
Sonja Hlebš

Pomoč fizioterapevta pri nehotenem uhajanju urina pri starejših

POVZETEK

Urinska inkontinenca je opredeljena kot nehoteno uhajanje urina in predstavlja za posameznika socialni in higienski problem. Prizadene lahko oba spola v različnih življenjskih obdobjih. Pogosteje so inkontinentne ženske, v starosti pa lahko predstavlja velik problem pri posamezniku, ki ima težave s starostjo povezanimi stanji in ga ovira pri opravljanju dnevnih aktivnosti. Fizioterapevti imajo ključno vlogo pri oceni in obravnavi težav v povezavi z urinsko inkontinenco. Konzervativna obravnava, kot so postopki za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, trening mišic medeničnega dna in trening sečnega mehurja, so se izkazali kot primeren način obravnave pri starejših brez pojavov stranskih učinkov. Uporabijo se lahko tudi dodatne metode, kot so biološka povratna zanka in električna stimualcija.

Ključne besede: nehoteno uhajanje urina, fizioterapija, starostniki

***AVTORICA:** Mag. Sonja Hlebš je fizioterapevtka, predavateljica na Oddelku za fizioterapijo na Zdravstveni fakulteti Univerze v Ljubljani in v okviru svojega znanstvenega in strokovnega delovanja sodeluje s skupino, ki se ukvarja s promocijo kontinence in fizioterapevtsko obravnavo težav pri nehotenem uhajanju urina.*

ABSTRACT

Physiotherapy in the treatment of urinary incontinence in elderly

Urinary incontinence is defined as involuntary loss of urine that is demonstrable objectively and constitutes a social/hygienic problem. Urinary incontinence can affect both men and women at different ages. It is more prevalent, however, in women, and may be considered a greater problem in the elderly, who may also have other problems, such as difficulty in walking, and generally impaired capacity for the activities of daily living. Physiotherapists could play a key role in the area of assessment and treatment urinary incontinence. Conservative treatment, such as life style changes, pelvic floor muscle exercises and bladder training have no known side effects and can be recommended for today's elderly population. Additional treatment such as electrical stimulation and bio-feedback may also be used.

Key words: involuntary loss of urine, physiotherapy, elderly

***AUTHOR:** Sonja Hlebš, MSc, is a physiotherapist and lecturer in Physiotherapy Department Faculty of Health Sciences University of Ljubljana. She works in an expert team with other health practitioner for promoting continence and treating problems of urinary incontinence.*

1. UVOD

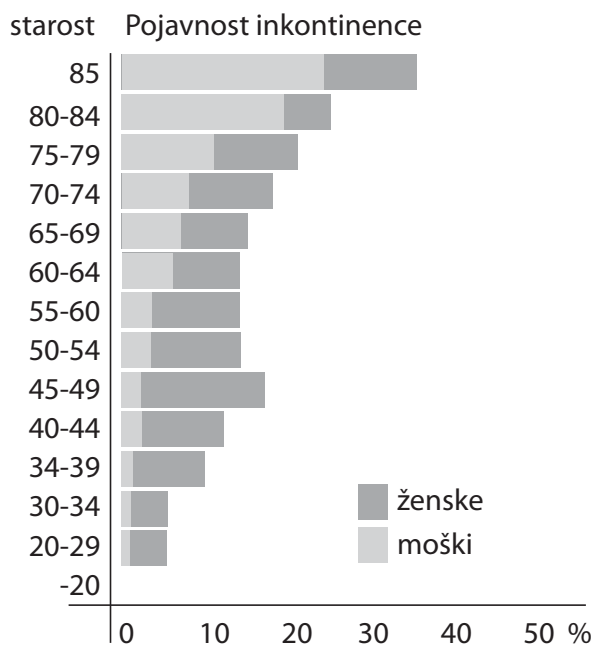
Malo je motenj, ki bi bile tako neprijetne, kot so težave z obvladovanjem mehurja. Nekontrolirano mokrenje – uhajanje urina ali urinska inkontinenca (UI) pesti 5 do 10 % vseh ljudi, od tega jih je kar dve tretjini starejših od 60 let (Jackson idr., 2004; Borrie idr., 2002). Je pogosta in neprijetna nadloga, ki se sicer pojavlja v vseh starostnih obdobjih pri obeh spolih. Osebe se teh težav sramujejo, zato jih prikrivajo pred svojci, okolico, celo pred zdravstvenimi delavci. Le malo jih pravočasno poišče pomoč. Razlog za molk je najpogosteje zadrega, sram oziroma strah pred morebitnim odklonilnim ali nerazumevajočim odzivom zdravnika oziroma okolice. V ambulantah so kar prepogosta pojasnila, da je nenadzorovano uhajanje urina nekaj povsem normalnega, kar pride s starostjo, da pomoč ni mogoča in da je treba uhajanje vode kot takšno sprejeti in z njim živeti (Pierson, 2006; Branch idr., 1994; Blatin, 1989; Norton, 1988). Urinska inkontinenca je velika neprijetnost, sramota in izguba samozavesti. Hkrati je to telesni in psihološki problem, ki ga spremljata neprijeten vonj in občutek krivde. Zaradi strahu, da bi drugi to opazili, se oseba v družbi pogosto počuti nelagodno, zato se druženju izogiba in raje ostaja doma. V Sloveniji znaša pojavnost UI 13,6 % in je nekoliko višja kot v državah zahodne Evrope in ZDA. Statistični podatki kažejo, da je v Sloveniji 49,5 % vseh žensk, ki so stare več 65 let, tako inkontinentnih, da potrebuje zdravljenje. V domovih za starejše občane je inkontinentnih 57 % žensk (Kralj, 1994; Borrie idr., 2002). S številnimi raziskavami je dokazano, da so pogosteje inkontinentne tiste ženske, ki so starejše (v meni zaradi pomanjkanja estrogenov), ki so večkrat rodile, ki so rodile otroke z večjo telesno težo, so manj telesno aktivne, imajo ali so imele različna obolenja dihal ali večje operativne posege v predelu medenice ali pa so opravljale težko fizično delo (dvigovanje težkih bremen). Dokazan je tudi vpliv čezmerne telesne teže in prirojena slabost vezivnega tkiva (Jackson idr., 2004; Abrams idr., 2002). Tekom življenja je pojavnost UI različno razporejena med spoloma. V otroštvu se deklice prej naučijo nadzorovati mehur kot dečki, zato je močenje postelje (nočna enureza) pogostejše pri dečkih. Po drugi strani imajo odrasle ženske precej večjo pojavnost UI kot odrasli moški zaradi razlik v telesni zgradbi in sprememb v nosečnosti in pri porodu. Vendar imajo lahko tudi odrasli moški UI zaradi bolezni prostate, tako moški kot ženske pa lahko utrpijo poškodbo živčevja, ki ima včasih za posledico UI. Pojavnost UI se sicer s starostjo viša (Slika 1), ni pa neizogiben pojav staranja.

UI je zdravstveni problem, ki ga je treba razjasniti. Obstajajo štiri glavne oblike UI (Abrams idr., 2002):

- stresna inkontinenca je posledica šibkih mišic medeničnega dna;
- nujna oz. urgentna inkontinenca je posledica okvarjenega ali prevzdraženega živčevja ali sečnika;
- prepolnostna (ang. *overflow*) inkontinenca nastopi ob prepolnem mehurju, ki ga posameznik ne more izprazniti;
- prehodna ali trajna inkontinenca nastane pri okužbi sečil, zaprtju ali deliriju.

Odtekanje urina iz mehurja uravnava krožna mišica zapiralke (sfinkter), ki se nahaja tik pod izhodom mehurja, za zadrževanje urina pa so zelo pomembne tudi mišice in vezi medeničnega dna (Slika 2). Med odvajanjem urina se mišice v steni mehurja krčijo in tako potiskajo urin iz mehurja v sečnico. Hkrati se mišice zapiralke, ki obdajajo sečnico, sprostijo.

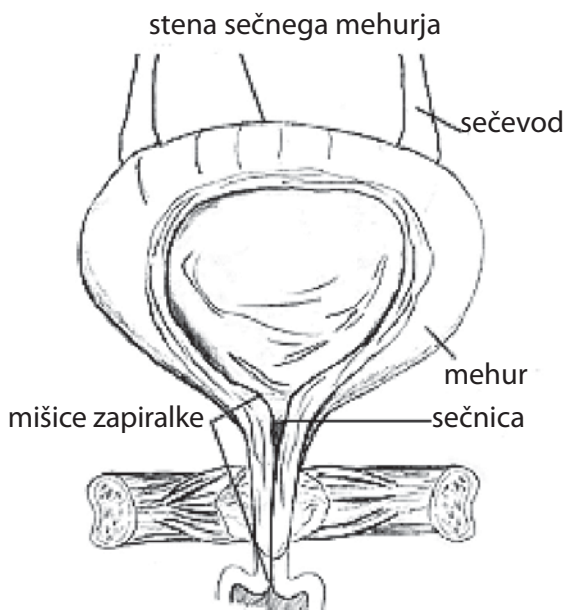
Slika 1: Pojavnost UI glede na starost pri ženskah in moških



Vir: <http://www.bladderbowel.gov.au/ncms/projects/information/epidemurinary.htm>

Inkontinenca se pojavi, če se mišice v steni mehurja nenadoma skrčijo ali če se zapiralki nenadoma sprostita. Torej, kadar sfinkter in mišice medeničnega dna oslabijo, ne zagotavljajo več popolnega »tesnjenja« in urin med obremenitvami uhaja. Mišice medeničnega dna lahko oslabijo pri ženskah po porodih, zaradi hormonskih sprememb v menopavzi, zaradi prekomerne telesne teže, največkrat pa za zmanjšan tonus in ohlapnost mišic zadošča že sam proces staranja.

Slika 2: Prikaz sečnega mehurja in zapiralnega sistema na sečnici



Vir: http://www.zdravasecila.si/inkontinenca_zenske.html

2. VRSTE INKONTINENCE PRI ŽENSKAH

2.1. STRESNA INKONTINENCA

Če se pojavi uhajanje urina pri kašljanju, kihanju ali drugih gibih, ki povečajo pritisk v mehurju, to imenujemo stresna inkontinenca. Pojavi se pogosto zaradi sprememb v no-sečnosti, pri porodu ali v menopavzi. Vezivno-mišične strukture medeničnega dna se ob porodu pri ženskah pogosto poškodujejo, prav tako ob napornem delu (težko fizično delo) ali kroničnem kašlju, ko se sile trebušnega pritiska prenašajo na medenično dno. Če so ti neugodni vplivi tako izraziti, se lahko pojavi še spuščanje rodil in spremenjena lega sečnega mehurja. Mišice medeničnega dna dajejo oporo sečnemu mehurju. Če postanejo te mišice šibke, se mehur pomakne navzdol proti nožnici. Zaradi tega premika je učinkovitost zapiralk na vratu mehurja oslABLJENA in urin priteče iz mehurja v sečnico med gibi, ki povečajo pritisk v mehurju. Poleg tega tudi oslABLITEV samih zapiralk povzroči stresno inkontinenco. V tednu pred menstruacijo se težave zaradi stresne inkontinence ponavadi poslabšajo, saj se zniža količina estrogena (ženskega spolnega hormona) v krvi. To povzroči zmanjšanje mišičnega pritiska okrog sečnice in večjo možnost za uhajanje urina. Iz enakega razloga se poslabšajo težave tudi v menopavzi. Stresna UI je najpogostejša vrsta UI pri ženskah in jo je moč uspešno zdraviti (Abrams idr., 2002).

2.2. NUJNA INKONTINENCA

Pomeni uhajanje urina, ki sledi nenadnem hudem tiščanju na vodo brez posebnega razloga. Najpogostejši vzrok je nepravilno krčenje mehurja, strokovno to imenujemo nestabilni, spastični ali prekomerno aktivni mehur. Lahko ga imenujemo tudi refleksna inkontinenca, ker je posledica prekomerne aktivnosti živčevja, ki nadzoruje delovanje mehurja. Nujna inkontinenca je prisotna tudi, če uhaja voda med spanjem, po pitju manjše količine vode, ob dotiku vode ali ob šumu tekoče vode. Nehoteno krčenje mišic v steni mehurja se lahko pojavi pri okvari živcev, ki vodijo do mehurja, centralnega živčnega sistema (hrbtenjača in možgani) ali samih mišic v steni mehurja. Multipla skleroza, Alzheimerjeva bolezen, možganska kap in poškodbe so lahko razlog za okvaro živcev ali mišic v steni mehurja (Jackson idr., 2005; Abrams idr., 2002).

2.3. FUNKCIONALNA INKONTINENCA

Pojavlja se, če je oviran pravočasen prihod na stranišče zaradi preprek v mišljenju, gibanju ali komunikaciji. Bolnik z Alzheimerjevo boleznijo pozabi iti na stranišče. Drug bolnik, priklenjen na invalidski voziček, pa morda ne uspe pravočasno priti na stranišče. Najpogosteje se ta vrsta inkontinence pojavlja v starosti (Abrams idr., 2002).

2.4. PREPOLNOSTNA INKONTINENCA

Se pojavi, kadar je mehur vedno poln zaradi motenj v odtoku urina ali šibkosti mišic v steni mehurja. Motnjo v odtoku urina skozi sečnico lahko povzročajo kamni ali tumorji, medtem ko je šibkost mišic lahko posledica živčnih motenj pri sladkorni bolezni.

2.5. DRUGE VRSTE INKONTINENCE

Vključujejo mešano inkontinenco, ki je kombinacija stresne in nujne inkontinence.

Prehodna inkontinenca se pojavi zaradi zdravil, okužb sečil, spremembe psihičnega stanja, zmanjšane možnosti gibanja bolnika ali pri zaprtosti.

3. UGOTAVLJANJE UI PRI ŽENSKI

Prvi korak je obisk specialista, ki se ukvarja z inkontinenco in je bodisi urolog ali uroginekolog. Najprej zdravnik opravi z bolnico pogovor, v katerem izve, kakšne težave ima. Pomembni so podatki o uhajanju urina in odvajanju vode, jemanju zdravil, preteklih operacijah in boleznih. Sledi klinični pregled, pri katerem je zdravnik pozoren na možne vzroke za inkontinenco, npr. tumor ali zaostalo blato, preizkusi pa tudi reflekse in občutek za dotik pri sumu na okvaro živčevja. S preiskavo je potrebno ugotoviti kapaciteto sečnega mehurja in morebitni zastanek urina v mehurju po odvajanju vode. Glede na rezultate kliničnega pregleda in na podlagi pogovora bo zdravnik po potrebi odredil še dodatne preiskave (EEG, EMG, ultrazvočna preiskava, urodinamska preiskava – opazuje se sposobnost sečnega mehurja, da se napolni ter nato enakomerno in popolnoma izprazni, ter druge preiskave) (NHS, 2006).

4. VRSTE INKONTINENCE PRI MOŠKEM

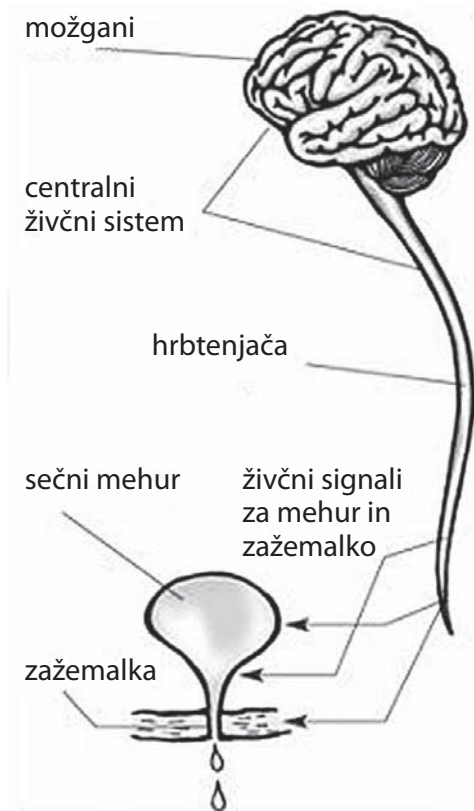
Za uspešno delovanje spodnjih sečil je potrebno uigrano delovanje mišic in živčevja, da zadržujejo urin v sečnem mehurju ter ga ob pravem trenutku spustijo navzven. Nadzor nad mehurjem ni prirojen, zato ga novorojenčki nimajo. Z odraščanjem se otroci navadijo na živčne signale iz mehurja ter se naučijo zadrževati urin. Pri otrocih med 5. in 10. letom starosti je možna inkontinenca zaradi omejene kapacitete mehurja in zaradi zakasnjene razvoja živčnih poti, ki sporočajo stanje napolnjenosti mehurja. Tovrstni tip inkontinence z odraščanjem izgine (Kondo idr., 2002).

4.1. KAJ POVZROČA UI PRI MOŠKEM?

Okvare živčevja – živčevje prenaša signale od možganov do sečnega mehurja in mišice zapiralke – zažemalke (Slika 3). Vsaka bolezen ali poškodba, ki prizadene živčevje, lahko povzroči težave z odvajanjem vode.

Okvare živčevja se lahko pojavijo v vsaki starosti. Pri moških z dolgoletno sladkorno boleznijo pride do okvar živčevja, kar vpliva na delovanje mehurja ter spolne funkcije. Možganska kap, Parkinsonova bolezen in multipla skleroza prizadenejo možgane in živčni sistem, zato lahko povzročijo inkontinenco. Prekomerno aktivni sečni mehur je stanje, pri katerem se mehur skrči ob nepravem času. Vzrok je okvara živčevja, včasih pa vzrok ni znan. Znaki prekomerno aktivnega sečnega mehurja so pogosto uriniranje (12 ali večkrat čez dan in 2- ali večkrat ponoči), nenadno siljenje na vodo (nenadna in močna potreba po uriniranju), nujna inkontinenca, ki sledi siljenju na vodo. Inkontinenco lahko povzroča poškodba hrbtenjače in prirojene nepravilnosti, kot sta spina bifida ali mielomeningokela, kjer hrbtenica ob rojstvu ni popolnoma zaraščena (Kondo idr., 2002).

Slika 3: Prenos signalov od možganov do sečnega mehurja in mišice zapiralke (zažemalke).



Vir: http://www.zdravasecila.si/inkontinenca_moski.html

4.2. BOLEZNI PROSTATE

Prostata je moška spolna žleza velikosti in oblike kostanja. Tik pod sečnim mehurjem obdaja sečnico, zato lahko bolezni in okvare prostate povzročajo težave pri uriniranju. Ta stanja so benigno povečanje prostate ali stanje po radikalni prostatektomiji (RP). RP je operacija, pri kateri v celoti odstranijo prostato pri raku na prostati bodisi skozi rez na trebuhu ali v presredku. Operacija lahko povzroči težave pri erekciji ali UI, čeprav je pri pristopu skozi trebuh zaradi ohranjanja živčnih snopov to manj verjetno. Vzrok za UI je lahko tudi obsevanje z zunanjim virom, pri katerem obsevajo prostato pri raku. Sam poseg ni boleč, lahko pa kasneje pride do UI in ostalih težav (rdečina in draženje kože, poškodba danke, driska, vnetje mehurja, krvav urin, drugo) (Kondo idr., 2002).

4.3. PRELIVNA INKONTINENCA

Je nenadzorovano uhajanje majhnih količin seča iz polnega sečnega mehurja. Ta postane zaradi kroničnega zastoja seča prenapolnjen in neodziven. Tlak se v sečnem mehurju tako poveča, da začne seč uhajati. Bolniki to opazijo kot kapljanje seča, curek seča je šibek. Vzroki za to vrsto inkontinence so lahko: nezmožnost krčenja sečnega mehurja, zapora sečnega toka zaradi zožitve sečnice npr. pri benigni hiperplaziji sečnice ali raku na prostati. Tudi zaprtje lahko povzroča to vrsto inkontinence, ker polna danka blata pritisne na izhod iz sečnega mehurja.

5. UGOTAVLJANJE UI PRI MOŠKEM

Zdravnik se vedno najprej pozanima o bolnikovih prejšnjih boleznih, operacijah in poškodbah. Potrebno je opisati težave z UI, npr. kdaj in kako je nastopila. Bolnik mora tudi opisati, koliko tekočine popije dnevno ter morebitno uživanje alkohola in kave ter vseh zdravil. V dnevnik si lahko bolnik zapisuje popito tekočino in vsako odvajanje vode. Označi tudi uhajanje urina. Pri kliničnem pregledu se ugotovi povečanje prostate ali okvaro živčevja. Pri digitorektalnem pregledu zdravnik skozi danko potipa prostato, pri čemer dobi splošni vtis o velikosti in stanju prostate. Pri pregledu živčevja je pozoren na mravljinčenje in tope občutke v določenem delu telesa, preveri spremembe občutka za dotik, napetosti mišic in reflekse. Zdravnik lahko odredi tudi dodatne preiskave kot so EEG, EMG, ultrazvočno, urodinamsko preiskavo ali drugo (Kondo idr., 2002).

Vprašanje je, ali je mogoče UI samo zdraviti ali pa je mogoče preprečiti njen nastanek. Za razumevanje nastanka in zdravljenja oziroma preprečevanja UI je potrebno najprej vedeti, zakaj nastane. Za opredelitev bolezni je zato potreben celovit zdravniški pregled. Zdravljenje ni enotno, odvisno je od vrste in stopnje obolenja, stanja urogenitalnih organov in drugih spremljajočih obolenj. Kot nekatera druga podobna obolenja se tudi UI zdravi konzervativno in operativno (kirurško). Priporočila mednarodnih posvetov o inkontinenci navajajo, da mora biti oseba s popuščanjem mišic medeničnega dna, ki ima za posledico UI, najprej vključena v konzervativno in farmakološko zdravljenje (Abrams idr., 2002; Kondo idr., 2002). Osnovno konzervativno zdravljenje vključuje postopke za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, fizioterapijo (trening mišic medeničnega dna) z ali brez dodatnih metod, kot so biološka povratna zanka, električna stimulacija, uporaba pripomočkov za nego kože in ureditev življenjskega okolja. Konzervativno zdravljenje je enostavno, sorazmerno poceni in takoj razpoložljivo.

Namen prispevka je predstaviti priporočila za osnovno fizioterapevtsko konzervativno obravnavo. V prispevku ne bo opisana nobena oblika operativnega ali farmakološkega zdravljenja.

6. POMOČ FIZIOTERAPEVTA PRI NEHOTENEM UHAJANJU URINA PRI STAREJŠIH

Fizioterapevt najprej pridobi podatke o bolnikovih težavah s praznjenjem mehurja in črevesa ter o značilnostih in trajanju težav. Pomemben del ocene je ocena kakovosti življenja in ocena bolnikove želje po zdravljenju. Za oceno težav se priporoča uporaba vprašalnikov. Pri pregledu in oceni funkcije ter jakosti mišic medeničnega dna je pomembna ocena hote-nega krčenja mišic medeničnega dna. Številni bolniki ne znajo ali ne razumejo, kako napeti oziroma krčiti mišice medeničnega dna (Bø idr., 2002; Bø idr., 1988).

6.1. SPREMEMBA ŽIVLJENJSKIH NAVAD

Najprej začnemo z najenostavnejšim načinom zdravljenja, to je s spremembo življenjskih navad. Vse osebe z UI morajo biti poučene o naravi bolezni in možnostih samopomoči.

Spremembe življenjskih navad obsegajo nasvete za zmanjšanje telesne teže, zaprtja, vnosa gaziranih pijač, alkohola in kofeina. Dodatni postopki za spodbujanje zdravega življenjskega sloga so še nasveti o opustitvi kajenja, nasveti o pravilnem položaju pri uriniranju in iztrebljanju, pravilnem dvigovanju bremen (kako zmanjšati pritisk v trebušni votlini) in svetovanje za rekreativne in športne dejavnosti (Norton idr., 2003; Bø idr., 1999)

6.2. TRENING MIŠIC MEDENIČNEGA DNA

Priporočila iz izsledkov številnih raziskav govorijo o tem, da mora biti metoda prvega izbora pri konzervativnem zdravljenju oseb z UI, zlasti pri stresni UI, trening mišic medeničnega dna. Hoteno stiskanje mišic medeničnega dna je poznano tudi kot Keglove vaje in je zlati standard konzervativne obravnave UI že od 40. let prejšnjega stoletja. Kljub temu, da Keglove vaje še niso dokazano učinkovite pri preprečevanju inkontinence pri moških, jih ima veliko strokovnjakov za pomemben način zdravljenja. Namen treninga mišic medeničnega dna je trojen: učinkovit stisk mišic medeničnega dna pred in med povečanim pritiskom v trebušni votlini (npr. kašljanje, kihanje, dvig bremena) stisne uretro, poveča uretralni pritisk in prepreči uhajanje urina. Vaje torej predstavljajo hoteno krčenje in sproščanje mišic medeničnega dna, z mišico zapiralko sečnega mehurja vred. Priporočajo se trije sklopi vaj, v vsakem sklopu se naredi 8–12 počasnih in čim močnejših stiskov, z zadržkom 6–8 sekund. Kot stopnjevanje se nadalje priporoča, da se med zadrževanjem stiska dodajo še 3–4 hitri stiski. Med vajami je potrebno enakomerno dihati in ne zadrževati diha. Učenje vaj je zamudno, številni jih ne razumejo ali se jih ne znajo naučiti sami, zato je pravilnemu stiskanju mišic medeničnega dna treba posvetiti veliko pozornosti. Morda je najlažji način, kako čutiti mišice medeničnega dna, če oseba poskuša zadržati curek urina. Vaj se nikoli ne izvaja med uriniranjem, ker sčasoma lahko pride do tega, da se mehur ne bo izpraznil popolnoma. Pravilnega stiskanja mišic medeničnega dna bo osebo vsekakor najbolj pravilno naučil fizioterapevt. S kondicijo mišic medeničnega dna je tako kakor z vsako telesno kondicijo. Pridobimo si jo počasi, izgubimo pa v zelo kratkem času, zato se priporoča, zlasti ženskam, vzdrževanje kondicije teh mišic vse življenje (Ščepanović idr., 2007; NHS, 2006; Pierson, 2006; Bø idr., 2003; Bø idr., 2002).

6.3. BIOLOŠKA POVRATNA ZVEZA

Pogosto uporabljena metoda v kombinaciji s treningom mišic medeničnega dna je biološka povratna zveza (ang. *biofeedback*), kot pomoč pri treningu. Primerna je zlasti za osebe z okvarami živčevja, ki ne morejo vedeti, ali pravilno izvajajo Keglove vaje ali ne. Pri biofeedback metodi naprava s pomočjo senzorja, ki zaznava delovanje mišic medeničnega dna, prikazuje s svetlobnim ali zvočnim signalom, če so bile skrčene prave mišice. Senzor, ki je podoben tankemu svinčniku, se vstavi v vagino ali danko in na zaslonu se ob skrčenju prave mišice pojavi obvestilo, iz zvočnika pa zaslišimo pisk (Bø idr., 2002).

6.4. FUNKCIONALNA ELEKTROSTIMULACIJA

Poleg vaj po Keglu se lahko mišice medeničnega dna stimulirajo tudi s funkcionalno elektrostimulacijo. Gre za enega sodobnejših načinov konzervativnega zdravljenja stresne in urgentne urinske inkontinence. Namen funkcionalne elektrostimulacije pri stresni UI je izboljšanje zapiralnega pritiska sečnice in aktivnost zapiralk, medtem ko je namen funkcionalne elektrostimulacije pri urgentni UI inhibicija refleksnih stiskov sečnega mehurja

(čezmerno aktiven sečni mehur). To je stimulacija mišic medeničnega dna in pudendalnega živca s posebno napravo. Električni stimulator je lahko hospitalni ali osebni, slednji je naprava, ki jo ima oseba doma. Tak stimulator sestoji iz ohišja, v katerem nastajajo dražljaji, in vaginalnega oziroma rektalnega vložka, ki ima elektrodo za prenos dražljajev na tkivo. Stimulator predpiše zdravnik na obrazec za tehnični pripomoček v breme zavoda za zdravstveno zavarovanje. Seveda tudi tu velja, da je uspeh zdravljenja zagotovljen po dosledni, redni in pravilni stimulaciji vsaj tri mesece. Tovrstno zdravljenje ima malo kontraindikacij, nima stranskih, splošnih in negativnih učinkov in je zato primerna oblika zdravljenja starejših bolnic (Bø idr., 1999).

6.5. TRENING SEČNEGA MEHURJA

Trening sečnega mehurja se uporablja pri osebah s čezmerno aktivnim sečnim mehurjem, pri katerem so pristni simptomi pogostejšega uriniranja in nuje po odvajanju urina. Čezmerno aktiven sečni mehur je najpogostejši vzrok za zlom kolka. Ko ženske in moški ponoči vstajajo, se v temi, ob slabši gibljivosti in v silni želji, da bi čim prej prišli do stranišča, pogosto primeri, da se spotaknejo, padejo in si zlomijo kolk. Cilj treninga sečnega mehurja je popraviti napačne vzorce navad, kot so pogostejše uriniranje, podaljšanje časovnih presledkov med posameznim uriniranjem, povečanje kapacitete sečnega mehurja in povečanje samozavesti osebe za nadzor sečnega mehurja. Svetujemo, da oseba časovni presledek med posameznim uriniranjem povečuje od 15 do 30 minut, cilj pa je postopoma doseči 2 do 3-urni presledek med posameznim uriniranjem (NHS, 2006).

7. ZAKLJUČEK

Konzervativno zdravljenje je torej prvi izbor za zdravljenje UI. Za osebe s stresno UI se priporoča naslednji način obravnave. Če ni prisotnega hotenega krčenja mišic medeničnega dna, se uporabi funkcionalno elektrostimulacijo za spodbuditev hotenega krčenja mišic. Če je prisotno hoteno krčenje mišic medeničnega dna, oseba izvaja intenziven program treninga mišic medeničnega dna za izboljšanje njihove funkcije, temu se lahko doda biološka povratna zveza. Pri osebi z urgentno UI kot posledico čezmerno aktivnega sečnega mehurja, s predpostavko, da zna hoteno krčiti mišice medeničnega dna, izvajamo trening sečnega mehurja (ob siljenju na vodo naj skuša presledke podaljševati), smiselno je uporabiti tudi funkcionalno elektrostimulacijo.

Zadrževanje urina je pomembno, ne glede na to, koliko smo stari. Če nam uhaja urin, to zelo vpliva na naše počutje in kroji pomembna področja našega življenja. Kar 70 % teh ljudi ne poišče zdravniške pomoči, ker se svoje težave sramujejo in ne vedo, da v tem nikakor niso osamljeni. Dobro je vedeti, da uhajanja urina oziroma urinske inkontinence nikakor ne gre jemati kot še eno nadlogo, ki jo prinaša starost, saj gre za bolj ali manj ozdravljivo težavo.

LITERATURA

Abrams P., Cardozo L. in Fall M. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. V: *Neurourology and urodynamics*, letnik 21, str. 167–178.

- Blannin J. P. (1989). The sooner the better! Teaching continence promotion to women. V: *Professional Nurse*, letnik 5, št. 3, str. 149–152.
- Bø K. (2002). Physiotherapeutic techniques. V: MacLean A. B. in Cardozo L. (ured.). *Incontinence in women*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, str. 256–271.
- Bø K., Larsen S., Oseid S., Kvarstein B., Hagen R. in Jorgenson J. (1988). Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with stress urinary incontinence. V: *Neurourology and urodynamics*, letnik 69, str. 261–262.
- Bø K., Mørkved S. in Fjørtoft T. (2002). Effect of adding biofeedback to pelvic floor muscle training to treat urodynamic stress incontinence. V: *Obstetrics and gynecology*, letnik 100, str. 730–739.
- Bø K., Mørkved S., Schei B. in Salvesen K. A. (2003). Pelvic floor muscle training during pregnancy to prevent urinary incontinence: a single-blind randomized controlled trial. V: *Obstetrics and gynecology*, letnik 101, str. 313–319.
- Bø K., Telseth T. in Holme I. (1999). Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress incontinence in women. V: *British Medical Journal*, letnik 318, str. 487–493.
- Borrie M. J., Bawden M., Speechley M. in Kloseck M. (2002). Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trial. V: *Canadian Medical Association Journal*, letnik 166, št. 10.
- Branch L. G., Walker L. A., Wetle T. T., DuBeau C. D. in Resnick N. M. (1994). Urinary incontinence knowledge among community-dwelling people 65 years of age and older. V: *Journal of the American Geriatrics Society*, letnik 42, str. 1257–1262.
- Jackson R. A., Vittinghoff E., Kanaya A. M., Miles T. P., Resnick H. E., Kritchevsky S. B., Simonsick E. M. in Brown J. S. (2004). Urinary incontinence in elderly women: findings from the health, aging, and body composition study. V: *Obstetrics and gynecology*, letnik: 104, str. 301–307.
- Jackson S. L., Scholes D., Boyko E. J., Abraham L. in Fihn S. D. (2005). Urinary incontinence and diabetes in postmenopausal women. V: *Diabetes Care*, str. 1730–1738.
- Kondo A., Lin T. L., Nordling J., Siroky M. in Tammela T. (2002). Conservative management in men. V: Abrams P., Cardozo L., Khoury S. in Wein A. (ured.). *Incontinence*. 2nd International consultation on incontinence. Paris: Health Publication Ltd., str. 553–569.
- Kralj B. (1994). Epidemiology of female urinary incontinence, classification of urinary incontinence, urinary incontinence in elderly women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, letnik 55, str. 39–41.
- NHS (2006). *Management guidelines for urinary continence promotion in adults within primary care*. NHS. V: [http://www.westlincspct.nhs.uk/Policies&manuals/Clinical%20\(sprejem 14. 6. 2006\)](http://www.westlincspct.nhs.uk/Policies&manuals/Clinical%20(sprejem%2014.6.2006).).
- Norton C. in Fonda D. (2003). *Promoting continence worldwide*. V: [http://www.tenamagazine.com\(sprejem 14. 6. 2006\)](http://www.tenamagazine.com(sprejem%2014.6.2006).).
- Norton C. (1988). Incontinence can be prevented at all ages. V: *Professional Nurse*, letnik 4, št. 1, str. 22–26.
- Pierson C. A. (2006). *Promoting continence*. V: [http://www.nurseweek.com\(sprejem 14. 6. 2006\)](http://www.nurseweek.com(sprejem%2014.6.2006).)
- Ščepanović D. in Kacin A. (2007). Predstavitev evropskega projekta URO Project - ASIA-Link Programme. V: *Fizioterapija*, letnik 15, št. 3, str. 153–162.

Kontaktne informacije:

Mag. Sonja Hlebsš

Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta

Oddelek za fizioterapijo

Zdravstvena pot 5, 1000 Ljubljana

e-pošta: sonja.hlebs@zf.uni-lj.si