- Hrazeno **max. 150 ks měsíčně**, do finančního limitu **923,11 Kč vč. DPH**
- Spoluúčast pacienta: 5 %

3. stupeň úniku moči – těžká inkontinence

- Hrazeno **max. 150 ks měsíčně**, do finančního limitu **1 756,57 Kč vč. DPH**
- Spoluúčast pacienta: 2 %

Absorpční podložky lze čerpat výhradně u III. stupně inkontinence a mají svoji samostatnou úhradu nad rámec úhradového limitu pro těžkou inkontinenci. U podložek je měsíčně hrazeno max. 30 kusů do finančního limitu 285,22 Kč vč. DPH a povinné spoluúčasti pacienta 25 %.

Dle domluvy s lékařem mohou být **inkontinenční pomůcky pacientovi předepsány na jeden, dva či tři měsíce**. Tzv. maximální preskripce na 3 měsíce je však možná pouze u pacientů se stabilizovanou inkontinencí, u kterých je předpoklad účelného využití celého množství předepsaných zdravotnických pomůcek. **Na jeden poukaz může být předepsán pouze jeden druh inkontinenční pomůcky, poukazů však může být předepsáno více.** Spoluúčast pojištěnce, tj. doplatky stanovené zákonem, se vybírají již od prvního vydaného kusu. Není tedy v žádném případě možné např. vydat pojištěnci menší množství kusů, než bylo lékařem předepsáno, a kompenzovat tím výši doplatku.

Na konečnou cenu se pojištěnec a pojišťovna skládají ve stanovém poměru až do vyčerpání limitu, kdy z reálné ceny pojištěnec zaplatí svou spoluúčast a pojišťovna zaplatí zbytek. Jde tedy o poměr, v jakém si mezi sebe rozpočítají reálnou cenu.

Ošetřující lékař má pacienta o možnostech léčby komplexně informovat, včetně výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění, resp. jeho spoluúčasti. Z veřejného zdravotního pojištění jsou pacientům hrazeny ty absorpční zdravotnické pomůcky, které jsou uvedeny v Úhradovém katalogu VZP – ZP. Veškeré potřebné informace o typech, finančních a množství limitech těchto pomůcek jsou k dispozici na webu VZP.

POZOR: nelze předepsat během hospitalizace!

PRO PRAXI

Otázky před preskripcí absorpčních prostředků:

- **Jak často** moč unikne?
- **Kdy** se to stane?
- **Kolik** jí je?
- **Jak moc Vás to „obtěžuje“?**

U inkontinentních pomůcek se hodnotí tyto vlastnosti: jednoduchá manipulace s pomůckou, dobrá schopnost absorpce (pohlují pachy, brání množení mikroorganismů, neutralizují metabolity moči) a především dobrá prodyšnost. Při používání vhodného typu pomůcek lze nejen předcházet kožním podrážděním (svědění, zarudnutí, mokvání pokožky), ale lze je i léčit, pokud již vznikla. K tomu účelu jsou vyvinuty speciální přípravky k ochraně kůže.

PAMATUJTE:

Absorpční pomůcky účinně pomáhají návratu pacienta do plnohodnotného života při adekvátní léčbě. Umožňují komplexní řešení problému. Jejich předepisování limituje Metodika zdravotních pojišťoven.

PROBLEMATIKA MOČOVÉ INKONTINENCE VE STÁŘÍ

Specifické podmínky ve stáří ovlivňují přístup lékařů k problematice inkontinence, a to jak po stránce diagnostické, tak i léčebné, přičemž je v mnoha směrech mohou limitovat. Kromě komorbidit a posouzení jejich vlivu na kontinenci, ale především na rozhodování o možných rizicích operační nebo farmakologické léčby, musíme zvažovat celkovou fyzickou zdatnost a mobilitu, schopnost spolupráce, motivaci a celý komplex psychosociálních faktorů. Preferujeme neinvazivní diagnostická vyšetření (ultrazvuk). Vzhledem k významnému vzestupu incidence vyprazdňovacích poruch ve stáří (způsobených obstrukcí – striktura uretry nebo hypokontraktilitou detruzoru –

diabetes mellitus) je vhodné pacientkám v pravidelných intervalech měřit postmikční reziduum.

V případě farmakologické léčby zvažujeme riziko lékových interakcí a interakcí lék – nemoc (například kardiální nebo neurologická onemocnění). Také léčba antimuskariniky u starých pacientek s onemocněním CNS (po cévní mozkové příhodě, s neurodegenerativními chorobami a demencí) není bez nebezpečí. Volíme spíše léčiva s minimálními centrálními anticholinergními nežádoucími účinky (trospium, darifenacin), vyhýbáme se oxybutyninu i propiverinu. Z novějších farmak je doporučován u seniorů nad 70 let, u nichž zvažujeme farmakologickou léčbu, mirabegron (Betmiga), který nemá systémové anticholinergní nežádoucí účinky. U nemocných s kardiálním onemocněním (ischémie myokardu, arytmie, městnavé srdeční selhání) a také u všech nemocných nad 70 let vzhledem k vysoké prevalenci kardiálních patologií doporučujeme před zahájením léčby antimuskariniky provést EKG vyšetření. U pacientek s prodloužením QT intervalu nad 450 ms tj. např. s hypokalémií, bradykardií nebo současným podáváním léků prodlužujících QT interval (chinidin, prokainamid, amiodaron, sotalol) je lékem volby trospium eventuálně darifenacin nebo fesoterodin. Medikamentózní léčba stresové inkontinence je málo účinná, a jak imipramin, tak zejména midodrin jsou u starých pacientů rizikové léky a jejich podávání se vyhýbáme.

PROBLEMATIKA MOČOVÉ INKONTINENCE V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE A LÉČEBNÁCH DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH

Incidence močové inkontinence prudce stoupá ve věku od 60 let. To samé platí i o infekcích dolních močových cest. V dlouhodobé rezidenční péči trpí inkontinencí moči podle šetření Incoforum 65–70 % residentů, často současně s inkontinencí stolice. U těchto pacientek je vhodné zvážit vyšetření v případě předpokládaných léčitelných příčin (například symptomatická infekce močových cest, chronická zácpa se zadržováním stolice v rektu, často spojená s opakovaným špiněním stolicí). U části nemocných se symptomy OAB zvážíme léčbu antimuskariniky. Vhodné jsou programy pro zlepšení kontinence (např. trénink močového měchýře s pravidelným připomínáním a dopomocí při vyprazdňování tzv. „podle hodin“), jsou však náročné na personální obsazení. Pozornost věnujeme ošetrovatelské problematice, výběru a používání vhodných absorpčních pomůcek.

PAMATUJTE:

U starých pacientů je potřeba sledovat komorbiditu a interakce mezi léky, mnohé jsou schopny inkontinenci moči vyvolat. V ústavní péči je důležitý poučený ošetrující střední zdravotnický personál.

PROBLEMATIKA MOČOVÉ INKONTINENCE – LÁZEŇSKÁ LÉČBA

V letošním roce, s účinností od 1. 7. 2025 došlo ke změně vyhlášky č. 2/2015 Sb. O stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče. Nově vešla v platnost vyhláška č. 201/2025 Sb., která ve svém paragrafovém znění mění původní stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče a to ve znění pozdějších předpisů.

Nově tak platí, že diagnostikovaná močová inkontinence III. stupně a inkontinence stolice je kontraindikací pro absolvování lázeňské léčebně rehabilitační péče, ale již mezi kontraindikace lázeňské péče nepatří II. stupeň inkontinence. Tzn., že pro pacienty zařazené do I. a II. stupně inkontinence moči lze předepsat lázeňskou péči.

PAMATUJTE:

Inkontinence moči je kontraindikací lázeňské léčebně rehabilitační péče pouze v případě III. stupně inkontinence.

DOČASNÁ PRACOVNÍ NESCHOPNOST (DPN) INKONTINENTNÍCH PACIENTEK

Dočasná pracovní neschopnost pacientek, které podstoupily antiinkontinentní operaci, obvykle vede ošetrující gynekolog. Pokud tomu tak není, doporučuje se minimálně 14 denní DPN po tzv. páskových operacích (TVT, TVT-O, TOT, mini sling). V případě rozsáhlejší operace pro sestup rodidel se délka DPN pohybuje v rozmezí 4–6 týdnů od propuštění do domácího ošetřování. V každém případě je nutné mít na zřeteli pracovní zařazení pacientky. Při fyzicky namáhavé práci doporučujeme změnu povolání.

Doživotně je povolena zátěž maximálně 3–5 kg do každé ruky.

PAMATUJTE:

Po operacích pro inkontinenci nebo pro sestup pánevních orgánů je doporučena delší dočasná pracovní neschopnost.

Organizace péče o inkontinentní pacienty v České republice

Primární péčí se v oblasti inkontinence rozumí péče všeobecným praktickým lékařem nebo ambulantním gynekologem.

Sekundární péče je poskytována ve specializovaných urogynekologických a urologických ambulancích nebo lůžkových zařízeních. Vyšetření u specialisty doporučuje všeobecný praktický lékař nebo ošetřující gynekolog.

Terciární péče je prováděna na superspecializovaných urologických a urogynekologických pracovištích. Většinou jde o lůžková zařízení, která řeší komplikované případy inkontinentních pacientů.

Odborné společnosti v České republice:

Urogynekologická společnost a Sekce urogynekologie ČGPS – www.urogynekologie.com

Česká urologická společnost – www.cus.cz

UNIFY – www.unify-cr.cz

Neurologická společnost – www.czech-neuro.cz

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP – www.cggs.cz

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP – www.svl.cz.

LITERATURA:

1. Horčíčka L. et al.: Doporučené postupy v diagnostice a léčbě inkontinence moči, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2012
2. Halaška M. et al.: Urogynekologie, Galén, Praha 2004
3. Martan A. a kol.: Nové operační postupy v urogynekologii, Maxdorf, Praha 2011
4. Krhut J.: Hyperaktivní močový měchýř, Maxdorf, Praha 2007
5. Martan A. a kol.: Inkontinence moči u žen a její medikamentózní léčba, Maxdorf, Praha 2006
6. Abrams P. et al.: Clinical Manual of Incontinence in Women, The 3rd International Consultation on Incontinence, Health Publication Ltd 2005
7. Kolektiv autorů – Výbor urogynekologické společnosti – Doporučený postup diagnostiky a léčby inkontinence moči u žen – příprava pro stanovisko ČLK 1/2002 – nepublikováno
8. Zmrhal J., Martan A., Horčíčka L.: Současné názory na péči o hyperaktivní měchýř z pohledu gynekologa. Postgrad.Med., 2007,9, č. 7, s.704-710
9. Culligan J.P.: Urogynecology in Primary Care, Springer, 2007
10. Zmrhal J.: Doporučené postupy v urogynekologii, Moderní gynekologie a porodnictví, Praha 16/2007 č.1
11. Cardozo L.: Urogynecology, 1997
12. Topinková E. Farmakoterapie hyperaktivního močového měchýře ve stáří. Medicína po promoci 2010; 11, Suppl.1:36-44.
13. Topinková E, Jurásková D, Kučera Z, Müllerová N.: Jakou péči poskytujeme pacientům s inkontinencí v rezidenčních zařízeních a v domácí péči? II. Diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy u inkontinentních pacientů. Česká geriatrická revue; 2009; 7 (2); str. 82-89;
14. Horčíčka L. et al: Inkontinence v každodenní praxi. Mladá fronta, edice Postgraduální medicíny; 2015
15. Horčíčka L, Zachoval R, Vlková J, Moravčíková D, Topinková E. Diagnostika a léčba močové inkontinence. Novelizace 2017, Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře. Praha, CDP-PL ISBN 978-80-86998-91-6
16. Topinková E. Farmakoterapie urgentní inkontinence a hyperaktivního měchýře u seniorů. Urol praxi 2017; 18(4):148-153
17. Horčíčka L, Topinková E. Hyperaktivní močový měchýř u starších pacientek: zvláštnosti léčby a lékové interakce. Vnitř Lék 2018; 64(11): 1085-1090

Zpracoval Horčíčka, Zachoval

FT POUKAZ

Platnost poukazu

Datum na poukazu – FT poukaz platí pouze 3 měsíce od vystavení poukazu – pacient musí dochodit fyzioterapii do 3 měsíců od vystavení, pacient se musí do 14 dnů od vystavení poukazu objednat na fyziopracovišti.

Jak správně vyplnit FT poukaz

Od ledna 2025 jsou dvě možnosti vyplnění FT poukazu:

1. Vyplněné pouze záhlaví poukazu a požadované procedury si vyplní již sám fyzioterapeut, který má k tomu oprávnění

Lékař vyplní pojišťovnu, jméno a příjmení pacienta, rodné číslo pacienta, IČP, stav, který vyžaduje fyzioterapii, cíl, jakého má být dosaženo, datum

Kromě hlavní diagnózy je dobré i vyplnit všechny **vedlejší diagnózy**.

2. Lékař vyplní záhlaví FT poukazu i požadované procedury a počet opakování

Platnost poukazu je 7 dní

Kód pojišťovny 111	požaduje díl A	IČP 12345678	Datum	Požadováno poskytnutí FT v domácním prostředí na adrese:
		Odbornost 703 01 0101		

POUKAZ NA VYŠETŘENÍ / OŠETŘENÍ FT

Pacient Jan Novák	Lékařská kontrola dne:
Č. pojištění 1234567890	razítko
Variabilní symbol	podpis
Základní diagnóza N393	
Ost. dg. G555	
Odeslán ad:	Kód náhrady:
	razítko a podpis požadujícího

Stav vyžadující FT: **Stresová inkontinence**

Cíl, kterého má být dosaženo: **Zlepšení obtíží**

Rizika na straně pacienta, upozornění:

Požadováno: (Pro úhradu pojišťovnou je v předpisu nezbytná jednoznačná specifikace procedury, její trvání v minutách a celkový počet procedur)

21001	Vstupní kineziologické vyšetření
21221	LTV na neurofyziologickém podkladě
21415	Mobilizace
21413	Měkké techniky
21117	Biofeedback
21003	Kontrolní kineziologický rozbor

Dobrá VTS - spol. s r. o. Čelákovice 31, 55206 Úřadská 66/1, IČO: 252 08 527, e-mail: info@dvts.cz, www.dvts.cz, Titul: KOVÁŘEK, C. Tréner

Možné kódy pro vyplnění poukazu

- 21001 Kineziologický rozbor vstupní – vždy 1x
- 21117 Biofeedback – především u poklesů pánevních orgánů
- 21221 Léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě (terapie u dysfunkcí pánevního dna vyžaduje, aby fyzioterapeut měl specifické kurzy) – u všech uro-gyno diagnóz
- 21225 LTV – základní – u všech diagnóz
- 21415 Mobilizační techniky – u všech diagnóz
- 21413 Měkké techniky – u všech diagnóz

Případně:

- 21713 Reflexní masáž – především u urgentní inkontinence
 - 21113 Elektroléčba – UZ – především u urgentní inkontinence
- Počet opakování, kombinace výkonů záleží na stavu pacienta, na vedlejších diagnózách, na možnostech pracoviště, na vzdělání fyzioterapeutů
- Uvedení **vedlejší diagnózy** umožní pracovišti ošetřit pacienta vícekrát

Příklady vedlejších diagnóz, které umožní úhradu bez regulace:

G551 – komprese nervových kořenů (M50-M51+) – výhřezy plotének, po operacích výhřezů plotének

G588 – jiná přesně určená mononeuropatie – pudendální neuralgie, chronické bolesti pánve

G631 – polyneuropatie při novotvarech (C00-D48+)

G530 – neuralgie po *Herpes zoster* – bolesti v pánvi

G35 Roztroušená skleróza

C50 Zhoubný novotvar prsu

Stavy vhodné k ambulantní fyzioterapii v urologii, urogynekologii a gynekologii

Stresová a urgentní inkontinence, porodní poranění, funkční sterilita, poklesy pánevních orgánů, pooperační stavy – po plastikách poševních, po odstranění dělohy, po léčbě nádorů – ošetření jizev po laparoskopiích, ozařování, pudendální neuralgie – bolesti v pánvi, hyperplazie prostaty, špatný spermiogram, po operacích prostaty

Tento článek byl zpracován na základě metodiky VZP pro pořizování a předávání dokladů s platností od 1. 1. 2025.

Vypracovala Mgr. Jiřina Breznenová

www.fyzioterapie-praha8.cz



ICIQ-UI SF

Mnoho lidí má občas problémy s únikem moči. Pokoušíme se zjistit, kolika lidí se únik moči týká a jak je únik moči obtěžuje. Budeme Vám vděční, když odpovíte na následující otázky.

Vzpomeňte si, jak jste se v průměru cítila během POSLEDNÍCH ČTYŘ TÝDNŮ.

1. Jak často se stane, že Vám unikne moč?

(Zaškrtněte jednu kolonku)

- nikdy⁰
- asi jednou týdně nebo méně často¹
- dvakrát nebo třikrát týdně²
- asi jednou za den³
- několikrát denně⁴
- stále⁵

2. Rádi bychom věděli, kolik moči Vám podle Vašeho názoru unikne. Jak velké množství moči Vám obvykle unikne (ať už používáte ochranné prostředky nebo ne)?

(Zaškrtněte jednu kolonku)

- žádné⁰
- malé množství²
- středně velké množství⁴
- velké množství⁶

3. Do jaké míry Vám únik moči obvykle vadí ve Vašem každodenním životě?

Prosím označte číslo mezi 0 (vůbec ne) a 10 (velmi)

vůbec	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	velmi
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

4. Kdy se Vám stane, že moč uniká?

(Zaškrtněte prosím všechny kolonky, které se Vás týkají)

- nikdy – moč samovolně neuniká
- uniká předtím, než mám čas se dostat na záchod
- uniká při kašlání nebo kýchání
- uniká ve spánku
- uniká při fyzické činnosti/cvičení
- uniká poté, co jsem se vymočil/a a oblékl/a se uniká z neznámých důvodů
- uniká stále

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Sokolská 31, 120 00 Praha 2

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN 978-80-88280-73-6

ISBN 978-80-88280-73-6



© 2025, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP