

2020. EüK. 15. szám EMMI irányelv

(hatályos: 2020.09.09 -)

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 000784

Érvényesség: 2023. IX. 1.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZT VEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Urológia Tagozat

Prof. Dr. Nyirády Péter urológus, andrológus, tagozatvezető, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai

Dr. Majoros Attila, PhD, urológus és szülész-nőgyógyász, társszerző

Prof. Dr. Bajory Zoltán urológus, társszerző

Dr. Pytel Ákos, PhD, urológus, társszerző

2. Szülészeti és nőgyógyászati, asszisztált reprodukció Tagozat

Dr. Demeter János szülész-nőgyógyász, urológus, tagozatvezető, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai

Dr. Rubliczky Levente szülész-nőgyógyász, urológus, társszerző

Dr. Endrődi Tamás szülész-nőgyógyász, társszerző

Dr. Sipos Attila szülész-nőgyógyász, társszerző

Dr. Simon Zsolt, PhD, urológus, társszerző

3. Mozgásterápia, fizioterápia Tagozat

Dr. Horváth Mónika gyógytornász, tagozatvezető, társszerző

Fejlesztő munkacsoport tagjai

Hock Márta gyógytornász, társszerző

Friedrichné Nagy Andrea gyógytornász, társszerző

Balogh Edit gyógytornász, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. Ápolás és szülésznő (szakdolgozói) Tagozat

Mészáros Magdolna szülésznő, tagozatvezető, véleményező

2. Geriátria és krónikus ellátás Tagozat

Prof. Dr. Bakó Gyula belgyógyász, endokrinológus, allergológus és klinikai immunológus, geriater szakorvos, tagozatvezető, véleményező

3. Házirovidtan Tagozat

Dr. Szabó János házirovid, tagozatvezető, véleményező

4. Rehabilitáció, fizikális medicina és gyógyászati segédeszköz Tagozat

Dr. Dénes Zoltán mozgásszervi rehabilitáció, ortopédus, tagozatvezető, véleményező

5. Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat

Bábiné Szottfried Gabriella védőnő, tagozatvezető, véleményező

“Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

“Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

1. Forgalmazók az Egészségért Szövetség

Dr. Markovics Gyula stoma, inkontinencia tagozatvezető, tanácskozó

2. Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

Dr. Cserháti Péter sebész, traumatológus és rehabilitációs szakorvos, tanácskozó

3. Magyar Kontinencia Társaság

Prof. Dr. Szabó László gyermekgyógyász és nephrológus szakorvos, társelnök, tanácskozó

4. Nemzeti Betegfórum

Vidor Eszter választmányi tag

Független szakértő(k):

Az irányelv tervezet független szakértői véleményezését az érintett szakterület minőségügyi szakfőorvosa, Prof. Dr. Pajor László végezte el. Véleményét a fejlesztőcsoport figyelembe vette és beépítette a tervezetbe.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben, dokumentáltan, el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: nem neurogén eredetű vizelettartási zavarok

Az ellátási folyamat szakasza(i): prevenció, diagnosztika, terápia, rehabilitáció, ápolás

Az érintett ellátottak köre: nem neurogén eredetű női és férfi felnőtt vizelettartási zavarokkal érintettek

Az érintett ellátók köre

Szakterület: 1100 urológia

1102 urodinamia

1103 neuro-urológia

0400 szülészeti-nőgyógyászat

0405 szülészeti

0406 nőgyógyászat

6301 háziiorvosi ellátás

6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziiorvosi ellátás

5700 fizioterápia-gyógytorna

5711 gyógytorna

5722 fizioterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)

0106 geriátria

2200 rehabilitációs medicina alaptevékenységek

2208 politraumatizáltak, égésbetegek és szepszikus sebészeti betegek rehabilitációja

7304 otthoni szakápolás

7305 szakápolás (egészségügyi diplomával és/vagy szakápolói szakképesítéssel külön jogszabályban meghatározottak alapján)

GYS1 gyógyászati segédeszköz-forgalmazás (önálló üzletben)

GYS2 gyógyászati segédeszköz-forgalmazás (fióküzletben)

Ellátási forma: A1 alapellátás,

J1 szakrendelés

J2 egynapos sebészet

J4 nem orvosi szakfeladatot ellátó szakellátás

D1 diagnosztika

F1 fekvőbeteg-szakellátás (aktív fekvőbeteg-ellátás)

F2 fekvőbeteg-szakellátás (krónikus fekvőbeteg-ellátás)

F3 fekvőbeteg-szakellátás (ápolási ellátás)

F4 fekvőbeteg-szakellátás (rehabilitációs ellátás)

Progresszivitási szint: I–II–III. szint

Egyéb specifikáció: nincs

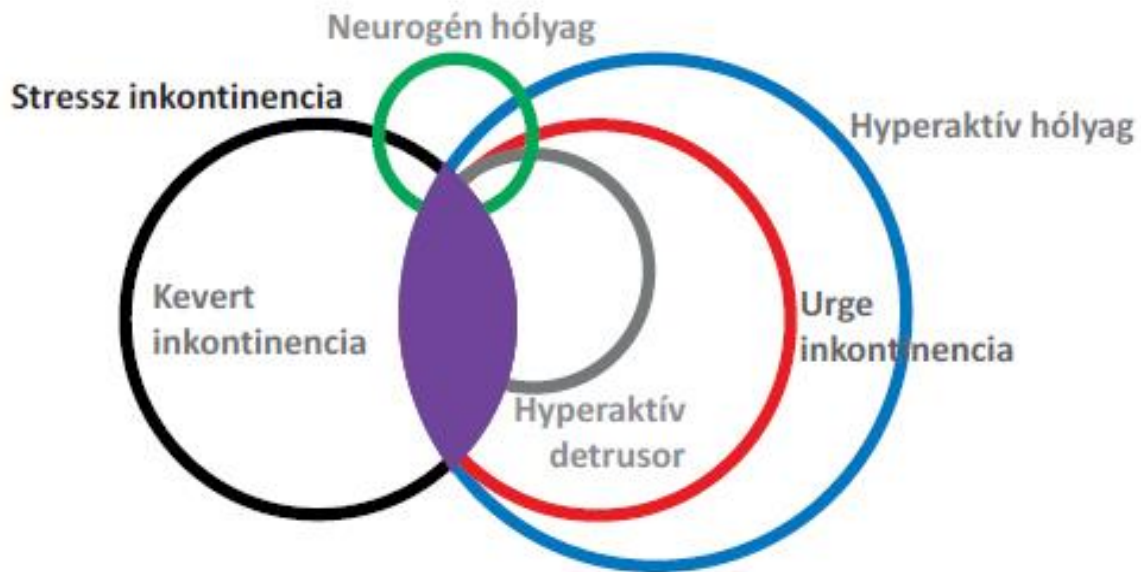
IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Vizeletinkontinenciának nevezünk bármely akaratlan vizeletvesztést. [1] A gyakorlatban inkontinenciának azonban csak azokat az eseteket tekintjük, amikor a vizeletvesztés a húgycsővön keresztül történik. (A hüvelyi, rectalis vizeletvesztés a sipolyok közé sorolandó, a nem kontinens sztomák pedig művileg kerülnek – a beteg előzetes egyetértésével és beleegyezésével – kialakításra).

A vizelettartási zavarok áttekintése az 1. számú ábrán látható.

1. számú ábra. A vizelettartási zavarok áttekintő ábrája



A Nemzetközi Kontinencia Társaság 2013-as ajánlásai alapján a vizelettartási zavarok témakörében a következő alapvető meghatározások használatosak. [1]

Az inkontinencia formái [1-3]

- **Stressz (terheléses) vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés hasi erő kifejtésekor, például sportolás, köhögés, tüsszentéskor.
- **Sürgősségi vagy késztetéses (urge) vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés, melyet egyidejű, vagy előzetesen fellépő “sürgősség” (urgency) kísér.
- **Kevert inkontinencia:** a stressz és az urge vizeletinkontinencia panaszainak együttes megléte.
- **Folyamatos inkontinencia:** a vizeletvesztés folyamatosan jelen van.
- **Enuresis nocturna:** a vizeletvesztés éjszaka következik be.
- **Krónikus vizeletretencióval társult vizeletinkontinencia:** az akaratlan vizeletvesztés mellett a hólyag nem tud teljesen kiürülni (átlagosan 300 ml residuális vizelet marad a hólyagban).
- **Panaszok alapján nem “azonosítható” vizeletinkontinencia:** az egyén képtelen az inkontinenciát jellemezni, csak a vizeletvesztés tényét észleli, de nem tudja azt semmilyen tevékenységhez, vagy ingerhez, eseményhez kötni.
- **Coitalis vizeletinkontinencia (csak nőknél):** vizeletvesztés csak szexuális aktus alatt.
- **Funkcionális vizeletinkontinencia:** vizeletvesztés annak következtében, hogy az egyén képtelen elérni a mellékhelyiséget kognitív, funkcionális vagy mobilitási problémák miatt. Az alsó húgyúti traktus anatómiai és funkcionális állapota önmagában nem magyarázná a vizeletvesztést.
- **Multifaktoriális vizeletinkontinencia:** akaratlan vizeletvesztés, mely többszörös rizikófaktorok következményeképpen jelentkezik (társbetegségek, gyógyszerek, életkor és környezeti faktorok).

Húgyhólyag tárolási zavarának tünetei [1-3]

- **Gyakori nappali vizeletürítés (pollakisuria):** a beteg a korábbiakhoz képest gyakoribb nappali vizeletürítést panaszol. A vizelések száma nincs meghatározva az új definíció szerint, így ez szubjektív és a betegtől függ. A korábbi gyakorlatban általánosan a napi hét alkalomnál több vizelést tekintették kórosnak.
- **Nocturia:** a beteg egynél több alkalommal felébred éjszaka, mert vizelnie kell.
- **Sürgősség (urgency):** hirtelen jelentkező vizeletürítési kényszer, melyet nehéz visszatartani.
- **Hyperaktív hólyagszindróma vagy túlműködő hólyagszindróma (szinonimák: Overactive Bladder-OAB, urge szindróma, sürgősségi szindróma, Überaktive Blase):** jellemzője a kifejezett sürgősségi vizeletürítési kényszer inkontinenciával, vagy anélkül. Gyakran társul pollakisuriával és nocturiával. Az OAB-nak így “száraz” (inkontinencia nélkül) és “nedves” (inkontinenciával kísért) formája is lehetséges.

Húgyhólyag érzőműködés zavarai [1-3]

- **Fokozott hólyagérzékenység:** a hólyagtelődés alatt erős vizelési inger jelentkezik, azonban az urge inkontinenciával ellentétben a vizeletürítés halasztható.
- **Csökkenő hólyagérzékenység:** a vizelési inger érzésének megjelenése a korábbiakhoz képest később jelentkezik.
- **Hiányzó hólyagérzékenység:** a hólyag telődésének és a vizelési ingernek a hiánya.

Vizelési és vizeletürítés utáni tünetek [1–3]

- **Késlekedés:** a vizeletürítés beindulása késik.
- **Csökkenő vizeletáramlás:** a vizeletáramlás a korábbiakhoz vagy másokéhoz képest gyengült.
- **Szakaszos vizeletürítés:** vizelés alatt a vizeletsugár megszakad, majd újraindul, ez akár többször is ismétlődik a vizelési ciklus alatt.
- **Vizeletürítés haspréssel:** a beteg hasprést alkalmaz a vizelet indítására, az áramlás fenntartására, vagy javítása céljából.
- **Szóródó vizeletsugár:** a vizelet nem egy sugárban hagyja el a húgycsövet, hanem több sugárban szóródva ürül.
- **Utócsepegés:** a vizeletürítés utolsó szakasza elnyúlt, a vizeletáramlás lelassul, és csak csepeg, szivárog a vizelet.
- **Inkomplett hólyagürülés érzése:** a beteg érzi, hogy a hólyag nem ürül ki teljesen.
- **Azonnali ismételt vizeletürítés szükségessége:** vizeletürítés után azonnali, további vizeletürítés szükséges.
- **Vizelés utáni vizeletvesztés:** vizeletürítés után közvetlenül bekövetkező akaratlan vizeletvesztés.

- **Testhelyzet függő vizeletürítés:** a vizelés beindítására vagy a jobb vizeletürítés céljából a beteg speciális testhelyzetet vesz fel.
- **Dysuria:** vizelés alatti égő érzés, vagy diszkomfort. Hazánkban ezt a fogalmat a nehezített vizeletürítés leírására használjuk.
- **Vizeletretenció:** hasi erő kifejtés ellenére a beteg képtelen vizeletet üríteni.
- **Vizelet utáni reziduum:** vizelet után a hólyagban visszamaradt vizeletmennyiség.

2. Rövidítések

ACT: Adjustable Continence Therapy - Utólagosan állítható feszességű, nyomású eszköz

AMS: American Medical Systems – Amerikai egészségügyi rendszer

AUS: Artificial Urinary System - Műsphincter

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

BPH: Benignus Prostatata Hyperplasia

CIC: Clean Intermittent Catheterization -Tiszta szakaszos katéterezés

CT: Computed Tomography - Komputertomográfia

COPD: Chronic Obstructive Pulmonary Disease - Krónikus obstruktív tüdőbetegség

FESZ: Forgalmazók az Egészségért Szövetség

ICI: International Consultation on Incontinence - Inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás

ICIQ: International Consultation on Incontinence - Modular Questionnaire - Inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás - Moduláris kérdőív

ICIQ-SF: International Consultation on Incontinence – Short Form - Inkontinenciáról tartott nemzetközi tanácskozás – Rövid forma

ICS: International Continence Society - Nemzetközi Kontinencia Társaság

ISD: Intrinsic Sphincter Defficiency - Intrinsic sphincter elégtelenség

ISO: International Organisation for Standardisation - Nemzetközi Szabványügyi Szervezet

EAU: European Association of Urology – Európai Urológiai Társaság

EMMI: Emberi Erőforrások Minisztériuma

EN: Enuresis Nocturia - Éjszakai vizeletvesztés

ER: Extended Release - Elhúzódó kibocsátású

ES: Elektrostimuláció

ExMI: Extracorporeal Magnetic Stimulation – Extrakorporális mágneses stimuláció

IR: Immediate Release - Gyors kibocsátású

IVS: Intravaginal Sling - Intravaginalis hevederek

GYSE: Gyógyászati segédeszköz

LE: Level of evidence - Bizonyítékok szintje

LMWH: Low-Molecular-Weight-Heparin – Kis molekulatömegű heparin

LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms - Alsó húgyúti tünetek

MRI: Magnetic Resonance Imaging - Mágneses Rezonancia Vizsgálat

MUI: Mixed Urinary Incontinence - Kevert inkontinencia

M1, M2, M3: Muszkarin receptorok

NEAK: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő

OAB: Overactive Bladder – Hiperaktív hólyagszindróma, túlműködő hólyagszindróma

OEP: Országos Egészségbiztosítási Pénztár

PFMT: Pelvic Floor Muscle Training - Medencefenéki izomtorna-gyakorlatok

POP: Pelvic Organ Prolapse - Medencefenéki szervek előesése

POPQ: Pelvic Organ Prolapse Quantification - Medencefenéki szervek előesésének fokozata

ProACT: Periurethralis ballonok

PTNS: Percutaneous Tibial Nerve Stimulation - Percutan Nervus Tibialis Stimuláció

PVR: Post Void Residual Urine - Maradék vizelet

RP: Radicalis Prostatectomia

SPARC: Suprapubic Arch Sling - Suprapubic ívheveder

SUI: Stress Urinary Incontinence - Stresszinkontinencia

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – Bőrön át történő elektromos ideg-izom ingerlés

TOT: Transobturator tape (szalag)

TUIP: Transurethral Incision of the Prostate – A prosztata transzuretrális bemetszése

TURP: Transurethral Resection of the Prostate – Transzuretrális prosztata rezekció

TVT: Tension-free Vaginal Tape – Transvaginal tape (szalag)

TVTO: Tension free Vaginal Tape Obturator

UI: Urinary Incontinence - Vizeletinkontinencia

UPP: Urethral Pressure Profile - Urethra nyomásprofil

UTI: Urinary Tract Infection - Huguúti infekció

UUI: Urge Urinary Incontinence - Urge inkontinencia

VAS: Vizuális Analóg Skála

VLPP: Valsalva Leak Point Pressure – Vizeletcseppenési nyomás meghatározása

3. Bizonyítékok szintje [2, 7]

1. számú táblázat: Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence)

LE Bizonyítékok tulajdonságai

1a Randomizált vizsgálatok metaanalíziséből származó bizonyítékok.

1b Legalább egy randomizált vizsgálatból származó bizonyítékok.

2a Jól megtervezett, kontrollált, randomizálás nélküli vizsgálatból származó bizonyítékok.

2b Legalább egy jól megtervezett, kvázi kísérleti jellegű vizsgálatból származó bizonyítékok.

3 Jól megtervezett, nem kísérleti jellegű vizsgálatokból, például összehasonlító vizsgálatokból, korrelációs vizsgálatokból és esettanulmányokból származó bizonyítékok.

4 Szakbizottsági jelentésekből vagy véleményekből, illetve mérvadó szaktekintélyek klinikai tapasztalataiból származó bizonyítékok.

A bizonyítékok besorolására használt rendszert a fejlesztőcsoport az Európai Urológus Társaság (EAU) irányelvéből vette át. [2]

A szövegben a bizonyítékok besorolását a szöveges leírás után tett zárójelben jelöljük, pl. (LE: 2).

A 2013. évi 5. Nemzetközi Inkontinencia Konzultáció (ICI) irányelvéből átvett bizonyítékok besorolását a fejlesztőcsoport átkonvertálta az EAU által alkalmazott bizonyíték besorolására.

4. Ajánlások rangsorolása

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. A fejlesztőcsoport alapvetően az EAU irányelv ajánlás rangsorolását (A, B és C ajánlás erősségi fokozatba rangsorolt ajánlásokat) alkalmazta [2, 7], melyet kiegészített egy negyedik (D) ajánlás erősséggel, ami a hazai, szakmai konszenzuson alapuló szakértői vélemények rendszerbe illesztését szolgálja.

2. számú táblázat: Ajánlások fokozatai (GR, grade of recommendation)

GR Ajánlások tulajdonságai

- Jó minőségű, konzisztens klinikai vizsgálatokon alapulnak, amelyek az
- A** adott ajánlásokkal foglalkoznak, és legalább egy randomizált vizsgálatot magukban foglalnak.
 - B** Megfelelően lefolytatott, de randomizálás nélküli klinikai vizsgálatokon alapulnak.
 - C** Közvetlenül alkalmazható, jó minőségű klinikai vizsgálatok hiánya ellenére megfogalmazott ajánlások.
 - D** Hazai szakértői véleményen alapuló ajánlások.

Az irányelv szövegében az ajánlások besorolását az ajánlás szövegét követően zárójelben jelöljük pl. (A).

Amennyiben az adaptált irányelvek egy-egy ajánlásra eltérő fokozatot állapítanak meg, a fejlesztőcsoport az alacsonyabb fokozatú ajánlásbesorolást alkalmazza.

Az ajánlásokat szándékosan, többnyire “intézkedésalapú” mondatokban fogalmaztuk meg.

Az ajánlások betartásának kötelezőségére különböző szintek léteznek a nemzetközi gyakorlatban is, melynek megkülönböztetésére jelen irányelv az alábbi kategóriákat különíti el:

- Amennyiben adott tevékenység elvégzése nélkül az ellátási folyamat nem mehet tovább, “alkalmazása kötelező”, vagy “kötelező”, “kell” kifejezések használatosak.
- Ha adott ellátási helyzet körülményei (feltételek, beteg preferenciák) alapján kell eldöntenie az ellátónak és a betegnek együtt, hogy milyen mértékben kerüljön alkalmazásra az adott ajánlás, akkor a “javasolt” kifejezést használjuk, melyen belül is megkülönböztetünk “erőteljesen javasolt”, “javasolt” és “ajánlott” kifejezéseket attól függően gyengülő mértékben, mennyire fontos az adott ajánlás az ellátás eredményessége szempontjából.
- Amennyiben adott tevékenység nem ajánlott, akkor szintén mértékbeli megkülönböztetéssel a “tilos”, “nem javasolt” és “nem ajánlott” kifejezések használatosak.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Az átmeneti vagy tartós és kezelésre szoruló intenzitású vizeletinkontinencia számos progresszív, akár malignus betegség fedőszindrómája lehet, emellett magas incidenciája és egyéni életkorral emelkedő prevalenciája, stigmatizáló-tabusított jellege miatt is népegészségügyi probléma. A szakmailag megfelelő inkontinencia-ellátásnak a szakszerű gyógyító tevékenység mellett, proaktív-preventív szemléletűnek is kell lennie, mivel a disszimulatív betegviselkedés rendkívül gyakori. Ugyanakkor a késedelmes vagy elhibázott diagnosztikus és terápiás beavatkozások ronthatják az adekvát definitív ellátás esélyeit, másrészt a progrediáló tünetek durván korlátozzák a beteget még a

legalapvetőbb családi és munkahelyi tennivalók elvégzésében is. Az inkontinens állapot mind az egyén, mind környezete és a társadalom számára is jelentős pszichés és anyagi terheket jelent. Az inkontinens állapottal együttjáró tünetekkel (“gyanús” foltok az öltözéken, vizeletszag stb.) szemben a beteg társas környezete teljes mértékben elutasító. A beteget masszív szégyenérzettel tölti el a stigmatizáló és kirekesztő környezeti magatartás. A kezeletlen inkontinencia jellegzetes tünetei folytán a beteget teljes kirekesztéssel fenyegeti szociális közegéből, így a legelemibb társas tevékenységek (munka, családi élet, pihenés, bevásárlás stb.) sem láthatók el. A betegek ezért gyakran teljesen elmagányosodott, visszavonult, passzív életvitelbe kényszerülnek. Ennek a kirekesztettségnek, szégyenérzetnek tudható be az is, hogy szakemberhez is csak nehezen és késedelmesen fordulnak panaszaikkal, s inkább egyéb módon (pl. tisztasági betétek vásárlásával, dezodorokkal stb.) próbálják tüneteiket leplezni – többnyire eredménytelenül. Ezen túlmenően az első orvos-beteg találkozás alkalmával a betegek közel negyede tapasztalja, hogy a házi orvos érdektelenséget mutat a vizelettartási panaszok említése kapcsán, betegének nem ajánl további érdemi kivizsgálást, segítséget.

Míg a betegek a legkisebb maradványtünetet is kontinenciájuk teljes elvesztéseként élik meg, addig a súlyos inkontinenciát is jól tolerálják, amennyiben a tüneti kezelés eredményes. A kontinenciaellátás elsődleges célja a beteg teljes társadalmi reintegrációja, melynek feltétele az azonnali, teljes tüneti stabilizáció (gyógyszeres és/vagy eszközös) biztosítása és az oki kezelés mielőbbi megkezdése. Ez csak személyre szabott ellátással, a társszakmák kompetenciáinak összehangolása révén valósulhat meg, melyben a korszerű, eredmény orientált szakmai irányelv nélkülözhetetlen segítséget nyújt.

Nemzetközi incidencia/prevalencia adatok

Az inkontinencia átlagos prevalenciáját a különböző nemzetközi statisztikák nőknél 4,6–58,5%, férfiaknál 1,6–24% között adják meg. Az orvoshoz forduló betegek közel fele első körben családorvshoz fordul problémájával és az egyéb egészségügyi okból az alapellátást felkereső betegek körében is jelentős mértékű a “rejtőzködő”, nem felfedett és kezelt inkontinencia. [1–3] Kortól és nemtől függetlenül az inkontinencia előfordulási gyakorisága kórházakban, illetve időotthonokban 22–90% (átlag: 55,7% ? 25,13%). [3]

A 2013. évi 5. Nemzetközi Inkontinencia Konzultáció (ICI) összefoglaló szerint a vizeletinkontinencia becsült gyakorisága a középkorú és idősödő nők esetében 30–60% közötti, és a növekvő életkorral emelkedik az előfordulása. A valóban jelenlévő, napi problémát okozó inkontinencia gyakorisága ebben a populációban 5–15% közötti, mely 70 év felett a 15%-ot is meghaladja. A rendelkezésre álló mérvadó felmérések szerint az inkontinencia nagyjából 3-szor gyakoribb nőknél, mint férfiaknál, azonban idős életkorban férfiaknál a prevalencia sokkal meredekebben emelkedik. [1]

A hyperaktív hólyagszindróma (Overactive Bladder-OAB) teljes lakosságra vetített prevalenciája európai és USA-beli vizsgálatok alapján kortól függetlenül átlagosan kb. 16% és a betegek kb. 37%-nak inkontinens panasza is van (késztetési típus). [3] Az OAB prevalencia 5% körüli a 40–44 éves korcsoportban, 65 éves kor körül közelíti a 25%-ot és a 75 év feletti korcsoportban a 30–35%-os sávba kerül. [3]

Az inkontinencia és az OAB ellátás helyzete Magyarországon

Hazánkban az Inko Fórum szervezésében 2001-ben országos felmérés történt a nők vizeletinkontinenciájának felmérésére. 35 448 tizennyolc év feletti nőt kérdeztek vizelettartással kapcsolatos panaszokról. A megkérdezettek 56%-ának voltak inkontinens panaszai, azonban csupán 36% vallotta magát inkontinensnek, így feltételezhetően minimum 15–20%-nak terápiát igénylő tünetei, panaszai lehettek. Tapasztalatok szerint a házi orvosnál inkontinencia panasszal jelentkező betegek harmada semmilyen segítséget sem kap, míg a tünetileg diagnosztizált eseteknek is csak felét irányítja a házi orvos a megfelelő szakellátás felé. [3]

Bár a kérdőívre kapott válaszokból a vizeletcsepegés formái pontosan nem állapíthatók meg, úgy tűnik, hogy a leggyakoribbak a kevert jellegű, majd a stressz típusú, végül a késztetéses panaszok. A kor előrehaladottságával mind a vizeletelfolyás, mind a hyperaktív hólyagszindróma gyakorisága növekszik. 2000-ben ugyancsak az Inko Informban jelent meg egy felmérés, melyben Pápán és környékén élő 18 év feletti nőket kérdeztek kérdőíves módszerrel vizeletinkontinens panaszokról. A megkérdezettek 30 éves kor alatt 40%-ban, 51 és 65 év között 68%-ban említettek inkontinens panaszokat, az alkalmi eseteket leszámítva a vizeletinkontinencia a különböző korcsoportokban 4% és 38% között fordult elő. Az alkalmi panaszokat is beleértve a vizeletelfolyás előfordulása 55–60% volt, az alkalmi panaszokat nem számítva ez az arány 15–20% között mozgott. [3]

Egy budapesti felmérés során a nők 56%-a, a férfiak 12%-a számolt be vizelettartási panaszokról, de csupán a válaszolók 30%-a fordult orvoshoz. [3]

Amennyiben ezeket az adatokat nemzetközi vizsgálatokkal összevetjük, illetve a hazai népességre vonatkoztatjuk, akkor kb. 800 ezer panasszal (az alkalmiakat is beleértve) számolhatunk.

Hazánkban mérsékelten állnak rendelkezésre statisztikai adatok a hyperaktív hólyagszindróma előfordulását illetően. A Magyarország 2010–2020 közötti átfogó egészségügyi szűrőprogramja [11, 27] keretében 2011-ben végzett felmérés részeredménye szerint (sajnos összesen csupán 542 OAB tünetet említő beteg adataiból készült a feldolgozás) az OAB szindrómás betegek 22%-a férfi, 78%-a pedig nő volt. A betegek 10%-a súlyos, 32%-a közepes, 58%-a enyhe panaszokról számolt be.

Gyógyszeres kezelés esetén már rendelkezésre állnak a korszerűbb, kevesebb mellékhatással bíró készítmények, azonban magas árak miatt ezek piaci részesedése töredéke a hyperaktív hólyagszindróma/urge inkontinencia terápiájában alkalmazott gyógyszereknek. Hazánkban még mindig a gyors felszívódású oxybutinin a piacvezető hatóanyag, mely bár hatékony, de a legtöbb kellemetlen mellékhatás – és ennek következtében bekövetkező terápiás lemorzsolódás – is a használatához köthető.

Magyarországon kimelt jelentősége lenne a többgyermekes anyákra koncentráció-primer, szekunder és terciér inkontinencia prevenciónak az összes lakóhelyhez közeli ellátási formában. Ennek általános oka, hogy a nők inkontinenciával szembeni kitettsége – élettani okból – a fiatal és középkorú korcsoportban eleve sokkal magasabb a férfiakhoz képest. Hazai sajátosságot jelent, hogy az első gyermekvállalás kori átlagéletkor emelkedése a többszöri gyermekvállalással egyre magasabb inkontinencia rizikót generál, amit tovább ront a releváns potenciális háttérbetegségek és az egészségtelen életmód kirívóan magas prevalenciája a magyar középkorú nők körében. A konzervatív kezelés alapját képező gátizomtorna (medencefenéki izomtréning) oktatására hivatott gyógytornászok száma alacsony, így ennek következtében nem alakult ki, és nem működik egy országos lefedettségű gyógytornász/fizioterapeuta hálózat, mely lakhely szerint államilag támogatott

módon biztosítaná az érintettek számára a női és férfi stresszinkontinencia konzervatív kezelésének gold standardját. A női stressz vizeletinkontinencia műtéti kezelésének területén bár széleskörben ismertek a jó eredményességet biztosító új generációs, feszülésmentes suburethralis szalagműtétek, mégis sok helyen ma is végzik a kifejezetten gyenge eredményességű, ma már egyértelműen nem ajánlott műtéteket, például a hagyományos mellsőhüvelyfali plasztikát. [16, 28]

A jelenlegi hazai gyakorlatban – a korábbi releváns EMMI szakmai irányelvek hozzáférhetősége ellenére – a “megfelelő beavatkozás a megfelelő betegnek” máig nem valósult meg a szükséges mértékben. Gyakran érkeznek betegek az alapellátásból a szakellátásba enyhe, konzervatív úton jól kezelhető panaszaikkal a legalapvetőbb háziorvosi diagnosztika, konzervatív/gyógyszeres kezelés és a legelemibb tünetmentesítés megkezdése nélkül. Ugyanakkor szintén gyakori, hogy számos recidív inkontinencia miatt többszöri műtéten átesett betegről derül ki, hogy urodinamikai vizsgálata még soha nem történt. Ezért az ellátásban szükséges az I. vonalbeli diagnosztikus és konzervatív terápiás gyakorlat szélesítése és minőségbiztosítása (családorvosi kontinenciaellátás licencevizsga megteremtése), ezzel összefüggésben a II. vonalbeli diagnosztikai és terápiás beavatkozások országos lefedettségű kiépítése, szükség esetén centralizáció kialakítása a személyi és tárgyi feltételek biztosításával. Ez megfelelő szakmai színvonalon kizárólag a társszakmák kompetenciáinak és tennivalóinak összehangolása révén valósulhat meg, melyben a korszerű, eredmény orientált szakmai irányelv nélkülözhetetlen segítséget nyújt.

A lakóhelyhez közeli ellátási formák az inkontinencia primer, szekunder és terciér prevenciójában nem nyújtanak kellő mértékű és eredményességű segítséget a betegeknek. Ennek egyik oka, hogy a tünetek tabusított és stigmatizáló jellege miatt a betegek hajlandósága háziorvosuk célirányos spontán felkeresésre általában is rendkívül alacsony, a disszimulatív betegviselkedés aránya extrém magas. Ezt csak tovább súlyosbítja, hogy a végül háziorvoshoz inkontinencia panasszal forduló betegek negyede az alapellátás passzív ignoranciájával és/vagy aktív elutasításával kénytelen konfrontálódni. Az inkontinencia-ellátás elsővonalbeli hiányosságainak következménye többek között a beteg munkaképességének és társadalmi státuszának irreverzibilis stigmatizációs amortizációja, és a családi tennivalók – pl. gyermeknevelés – ilyen eredetű elhanyagolása is. Ezt súlyosbítja a tünetek és a potenciális háttérbetegségek paralell progressziója és a negatív betegviselkedési minták felerősödése is, ami végső soron a definitív terápiás lehetőségek igénybevételének szükségességét hanyatlásához vezet.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy a hazai kontinenciaellátás javulását rövid távon és tartósan fenntarthatóan is – legjelentősebb mértékben a háziorvosi/alapellátásbeli kontinenciaellátás területén érhetjük el, mely háziorvosi továbbképzéssel és kompetenciabővítéssel (kontinencia licencevizsga megalkotása a benne meghatározott jogokkal és kötelezettségekkel) és a kontinencia/sztómaterápiás szakasszisztensi hálózat létrehozásával valósítható meg.

Rizikófaktorok

Általános rizikófaktorok

Életkor

A betegség incidenciája nemtől függetlenül emelkedik az életkorral, átlagosan 1–11%/év. Korcsoportonként is eltérőek az inkontinencia prevalencia adatok. A 17–24 éves korosztályból 51–52% említ sporadikusan előforduló stresszjellegű vizeletvesztést, de rendszeres elfolyásról csak 5–16% számol be. A 30–60 év közötti nők esetében 14–41%-os, a 60 év feletti hölgyek esetében 4,5–44%-os (átlag: 23,5%) inkontinencia gyakoriságot találtak. Fiatalabb betegeknél a stresszinkontinencia, idősebb korosztályban a késztetéses és a kevert forma a gyakoribb. [3]

A "Veneto tanulmány" szerint 80 év felett nincs különbség a nemek között az állapot gyakoriságát illetően. 80–84 év közötti korcsoportban a férfiak 22%-a, a nők 23,9%-a számolt be inkontinenciáról. Az időskori gyakoribb megjelenés okai lehetnek: a vizelettároló funkciók tudatos, akaratlagos agyi szabályozásának korral járó csökkenése, elsősorban nőknél a menopausa után bekövetkező hormonhiány miatt kialakuló általános nyálkahártya és genitális atrophia előfordulása, továbbá férfiaknál a nehezített vizeletürítés miatt kialakult hólyagingerlékenység. [3]

50 év felett a hyperaktív hólyagszindróma előfordulási gyakorisága is párhuzamosan növekszik az életkorral, nemtől függetlenül. Míg a 40–45 év közötti korosztályban Európában mindkét nemből 10% alatti az OAB prevalenciája, addig 70 év felett mindkét nemből meghaladja a 20%-ot, 75 év felett pedig a 30%-ot. Az Egyesült Államokban még a 35–44 éves korosztályban is csupán 10% körül marad a hyperaktív hólyagszindróma gyakorisága, de 65 év felett mindkét nemből eléri a 30%-ot. Nőknél már korábban (35 éves kortól), férfiaknál csak később (55 éves kortól) tapasztalható nagyobb mértékű prevalenciaemelkedés. [3]

Jellemző nem

Vizeletinkontinencia gyakrabban fordul elő nőkben, fiatal és középkorú betegeknél a férfi-női arány kb. 1:6. Idősebb korban, 80 év felett (Veneto tanulmány) nincs különbség a nemek között, 22–24%-os inkontinenciaarány észlelhető. A hyperaktív hólyag szindróma átlagos, kortól független prevalenciája mindkét nemből kb. 16%, a "nedves" forma előfordulása hölgyeknél háromszor gyakoribb. [3]

Gyakori társbetegségek

Elhízás, diabetes, dementia, krónikus bronchitis, krónikus obstipatio, depresszió, húgyúti fertőzés, szexuális diszfunkció, dermatomycosis a külső genitáliákon és környékükön. [3, 36]

Genetikai háttér

A családi halmozódás egyértelműen megfigyelhető, azonban a genetikai tényezőktől nem választhatók el a környezeti faktorok. [3]

Mentális állapot

A kor mellett a mobilitás és a szellemi épség talán a két legmeghatározóbb faktor az időskori késztetéses inkontinencia és hyperaktív hólyagműködés kialakulásában. Idős betegek körében ép szellemi funkció mellett 36,2%, dementia esetén 76,7%-os inkontinenciaarányt tapasztaltak. Idősothonok lakói között végzett felmérés mobilis betegeknél 23,5%-ban, immobilis betegeknél 82,1%-ban talált vizeletelfolyást, melynek döntő része késztetéses jellegű. [3, 38]

Gyógyszerek

Számos, különösen időskorban szedett gyógyszer szignifikáns hatással bír a hólyagfunkcióra, és mellékhatásként akár késztetéses, vagy kevert, ritkábban stressz inkontinenciát is okozhat. Az altatók, nyugtatók, pszichiátriai gyógyszerek az alkoholhoz hasonlóan deprimálhatják a beteg hólyagműködésre fordított figyelmét, a diureticumok (vízhajtók) gyakori vizeletürítést, következményes késztetéses vizelési ingereket okozhatnak. A vérnyomáscsökkentők közül az alfa adrenerg antagonistáknak, a kalcium antagonistáknak és az ACE gátlóknak lehet inkontinenciát kiváltó, vagy azt fokozó hatása. Ezeknek a gyógyszereknek lehetőség szerinti elhagyása vagy más, a vizelettároló funkciót nem befolyásoló készítményre cserélése a kontinencia visszatérését eredményezheti. [2, 3]

Életmód

A folyadékbevitel nem játszik jelentős szerepet az inkontinencia és a hyperaktív hólyagszindróma pathogenesisében normális esetben. Fokozott folyadékfelvétel azonban ronthatja az inkontinens állapotot. A túlzott kávéfogyasztás szerepet játszhat a hyperaktív hólyagszindróma/urges inkontinencia kialakulásában, de hatása nem bizonyított. Fizikai aktivitás csökkenése, szellemi állapot hanyatlása növeli az inkontinencia esélyét. [1-3]

Női vizeletinkontinencia speciális rizikófaktorai

Fehér nők körében a vizeletinkontinencia gyakoribb, mint fekete vagy ázsiai nők esetében (LE 1b). Idősebb életkorban gyakrabban fordul elő inkontinencia. (LE 1a) [1] Terhesség és hüvelyi szülés egyértelműen növeli a későbbi életkorban kialakuló vizeletinkontinencia kockázatát. (LE 1a) [1] Elhízás, nagyobb testsúly egyértelműen hajlamosít inkontinencia kialakulására. (LE: 1a) [1, 36] Fizikai aktivitás csökkenése esetén gyakrabban jelentkezik vizelettartási zavar. (LE: 2b) Diabetes mellitus fokozott kockázati tényezőt képez a vizeletinkontinencia megjelenése szempontjából. (LE: 2 b) [1] Ötvenöt évesnél idősebb hölgyek esetében az orálisan adott ösztrogén szignifikáns rizikófaktorot jelent a vizeletinkontinencia kialakulása szempontjából. (LE: 1b) [1] Menopausa nem jelenti a stresszinkontinencia független rizikófaktorát. (LE: 2b) Korábbi hysterectomia a vizeletinkontinencia lehetséges rizikófaktor. (LE 2b) POP növelheti a vizeletinkontinencia kockázatát. Dementia fokozza az inkontinencia kockázatát. (LE: 2a) A genetikai hajlam egyértelműen igazolható a vizeletinkontinencia kialakulásában. (LE: 1) Egyéb faktorok, mint a dohányzás, kávéfogyasztás, diéta, constipatio, depresszió, húgyúti fertőzés etiológiai szerepét nem tudták igazolni. (LE: 3) [1]

Férfi vizeletinkontinencia speciális rizikófaktorai

Lehetséges rizikófaktorok: idősebb életkor, UTI, LUTS, fizikai, illetve szellemi leépülés, diabetes mellitus, neurológiai betegség, korábbi prostatectomia. [1, 3, 48]

Hyperaktív hólyagszindróma speciális rizikófaktorai

Egyértelmű rizikófaktor az idősebb életkor, szóba jöhet még BPH, POP és csökkent szellemi status szerepe. [1-3, 13]

A stressz vizeletinkontinencia kiváltó okai

Nők:

- Medencefenéki prolapsus vagy más néven hypermobil urethra (cystocele, rectocele, enterocele): gyakori, anatómia eltérés látható, urge panaszok, kevert vizelettartási panaszok, ürítési zavarok is előfordulhatnak.
- Záróizom-gyengeség (Intrinsic Sphincter Defficiency - ISD): gyakori, funkcionális eltérés mérhető, anatómiai elváltozás nincs. Kötőszöveti-, izomfunkció gyengeségre, elégtelenségre vezethető vissza.
- Iatrogen vagy traumás sphinctersérülés (endoscopos műtét, baleset, téraránytalan szülés): ritka, többnyire mindig súlyos.

Férfiak:

Primer ISD: nagyon ritka.

- Iatrogen: radicalis prostatectomia (súlyos formában ritka: 1–3%, enyhe formában: 1–20%) TURP, TUIP urethrotomia, tranvesicalis prostatectomia (ritka: 0,5–1%).
- Traumás: ritka.

Urge vizeletinkontinencia kiváltó okai

Nők-Férfiak:

- Intravesicalis okok (gyulladás, idegentest, kő, daganat, kis kapacitás, illetve compliance, korábbi hólyag és inkontinenciagátló műtétek, radiációs cystitis, interstitialis cystitis stb.),
- Anatómiai eltérések (nők: cysto-rectocele, meatusstenosis; férfiak: BPH, húgycsőszűkület; mindkét nem: húgycső és hólyagdiverticulum),
- Funkcionális alsó húgyúti obstrukció (spasztikus sphincter, detrusor sphincter disszinerfia),
- Gyógyszerek mellékhatásai (béta blokkolók, paraszimpatomimetikumok),
- Pszichogen,
- Idiopathiás (idős kor, myogen).

Kevert vizeletinkontinencia kiváltó okai

A fenti okok együttesen jelentkezhetnek.

2. Felhasználói célcsoport

Egészségügyi ellátók számára a klinikai döntéshozatal segítésére:

Jelen irányelv a legfrissebb szakmai evidenciákat, nemzetközi ajánlásokat a magyar népegészségügyi és ellátórendszeri sajátosságokra adaptálva mutatja be a betegellátás eredményesebbé, hatékonyabbá és egyenlőbb hozzáférésűvé, biztonságosabbá tétele érdekében a nem neurogén eredetű felnőtt vizeletinkontinencia prevenciójával, kivizsgálásával, kezelésével, rehabilitációjával, gondozásával és ápolásával foglalkozó egészségügyi szakemberek számára.

Az irányelv fő célja egységes szakmai keretrendszer biztosítása azon hazai szakemberek (házi orvosok, urológusok, nőgyógyászok, rehabilitációs szakemberek, fizioterapeuták, ápolók stb.) részére, akik a vizeletinkontinencia kivizsgálásával és ellátásával – közvetlenül, vagy közvetetten – rutinszerűen foglalkoznak:

- szakellátásban dolgozó specialisták elsősorban urológusok, nőgyógyászok, neurológusok, idegsebészek, rehabilitációs szakorvosok és egyéb kontinenciaellátással speicalisan foglalkozó szakorvosok (kiegészítő speciális, képző és invazív diagnosztikai vizsgálatok, invazív, műtéti kezelések, vagy konzervatív, de szakorvosi kompetenciát igénylő urológiai, nőgyógyászati, neurológiai, belgyógyászati stb. kezelések),
- felnőtt és vegyes házi orvosi praxis (prevenció, rizikóalapú betegkiemelés, primer diagnosztika és tüneti, illetve oki terápia, konzervatív kezelés, betegirányítás),
- ápolási intézmények, otthonápolási szolgálat (tartós gondozás, ápolás),
- ügyeleti, sürgősségi ellátásban az elsősegélyszintű ellátást végzők (pl. katétercsere, infekciók ellátása stb.),
- az inkontinencia kezelésében közvetetten részt vevők (mikrobiológus, radiológus, laboratóriumi szakellátók),
- gyógytornászok és más fizioterápiás szakemberek,
- gyógyászati segédeszköz-szakforgalmazás.

Az irányelv felhasználásának másodlagos célja a betegutak optimalizációjához szükséges jogszabályi és finanszírozási környezethez tartozó döntéshozatali munka támogatása és az EMMI népegészségügyi prioritásainak releváns támogatása (pl. rákprevenció, diabéteszgondozás, COPD prevenció és antitubak programok, obesitás kezelése, gyermekvállaláshoz kapcsolódók, veleszületett rendellenességek korai kiemelése, fogyatékoságügyi program stb.)

Célok, alkalmazhatóság köre

Az irányelv célja rövid távon a vizeletinkontinencia hazai kivizsgálásának és ellátásának javításához megadni a szakmai kereteket, hosszú távon pedig egy egyenlő hozzáférést biztosító, progresszivitási szintek szerint felépülő országos kontinenciahálózat működtetéséhez megteremteni a nélkülözhetetlen koncepcionális és szakmai kiindulásokat. Az irányelv alkalmazandó a felnőtt, női és férfi nem neurogén eredetű vizelettartási zavarok kivizsgálásában, megelőzésében, kezelésében, rehabilitációjában és gondozása során.

Az irányelv implementációjával elérhető – operatív szintű – célkitűzések

a) Az inkontinenciaellátás költséghatékonyságának javítása

- A kezelések hatékonyságát javító házi orvosi/védőnői prevenció feladatok: rizikócsoporthoz specifikált megelőző és szűrő/monitorozó tevékenység (pl. gyermekvállalás kapcsán proaktív rákérdezés a tünetekre, szülés előtti és utáni gátizomtorna végzésének ajánlása és eredményességének szoros követése), személyre szabott életmód-tanácsadás, kontinenciát javító viselkedésterápia a hozzátartozó bevonásával (vizelési napló, toalett-tréning, hólyagtréning stb.)

– Bármely inkontinenciátünettel a házi orvosánál jelentkező érintett a lehető leggyorsabb módon és a lakhelyéhez a lehető legközelebb kapja meg a megfelelő betegprofil specifikus tájékoztatást, részesüljön az irányelvben meghatározott alap kivizsgálásban és konzervatív ellátásban a szükséges tüneti kezelés mellett, a lépcsőzetesen felépülő kontinenciaellátás elve mentén.

b) Eredményesség, megfelelőség

– A kivizsgálás során kétlépcsős folyamatot kell alkalmazni. Az észlelt panaszok, tünetek alapján szükséges alapvető vizsgálatok a beteg első jelentkezésekor már alapellátásban történjenek meg. Ezek elvégzése és a beteg terápiás profiljának megalkotása után következhet az elsővonalbeli konzervatív terápia sz.e. tünetmentesítés és az esetleges további vizsgálatok indikációja. Invazív kezelést szükségessé tevő állapotokban, a komplikált, recidív és terápiareszisztens esetekben a részletes, invazív és specifikus diagnosztikai módszerek (urodinamika, endoscopia stb.) elvégzésére mielőbb sort kell keríteni.

– Az elsővonalbeli nem invazív kezelést mielőbb el kell kezdeni a lehetőség szerinti teljes tünetmentesítés igényével.

– A házi orvos gyógyszer- és eszközfelírási jogosultságait is szükséges áttekinteni, mert a betegek adherenciáját és a házi orvos motiváltóságát is súlyosan rombolja, ha a házi orvos ugyan köteles kikérdezni betegét és tünetileg ellátni, ugyanakkor támogatott lehetőségek híján (pl. jelenlegi rendelkezések alapján csak szakorvosi javaslatra írhat fel vizeletfelszívó segédeszközt) nem részesíthet mindenkit szakmailag egyenlő elbánásban.

– Biztosítani kell az alapellátás célirányos munkáját (prevenció, betegprofil felállítás és az ennek megfelelő konzervatív kezelés megkezdése, célirányos szakellátásba küldés, gondozás hatékonysága stb.).

– Gyógyszeres kezelés során a mellékhatás/gyógyszerinterakció miatti terápiás lemorzsolódás mértéke csökkentendő. A legkisebb napi terápiás költséggel járó, de megfelelő gyógyszerelés elrendelése a cél, a kevesebb mellékhatással rendelkező készítmények alkalmazása mellett, a beteg egyébként meglévő gyógyszereinek és ezek lehetséges inkontinenciát provokáló mellékhatását és interakcióit is figyelembe véve.

– A nemspecifikusan megválasztott nedvszívó eszköz kapacitása mindenkor optimálisan alacsony legyen az inkontinencia becsült súlyosságához képest. A nedvszívó eszköz mérete a beteg testi adottságai, típusa az önellátás és kiegészítő konzervatív terápiás tennivalók szerint kell, hogy alakuljon. Rögtön az eszközhasználat betanítása után el kell kezdeni a napi eszközcserék számának minél alacsonyabbra szorítását és a kiegészítő konzervatív lehetőségek forszírozását.

– Erősen ajánlott a hazánkban jelenleg csupán szűk körben alkalmazott fizioterápiás és rehabilitációs kezelések hozzáférhetőségének kiterjesztése.

– Szűkebb körben rendelkezésre álló, hatékony, gyakran végzett műtéti beavatkozások szélesebb körben történő támogatása.

– Speciális, nagy gyakorlatot igénylő, ritkán végzett, költséges beavatkozások központosítottan történő végzése.

- A jelenleg OEP/NEAK finanszírozással (BNO hiányában) nem rendelkező beavatkozások kódkarbantartásának kezdeményezése.
- Az ellátás biztonságosságának növelése, a szövődmények csökkentése.
- Az ellátás hatékonyságának javítása, a recidív inkontinencia csökkentése.

c) Biztonságosság, egyenlő hozzáférés

- Az ellátás biztonságosságát a vizeletinkontinencia kivizsgálásának és kezelésének kétlépcsős modellje szavatolja. Az alapellátásban történjen meg az elsővonalbeli alapvető vizsgálatok elvégzése, valamint az egyszerű, tiszta, enyhe súlyossági fokozatú esetek primer ellátása és a beteg tünetmentesítése. A szakellátás biztosítsa a komplikált, súlyos, recidív esetek kivizsgálását, ellátását, progressziójuk követését.
- A bonyolult műtéti technikák centrumokban történő végzése javasolt.
- Szükséges a nőgyógyászati-urológiai határterületi, komplikált beavatkozások urológus-nőgyógyász team munkában történő ellátása vagy speciálisan képzett urogynaekológus által történő ellátása.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Jelen fejlesztés az alábbi, lejárt érvényességi idejű szakmai irányelv témáját dolgozza fel.

Azonosító:	000784
Cím:	Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve a felnőttkorban előforduló, nem neurogén eredetű vizeletinkontinenciáról
Érvényesség:	
Megjelenés adatai:	2016. III. 30. – 2019. II. 28.
Elérhetőség:	Egészségügyi Közlöny, 2016/6. https://kollegium.aEEK.hu

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi táblázatban szereplő két külföldi irányelv ajánlásai alapján, ezek körültekintő adaptációjával készült. A két meghatározó és adaptált külföldi irányelv megjelenése óta az irányelv témájában felelhető releváns változásokat ezen irányelvek legújabb elérhető forrásaiból (Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. (eds.) Incontinence 6th Edition 2017. ISBN: 978-0-9569607-3-3; Burkhard FC (Chair) et al: EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2019, ISBN 978-94-92671-04-2) [4, 5] vettük át.

Szerző(k):	M.G. Lucas (chair) et al.
Tudományos	European Association of Urology

szervezet:	Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology Guidelines (EAU)
Cím:	
Megjelenés adatai:	2015. http://uroweb.org/guideline/urinary-incontinence/
Elérhetőség:	
Szerző(k):	Paul Abrams, Linda Cardozo, Saad Khoury, Alan Wein (editors)
Tudományos szervezet:	International Consultation on Urological Diseases – European Association of Urology (ICUD-EAU)
Cím:	
Megjelenés adatai:	Incontinence 5 th Edition, 2013 (on the basis of the 5 th International Consultation on Incontinence, Paris, 2012)
Elérhetőség:	2013, ISBN:978-9953-493-21-3 http://www.icud.info/index.html

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel

Jelen irányelv nem áll kapcsolatban más hazai egészségügyi szakmai irányelvvvel.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

ÖSSZEFOGLALÓ, MEGHATÁROZÓ AJÁNLÁSOK

A VIZELETINKONTINENCIA ELSŐVONALBELI ELLÁTÁSÁVAL FOGLALKOZÓ SZAKEMBEREK, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A CSALÁDORVOSOK SZÁMÁRA

Ajánlás 1

Az inkontinencia diagnosztikája és ellátási folyamata kétlépcsős. Lehetőség szerint **az alapvető vizsgálatokat a beteg lakóhelyéhez legközelebb eső háziorvos végezze el a tüneti vagy oki kezelés és a tünetmentesítés megkezdésével együtt. (D) [3]**

Disszimulált inkontinencia gyanúja esetén a tünetekre és panaszokra – megfelelő diszkréció mellett – célirányosan rá kell kérdezni. Az egyszerű, tiszta, primer esetek kivizsgálása és tünetmentesítő kezelése az alapellátás keretein belül is megtörténhet. Az alapkivizsgálás segítségével az esetek döntő hányadában megfelelő diagnózishoz juthatunk, és konzervatív kezelést kezdetünk **(lásd a “felderítés” c.: ajánlás: 9–11., “vizsgálatok alapellátásban” c.: ajánlások 19–27. fejezeteket)**. Invazív kezelések, műtétek előtt kötelező a részletesebb, a definitív kezelés szempontjából mérvadó kivizsgálás elvégzése. Az alapellátásban felfedezett komplikált, súlyos, recidív esetek ellátása is mindenkor szakorvosi feladat, ennek megfelelően az ilyen eseteket a beteg fellelése után azonnal – az áthidaló tüneti kezelés biztosítása mellett – és célirányosan szakellátásba kell utalni. (D) A kétlépcsős ellátási folyamat biztosítása céljából szükséges, hogy a háziorvosoknak az előírt kötelezettségek mellé jogokat is biztosítsunk (pl. gyógyászati segédeszköz saját hatáskörben történő elrendelése) feladatuk szakszerű ellátása céljából. Az alapellátásban dolgozó kollégák ezen

tevékenységének minőségkontrollját a kontinenciaellátást emelt szinten engedélyező **licencevizsga** biztosítaná.

A komplikált vizeletinkontinencia definíciója: [1, 3]

Az inkontinencia típusa alapvizsgálatok segítségével egyértelműen nem meghatározható:

- Műtéti kezelés utáni recidív vizeletinkontinencia.
- Haematuriával kísért vizeletinkontinencia (húgyúti malignoma veszélye, azonnali konzílium igénye felmerül).
- Súlyos objektív, illetve szubjektív tünetek melletti vizeletinkontinencia.
- Recidív húgyúti infekció és vizeletinkontinencia együttes előfordulása.
- Vizeletürítési zavarral társult vizeletinkontinencia.
- A húgyhólyag és a húgyúti záróizmok neurogén eredetű működési zavara.
- Jelentős mértékű urogenitalis prolapsus és vizeletinkontinencia együttes előfordulása.
- Férfi vizeletinkontinencia

Ajánlás 2

A női stresszinkontinencia kezdeti stádiumban elsősorban konzervatív úton (gátizomtorna + fizioterápia) kezelendő, súlyosabb vagy recidív esetekben műtéti kezelés javasolt, melynek jelenleg vezető képviselői a suburethralis feszülésmentes szalagműtétek (TVT, TVTO). (A) [1–6, 16, 27]

Ajánlás 3

Férfiaknál stresszinkontinencia esetén enyhe stádiumban a nőknél javasolt konzervatív módszerek alkalmazandóak, súlyosabb esetben a műtéti terápia “gold standardját” a músphincter beültetés jelenti. Jó alternatívát képeznek a fix és szabályozható feszességű szalagok. (B/C) [1, 2, 4, 5, 10]

Ajánlás 4

Készítésezes inkontinencia/OAB esetén mindkét nemben viselkedésterápiával, anticholinerg vagy beta adrenoreceptor agonista gyógyszeres kezeléssel próbálkozzunk először, szükség esetén, tünetmentesítés céljából nedvszívó eszköz használatának védelmében (A). Eredménytelenség esetén a hólyag érzékenységét, kontraktilitását csökkentő invazív kezelések (botulinum toxin, neuromoduláció, augmentáció) jönnek szóba (B/C). Kevert inkontinencia esetében mindig a konzervatív úton kezelhető vagy a súlyos panasz kezelendő elsőként. [1–5]

Ajánlás 5

A további kivizsgálások gyakorlati előfeltételét is jelentő megfelelő életminőséget biztosító kielégítő tüneti kezelés szempontjából kiemelt jelentősége van a beteg mindenkori szükségleteihez, adottságaihoz alkalmazkodó megfelelő nedvszívó kapacitású, méretű és típusú nedvszívó eszközök helyes megválasztásának. (D) [1, 4, 44]

Ajánlás 6

A személyre szabott vizeletfelszívó kiválasztása, használatának betanítása és helyes alkalmazása, visszaellenőrzése a tünetmentesítés előfeltétele. (D)

Ajánlás 7

El kell kezdeni az inkontinencia proaktív monitorozását a kockázati és komorbiditásra hajlamosított betegcsoportokra specifikálva az alapellátásban. (D)

Az önellátó beteg társadalmi funkcionalitásának megóvása elsődleges, mivel az inkontinenciatünetekkel való bármely "lebukás" a legalapvetőbb társas szerepek sérülését okozhatja. Enyhe-középsúlyos esetekben a konzervatív kezelés átmeneti segédeszközös tüneti stabilizációval reális esélyt ad a családi és munkahelyi szerepkörök megóvására.

A tünetek ellátása lényeges az inkontinencia okaként és szövődményeként is előforduló különféle – genitális, húgyúti, bőr stb. – fertőzések megelőzése szempontjából is. A megfelelő eszközös tüneti stabilizáció a kapcsolódó nozokomiális fertőzések elkerülésének első lépése. A nozokomiális fertőzés, a felfekvés stb. megelőzésében lényeges a széklet/vizelet expozíciónak kitett bőr tisztán tartása, helyreállítása, ápolása és védelme is.

Ajánlás 8

A vizeletinkontinencia-ellátásban használatos (prevenciós, edukációs, adherencia stb.) programok eredményességét, kockázatait és költséghatékonyságát éppúgy igazolni szükséges, mint más egészségtechnológiáét. Az ilyen programokkal szembeni eredményességi kulcselvárás, hogy a maradványtünettel terhelt terápiás napok arányát bizonyíthatóan csökkentsék. (D)

FELDERÍTÉS

Ajánlás 9

Bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő felnőtt páciens esetében – orvos, ápoló, védőnő, gyógytornász – az általános anamnézis szokásos eleme legyen a vizelettartási zavarra vonatkozó kérdéslista (proaktív módon alkalmazva a "rejtőzködő" betegek felkutatására is hivatott), különös tekintettel a magas rizikóval rendelkező esetekben. (D) [2]A kérdőív a XI. melléklet egyéb dokumentumok fejezetében található meg.

Ajánlás 10

Elsővonalbeli terápiás profil meghatározása. (D)

A betegek a panaszok, anamnézis, alapvizsgálatok alapján alábbi kategóriába sorolhatók.

Egyszerű eset: A kezelést alapellátás szintjén el lehet/kell kezdeni. Legfontosabb teendők: konzervatív (viselkedésterápia, fiziko-, fizioterápia) és/vagy gyógyszeres kezelés, eszközös tünetmentesítés, a pszichés segítség mellett a stigmatizáció visszaszorítása, gyógytornász/dietetikus integrálása. A tünetek esetleges romlásának időbeni észlelése. Terápiás adherencia-deficitre utaló jel lehet a szivárgásos tünetek magas aránya.

Komplikált eset: Mielőbbi szakorvoshoz irányítás és lehetőség szerinti tünetmentesítés.

Ajánlás 11

Betegedukáció, adherenciafejlesztés, életmód-terápia. (D)

A kezelés kilátásait javítja, ha a beteg előzetesen és rendszeresen szisztematikus monitorozással és könnyen hozzáférhető edukációval találkozik. Ha a tüneteket korai-enyhe állapotukban felismeri a páciens, esély van arra, hogy a saját kezelésbe vonását is aktívan kezdeményezze. Ebből a szempontból is fontos a "kontinencia szakasszisztens" tevékenységi kör létrehozása, melynek feladatköre a háziorvosi kontinencia licencevizsgálathoz hasonlóan szabályozott lenne.

DIAGNOSZTIKA

Jelen irányelv egyik elsődleges célja, hogy az alapvető kivizsgálás és korai tünetmentesítő kezelés is lehetőleg kezdődjék meg az alapellátás keretein belül. Az egyszerű, tiszta és enyhe klinikai képen túlmutató eseteket azonban mindenképpen és mielőbb szakellátásba kell irányítani.

Ajánlás 12

Az inkontinens beteg kivizsgálásának és ellátásának az alapellátás szintjén meg kell kezdődnie, de "komplikált" és recidív inkontinencia észlelésekor mindenképpen az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében járatos urológus vagy nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani a beteget. (D) [3]

A női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálásának és ellátásának összefoglaló algoritmus a 2. számú ábrán látható.

Kötelező és ajánlott diagnosztikai alapvizsgálatok

Minden betegnél minden esetben kötelező elvégezni a gyógyszeres/konzervatív kezelés megkezdése előtt is.

Anamnézis

Általános anamnesztikus adatok: kísérő betegségek, korábbi műtétek, jelenleg szedett gyógyszerek, elhízás, széklethabitus, mentális státusz, önellátó képesség, mozgászervi nehezítettség.

Speciális inkontinencia-kórelőzmény: a panaszok jellege (széklet inkontinenciára is mindig kérdezzünk rá), intenzitása, folyamatos vagy intermittáló volta, a fennállás időtartama, korábbi gyógyszeres/fizioterápiás/műtéti kezelések. Szülések száma, módja, nehezítő körülmények.

Ajánlás 13

A vizelettartási panaszokat jelző beteg anamnézisének felvétele során az inkontinencia fajtájának meghatározására, súlyosságát, az életminőséget befolyásoló mértéket felderítő kérdőív alkalmazása javasolt. (C) [1, 2, 18]

Az anamnézis felvétele során a panaszokból ki kell rajzolódnia, hogy a beteg inkontinenciáját milyen típusúnak gondoljuk (egyértelmű tiszta forma: stressz, urge, kevert inkontinencia, OAB szindróma vagy komplikált inkontinencia).

A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinenciára vonatkozóan feltett célzott kérdésekkel az inkontinencia típusa sokszor jól meghatározható. (LE: 1)

Panaszok, tünetek [3]

Általános jellemzők. Az inkontinens beteg visszahúzódó, szégyenérzete van, sokszor depresszióban szenved, családi és szociális kapcsolatai beszűkülnek, megszűnnek. Szexuális tevékenységtől elzárkózik. Gyakran betétet visel, súlyos esetben ruhája, lakása kellemetlen szagú, az állandó vizeletes ázás miatt a külső genitáliák bőre gyakran felmaródott, érzékeny, gombás elváltozások jelentkeznek rajta. Pszichés tüneteket is mutathat.

Panaszok, tünetek. Akaratlan vizeletvesztés a húgycsővön keresztül. A panasz, vagyis a vizeletelfolyás stresszinkontinencia esetén valamely hasi erő-, illetve nyomáskifejtéskor (emelés, cipekedés, köhögés, tüszentés), késztetéses (urge) inkontinencia esetén pedig hirtelen jelentkező, erős sürgősségi ingerhez társultan lép fel. Kevert típus alkalmával mindkét panasz, illetve tünet együttesen jelen van. Hyperaktív vagy túlműködő hólyagszindróma (OAB) esetén a beteg sürgető vizelési ingerről panaszkodik, melyet többnyire gyakori éjszakai, illetve nappali vizeletürítés kísér, vizeletvesztéssel vagy anélkül.

Differenciál diagnosztika [1, 3]

- Túlfolyásos “inkontinencia” (ischuria paradoxa): nem valódi vizeletvesztés. Alsó húgyúti obstructio (BPH, húgycső szűkület, extrém mértékű vaginalis prolapsus stb.) vagy akontraktilis hólyagműködés (myogen vagy perifériás neurogén denerváció) miatt a hólyag teljesen telt, további telődés nem lehetséges és a fölös vizelet cseppekben távozik. Panasz: állandó vizeletelfolyás cseppekben, a beteg sugárban nem tud vizelni, sokszor ingert már nem éreznek a hyposenzibilitás miatt. Kimutatás: fizikális vizsgálat (kopogtatás), ultrahang.
- Húgyúti fistulák (vesico-vaginalis, uretero-vaginalis, urethro-vaginalis): anamnézisben többnyire nőgyógyászati, ritkábban urológiai műtét, vagy kismencedei besugárzás (akár évekkel korábban is) szerepel. Panasz: folyamatos vizeletvesztés a hüvelyen keresztül. Kimutatás: cystographia, cystoscopya, retrograd ureterographia, CT. [9, 52]
- Ectopiás ureter: a sphincter alatti szakaszon nyílik az urethrába, ezért a vizelet egy része akaratlanul elvész. Nagyon ritka fejlődési rendellenesség. Panasz: állandó vizeletvesztés a húgycsővön keresztül, inger nélkül. Kimutatás: CT, urographia, urethro-cystoscopya.
- Polidipsia miatti gyakori nappali és éjszakai vizeletürítés. Urge tünet többnyire nem kíséri. Vizelési napló alapján a diagnózis egyértelmű. Diabetes irányában kivizsgálás javasolt.

Diagnosztikai algoritmusok

Ajánlás 14

A primér, tisztán meghatározható típusú női vizeletinkontinencia esetében a kötelező alapvizsgálatok a következők: anamnézis felvétele, fizikális vizsgálat, vizeletvizsgálat, vizelési napló. Javasolt vizsgálatok: stresszteszt, residuum meghatározás. (D) [2, 3]

Ajánlás 15

“Komplikált” inkontinenciában a vizeletvesztés mellett az alábbi kísérő jelenségek, állapotok észlelhetők: férfiak inkontinenciája, neurogén háttér gyanúja, fájdalom, haematuria, visszatérő húgyúti infekció, korábbi inkontinencia, műtét, kismedencei műtét, illetve besugárzás, jelentős hüvelyi prolapsus, vizeletürítési zavar. (D) [1, 3]

Ajánlás 16

“Komplikált” és recidív inkontinencia észlelésekor mindenképpen az inkontinencia kivizsgálásában és kezelésében járatos urológus vagy nőgyógyász szakorvoshoz kell irányítani a beteget. (LE: 4, D) [1, 3, 52]

Ajánlás 17

A stressz inkontinenciára vagy urge inkontinenciára vonatkozólag feltett célzott kérdésekkel az inkontinencia típusa sokszor jól meghatározható. (B) [2]

A standardizált inkontinencia kérdőívek (ICIQ, ICIQ-SF, VAS skála 0–10) segíthetik a panaszok jellegének, súlyossági fokának részletesebb feltérképezését. Nincsenek ismeretek arra vonatkozóan, hogy felnőtt vizeletinkontinenciában a kérdőívek használata, a húgyúti tünetek vagy az életminőség értékelésére segíti-e a panaszok javítását.

Vizuális analóg skála:



Ajánlás 18

Vizeletinkontinencia kérdőívek használata javasolt elsősorban akkor, amikor a tünetek súlyosságának értékelése és/vagy a kezelés hatásosságának pontos monitorizálása szükséges. Az inkontinencia kérdőívek szűk indikációval javasolhatók a vizeletinkontinencia diagnosztikájában. (B) [2, 4, 5, 18]

Az inkontinencia kérdőívek szűk indikációval javasolhatók a vizeletinkontinencia diagnosztikájában. (LE: 2-4) További vizsgálatok szükségesek ahhoz, hogy a húgyúti tünetek és/vagy az életminőség értékelésére szolgáló kérdőívek standard klinikai értékelés mellett történő alkalmazását össze lehessen hasonlítani a kérdőívek alkalmazása nélkül meghozott klinikai döntésekkel.

Vizsgálatok az alapellátásban

Ajánlás 19

A kivizsgálás első lépéseként ki kell zárni azokat az állapotokat (haematuria, húgyúti fertőzés, jelentős vizeletretenció vagy vizeletrekedés, neurogén állapot), melyek egyéb urológiai, neurológiai kórállapotokra (pl. gyulladás, daganat, kő, neurológiai betegség) utalhatnak. (D) [2, 3]

Ajánlás 20

Húgyúti fertőzés kizárására javasolt elvégezni (vizeletüledék vagy stix, pozitív lelet esetén esetleg tenyésztés) a vizeletvizsgálatot. (A) [2, 3]

Ajánlás 21

Igazolt húgyúti infekció esetén adekvát kezelés indokolt. (A) [2]

Ajánlás 22

Idős betegeknél nem szükséges a tünetmentes bacteriuria kezelése az inkontinencia javítása céljából (B), azonban műtét előtt ilyen esetekben is érdemes a bacteriuriát kezelni. [2]

A folyadékbeviteli és vizeletürítési szokások felderítésében objektív segítséget nyújtanak a vizelési naplók (LE: 2b), melyek vezetése 3–7 nap közötti időtartamban javasolt. (LE: 2b)

Ajánlás 23

A folyadékbeviteli és vizeletürítési szokások felderítésében objektív segítséget nyújtanak a vizelési naplók. (A) [2]

Ajánlás 24

A vizelési naplók vezetése 3–7 nap közötti időtartamban javasolt. (B) [2]

Ajánlás 25

A fizikális vizsgálat kötelező része a vizeletinkontinenciával küzdő egyének vizsgálata. (B) [2, 3]

Férfiaknál a külső genitáliák megtekintése, illetve megtapintása szükséges.

Nőknél a gát vizsgálata kiterjed az ösztrogénstátusz megítélésére és az esetleges kapcsolódó medencefenéki prolapsus (POP) körültekintő vizsgálatára. [13]

A vizsgálatnak magában kell foglalnia a hasi vizsgálatot (has- és csípőkörfogat, vizeletretenció, hasi terime észlelése)

A vizeletfolyás mértékének megítélésében az 1, illetve 24 órás betéteszt és a vizeletvesztési arány (24 óra alatti vizeletvesztés ml-ben/24 óra alatti összes vizeletmennyiség) meghatározása jelent kvantitatív mérési módot. Gyakran alkalmaznak egy 20 perces rövid tesztet, ahol meghatározott tornagyakorlatokat követően mérik a vizeletvesztés mértékét: 1–10 g enyhe, 11–50 g: közepes, 51–100 g súlyos, >100 g nagyon súlyos mértékű inkontinenciát takar. Betétesztvizsgálattal pontosan igazolható a vizeletinkontinencia, a vizsgálat reprodukálható és az eredmény korrelál a betegek tüneteivel. (LE: 2) A rendelői betétesztvizsgálat elvégzéséhez a diagnosztikai pontosság érdekében előre meghatározott hólyagteltiségre és egy sor gyakorlatra van szükség. (LE: 2) A betegek nem tartják be kellőképpen az otthoni betétesztvizsgálatra vonatkozó protokollokat. A 24 óránál hosszabb otthoni betétesztvizsgálatok nem jelentenek többethasznót. (LE: 2)

Reziduум vizsgálat

Ajánlás 26

A maradékvizet meghatározása ultrahangvizsgálat segítségével történjen. (A) [2, 3]

Kifejezett folyadékbevitel esetén, jó vizeletáramlás mellett észlelt mérsékelt mértékű (50-100 ml) reziduum nem valódi retenciót jelent.

Ajánlás 27

Javasolt a maradékvizet mérése azon inkontinens betegeknél, akiknek vizeletürítési zavarai is vannak (B), illetve akiknek inkontinenciája "komplikált" jellegű. (C) [2, 4]

A maradékvizet meghatározása kevés kivételtől eltekintve (pl. amikor az uroflowmetriát urodinamikai vizsgálat követi és ezért katéter behelyezése szükséges) ultrahangvizsgálat segítségével történjen. (LE: 1b)

Vizsgálatok a szakellátásban

További fizikális vizsgálat a gát és végbél (prosztata) és/vagy a hüvely ujjal történő vizsgálata.

Rectalis vizsgálat során a prosztata tapintása (méret, konzisztencia) mellett a külső sphincter nyugalmi tónusának és kontrakciós képességének megítélése is javasolt. Csökkent kontrakciós képesség esetén a medencefenéki torna hatékonysága kérdéses. [13, 20]

Stressztesztel (köhögésteszt) ki lehet mutatni a stresszinkontinenciát, ha a húgyhólyag kellően tele van és a medencefenék kontrakciós képességét ujjal lehet vizsgálni (Oxford skála). Nőknél fontos a hüvelybemenet megtekintése és a mellső, illetve hátsó hüvelyfal megtapintása. A vaginális descensus/prolapsus lokalizáció (elülső kompartment descensus: cystocele, középső kompartment descensus: cervix, hüvelyboltozat középső része és hátsó kompartment descensus: rectocele) és súlyossági fokozat szerint osztjuk fel (I. fok: descensus a hüvelybemenet szintje felett, II. fok: prolapsus a hüvelybemenet szintjében, III. fok prolapsus a hüvelybemenet szintje alatt). A prolapsusok még pontosabb leírását teszi lehetővé a többnyire csak tudományos vizsgálatokban alkalmazott, bonyolult Pelvic Organ Prolapses Quantification (POPQ) módszer, mely a hüvely, a méh és a hólyag nyolc meghatározott anatómiai pontját veszi figyelembe. Bár POPQ vizsgálat megbízható és reprodukálható, nem javasolt a rutin kivizsgálás részeként alkalmazni. (LE: 4) A rectalis sphincter nyugalmi és akaratlagos, kontrakciós tónusának megítélése nőknél is javasolt. A vizsgálat szubjektív, a csökkent tónus az egész medencefenéki izomzat gyengeségére utalhat. [10, 13]

Ajánlás 28

A POPQ vizsgálatot nem javasolt a rutin kivizsgálás részeként alkalmazni. (D) [1-5]

Stresszteszt

Közepesen telt (kb. 200 ml) hólyagnál végezzük. A köhögéssel (Boney teszt) vagy Valsalva manőverrel kiváltott vizeletvesztés többnyire igazolja a stressz inkontinenciát. (Nagyon ritkán észlelhető jelenség az ún. stressz provokálta urge inkontinencia, amikor a köhögés, tüsszentés vizeletvesztéshez vezet, azonban az elcseppenést nem a zárónyomást meghaladó hasi nyomás, hanem a köhögés, tüsszentés provokálta akaratlan detrusor kontrakció hozza létre. Ilyen esetben a stresszteszt pozitív, a köhögés és a vizeletvesztés közötti látencia hosszabb és a betegnek egyéb "urge" tünetei is lehetnek.) A teszt

reprodukálhatósága függ a hólyagteltiségtől, a testhelyzettől. Stresszinkontinencia vonatkozásában szenzitivitása 90%, specificitása 80%, pozitív prediktív értéke pedig 98%. Amennyiben a stresszteszt fekvő helyzetben negatív eredményt ad, akkor álló helyzetben meg kell ismételni. A Valsalva manőverrel is kiváltható (kisebb hasi nyomásnövekedés, mint köhögés esetén) pozitív stresszteszt felveti intrinsic sphincter elégtelenség lehetőségét. [10]

Ajánlás 29

A betétesztvizsgálatok eredményei alapján lemérhető a kezelés hatékonysága, ezért, ha a vizeletinkontinencia kvantitatív meghatározására van szükség, vagy ha a kezelés eredményességének objektív lemérése szükséges, végezzünk betétesztvizsgálatot. (C) [2, 4]

Betétesztvizsgálat nem alkalmas az inkontinencia típusának megadására.

Kiegészítő és speciális vizsgálatok

Urodinamikai vizsgálatok

Figyeljünk arra, hogy az urodinamikai paraméterek nagyfokú, akár 15%-os azonnali és rövid távú vizsgálat-megismételt vizsgálat variabilitást mutatnak ugyanannál a betegnél. A vizsgálat-megismételt vizsgálat variabilitás pedig átfedést eredményezhet a "normális" és az "abnormális" tartományok között, ami még inkább megnehezítheti az urodinamikai leletek értékelését egy adott személynél. (LE: 2) Továbbá ellentmondás lehet a kórtörténet és az urodinamikai vizsgálatok eredményei között, ezért az eredményeket mindig a klinikai probléma kontextusában értelmezzük. (LE: 3)

Ajánlás 30

Nem javasolt rutinszerű urodinamikai vizsgálat a vizeletinkontinencia konzervatív kezelési tervének felállítására, de urodinamikai vizsgálatot kell végezni, ha annak eredménye módosíthatja az invazív kezeléssel kapcsolatos döntést. (B) [2, 4]

Ajánlás 31

A cystometria nyomásáramlás-vizsgálat nélkül végezve csak korlátozott információt ad a hólyagfunkcióról, ezért a hólyag ürítési fázisának vizsgálata nélkül csak kivételes esetben javasolt végezni. (D) [3]

Ajánlás 32

Az urodinamikai vizsgálat eredményeit mindig a klinikai probléma kontextusában értelmezzük. (C) [2, 4]

Tájékoztatni kell a betegeket az urodinamikai vizsgálatokról. Kevés bizonyíték van arra, hogy az urodinamikai vizsgálatok módosítják a vizeletinkontinencia kezelésének kimenetelét. (LE: 1a-4)

Ajánlás 33

Tájékoztatni kell a betegeket arról, hogy az urodinamikai vizsgálatok eredményei hasznosak lehetnek a kezelési lehetőségek megbeszélésekor, azonban kevés bizonyíték van arra, hogy az urodinamikai vizsgálatok módosítják a vizeletinkontinencia kezelésének kimenetelét. (C) [2, 4, 43]

Az ICS minden olyan nőbetegnél javasolja elvégezni az urodinamikai vizsgálatot, aki stresszinkontinencia miatt műtétilag terveznek kezelni. (LE: 1a)

Ajánlás 34

Az ICS javasolja minden olyan nőbetegnél az urodinamikai vizsgálat elvégzését, aki stresszinkontinencia miatt műtéti kezelésben fog részesülni. (B) [1, 16]

Ajánlás 35

Erősen ajánlott elvégezni a funkcionális urodinamikai vizsgálatot stresszinkontinencia műtete előtt, recidív inkontinenciában, eredménytelen konzervatív/gyógyszeres kezelés után. (D) [2, 3, 4]

Kötelező az urodinamikai vizsgálat elvégzése urge vagy kevert inkontinencia miatt végzett egyéb invazív beavatkozás (pl. sacralis neuromoduláció előtti teszt stimuláció, botulinum toxin intradetrusor injectio) előtt, vizelési zavarral társult (kivéve az urogenitalis prolapsus okozta vizeletürítési zavar esetén, ha az anatómiai ok egyértelmű és emiatt egyébként is műtét szükséges) vagy egyértelmű kiváltó okra nem visszavezethető inkontinencia, neurogén háttér gyanúja esetén. (LE: 4)

Ajánlás 36

Az előzetes urodinamikai eredmények befolyásolhatják a vizeletinkontinencia kezelésével kapcsolatos döntést, de nem érintik a stresszinkontinencia konzervatív terápiájának vagy gyógyszeres kezelésének kimenetelét, ezért nem javasolt rutinszerűen urodinamikai vizsgálat végzése, amikor a vizeletinkontinencia konzervatív kezelését javasoljuk. De javasolt urodinamikai vizsgálatot végezni, ha annak eredménye módosíthatja az invazív kezeléssel kapcsolatos döntést. (B) [2, 4]

Korlátozott számú bizonyíték van arra, hogy az ambuláns urodinamikai vizsgálatok érzékenyebbek a hagyományos urodinamikai vizsgálatoknál a stresszinkontinencia vagy a detrusor hyperaktivitás diagnosztizálása szempontjából. (LE: 2)

Az előzetes urodinamikai eredmények a nem komplikált, tiszta, klinikailag igazolható stressz inkontinens nőknél nem javítják a stresszinkontinencia műtétének az eredményességét. (LE: 1b) [2]

Ajánlás 37

Prostatectomia utáni súlyos, nem javuló inkontinencia esetén javasolt az urodinamikai vizsgálat elvégzése. (D) [3]

Ajánlás 38

Nem javasolt rutinszerűen urodinamikai vizsgálat végzése genitális prolapsus műtéti megoldása előtt (D), de tájékoztassuk a beteget arról, hogy POP sebészet után nem előrejelezhető a műtét utáni stresszinkontinencia bekövetkezése. (B) [1, 2, 4, 5, 13, 16]

Genitális descensus esetén gyakran észlelhető az ún. "larvált" stresszinkontinencia. Ennek lényege, hogy a prolapsus műtét előtt kontinens beteg műtét után a megváltozott hólyagnyakhúgycső-szöglet és csökkent kiáramlási ellenállás miatt inkontinenssé válhat. Ennek preoperatív előrejelzésére szolgálhat a műtét előtt, a vaginalis descensust hüvelyi tamponnal korrigálva elvégzett urodinamikai

vizsgálat, illetve a prolapsus lapoccal történő korrekciója alkalmával végzett medencefenéki ultrahangvizsgálat is.

Ajánlás 39

Műtéti megoldást igénylő stresszinkontinencia esetén a húgycső zárófunkciót jellemző mérések (VLPP, UPP) önmagukban, más urodinamikai vizsgálat nélkül végezve nem javasoltak a vizeletinkontinencia diagnosztikájában. (C) [2, 4, 16, 21]

Uroflowmetria +PVR. Elsősorban alsó húgyúti obstrukció kizárására szolgál. Fontos paraméterek a maximális vizeletáramlás, az ürített vizeletmennyiség térfogata és a görbe formája. Vizeletáramlás-vizeletmennyiség nomogrammok (Siroky) ismeretesek az alacsony vizeletporciók mellett észlelt vizeletáramlás normális mértékű vizeletürítésre vonatkoztatott megadásához. [1, 3]

Cystometria (hólyagműködés telődési fázisa). Hólyagszenzibilitás és hólyagkapacitás meghatározása. Detrusor hyperaktivitás (akaratlan detrusor kontrakció, mely lehet egyszeres, terminálisan jelentkező, vagy fázikusan ismétlődő) kimutatása/kizárása. Hólyag compliance megadása. A compliance 20 ml/vízcm alatt csökkent, 10 ml/vízcm alatt kifejezetten alacsony. Tárolási szakaszban a detrusor nyomás mérése. [3]

Nyomás-áramlás vizsgálat (hólyagműködés ürítési fázisa). Tájékoztat a hólyag kontraktilitásáról, ez alapján eldönthető, hogy a csökkent vizeletáramlás elsődleges oka a gyengült hólyagműködés (hypo-, akontraktilis detrusor) vagy alsó húgyúti obstructio (hyperkontraktilis detrusor). Ezen vizsgálat elvégzése különösen fontos olyan beavatkozások előtt, ahol a kifolyási ellenállás fokozása a cél (inkontinencia gátló műtétek). Megjegyzés: gyakran panaszkodnak egyes vizsgáló helyeken, hogy nyomás-áramlás vizsgálatot nem tudnak végezni. Amennyiben a cystometria feltételei adottak, akkor természetesen az ürítési fázis is vizsgálható, hiszen ez csupán azt jelenti, hogy a hólyag feltöltése után a beteg a húgycsőben lévő mérőkatéterek mellett vizel. A fentiek alapján mindenképpen javasolt cystometriát követően a hólyag ürítési fázisát is vizsgálni.

Ajánlás 40

Urodinamikai vizsgálat során a cystometria után nyomás-áramlás vizsgálatot is végezni kell. (D)

Urethra nyomás-profil vizsgálat (UPP). A húgycső zárónyomásának grafikus ábrázolását adja. Standardizált technika, de bonyolult, hosszadalmas az elvégzése és nehezen reprodukálható.

Formái:

- nyugalmi profil (nyugalmi zárónyomást adja meg),
- stresszprofil (köhögés alatti urethralis nyomástranszmisszió),
- munkaprofil (akaratlagos sphincter-kontrakció megítélése).

Segítségnyújtást nyújthat recidív női stresszinkontinencia esetén az alsó húgyúti záróműködés pontosabb jellemzésében és a további kezelés, műtéti típus kiválasztásában. A nyugalmi profil csökkenése elsősorban sphincter-gyengeségre, a nyomástranszmisszió csökkenése pedig inkább vaginalis descensus jelenlétére utal. A munkaprofil romlása a medencefenéki rehabilitációs torna és fizioterápiás kezelés eredménytelenségét vetítheti előre (mindkét nemre igaz). A 20 vízcm alatti

nyugalmi zárónyomás mindenképpen nehezen kezelhető, súlyos inkontinenciára utal. Postprostatectomiás vizeletinkontinenciában a nyugalmi és a munkaprofil meghatározása adhat további információt. A húgycső működését mérő különböző módszereknek jó lehet a vizsgálat/megismételt vizsgálat megbízhatósága, de az eredmények nem korrelálnak más urodinamikai vizsgálatokkal vagy a vizeletinkontinencia súlyossági fokával. (LE: 3) [1, 2, 10, 13, 15, 21] Egymásnak ellentmondó, alacsony szintű bizonyítékok vannak arra, hogy a húgycső működésének urodinamikai vizsgálatai vajon előre jelzik-e a stresszinkontinencia műtétjének kimenetelét nőknél.

Ajánlás 41

Nem javasolt rutinszerűen a húgycsőnyomás-profilometria női betegnél. (C) [1, 2]

Valsalva Leak Point Pressure (VLPP). A vizeletcseppenési nyomás meghatározása történhet vesicalisan, hólyagban lévő mérőkatéter segítségével (vesicalis VLPP) vagy hólyagkatéter nélkül rectalis mérőszonda segítségével (abdominalis VLPP). Nem standardizált technika, nehezen reprodukálható, ugyanakkor egyszerűbb, mint az UPP. Elsősorban arról informál, hogy a stresszinkontinencia hátterében inkább záróizom gyengeség vagy inkább urethralis hypermobilitas áll-e.

Videourodinamikai vizsgálat. Neurogén háttér, magasnyomású hólyagműködés, reflux gyanúja esetén, ha az inkontinencia alsó húgyúti obstructioval társul, többszöri eredménytelen műtéti kezelés után jelenthet jelentős segítséget. [3]

Urethro-cystoscopy. A húgyhólyagban (gyulladás, kő, daganat, diverticulum, fistula, cystocele) és a húgycsőben (szűkület, kő, obstruktív prosztatata lebenyek, szűk hólyagnyak, spasztikus belső-külső sphincter) észlelhető elváltozások kimutatását segíti. Férfiaknál megítélhető a külső záróizom tónusa, az akaratlagos kontrakciós képessége. [3, 9, 10, 20]

Kötelező az urodinamikai vizsgálat elvégzése urge vagy kevert inkontinencia miatt végzett egyéb invazív beavatkozás (pl. sacralis neuromoduláció előtti teszt stimuláció, botulinum toxin intradetrusor injectio) előtt, vizelési zavarral társult (kivéve az urogenitalis prolapsus okozta vizeletürítési zavar esetén, ha az anatómiai ok egyértelmű és emiatt egyébként is műtét szükséges), vagy egyértelmű kiváltó okra nem visszavezethető inkontinencia, neurogén háttér gyanúja esetén. (LE: 4)

Képalkotó vizsgálatok

Hasi ultrahang javasolt műtét előtt vese-üregrendszeri tágulat kizárására, hólyagban lévő elváltozások kimutatására. Cystographia, transvaginalis UH jól mutatja az anatómiai eltéréseket, a descensus mértékét, elhelyezkedését, hasi nyomásfokozódáskor bekövetkező változásokat, refluxot, fistulát. Kifejezetten nagyméretű prolapsus, enterocele esetén gondoljunk az ureterek helyzetének megváltozására (urographia, CT). A medencefenék vizsgálatára (prolapsusok, hólyagnyak mobilitása, szalagok, hálók elhelyezkedése) az ultrahang mellett az MRI is alkalmazható. Képalkotó vizsgálatokkal megbízhatóan lehet mérni a hólyagnyak és a húgycső mobilitását, noha nincs bizonyíték arra, hogy bármilyen klinikai haszon lenne ebből az inkontinens betegek számára. (LE: 2b) [1, 2, 9, 13, 28] Medencefenéki képalkotó vizsgálatokkal ki lehet mutatni a levator ani leválását és hiatusát, azonban kevés bizonyíték van ennek klinikai hasznára. (LE: 2b) [1] Ultrahangvizsgálattal jól lehet vizsgálni a húgycső alatti szalagok pozícióját, azonban további kutatásra van szükség a sling pozíciója és a műtét eredményessége közötti kapcsolat vonatkozásában. (LE: 2b) [2] A fentiek alapján tehát látható, hogy

nincs egyértelmű evidencia a képalkotó vizsgálatok klinikai hasznosságára, de ez nem jelenti azt, hogy későbbi vizsgálatok esetleg nem igazolnák bármely előnyüket a kivizsgálásban. Ezért, ha van rá lehetőségünk és a kezelés kimenetelét befolyásolhatja a medencefenéki anatómiát mutató képalkotók eredménye, elvégezhetjük azokat.

Ajánlás 42

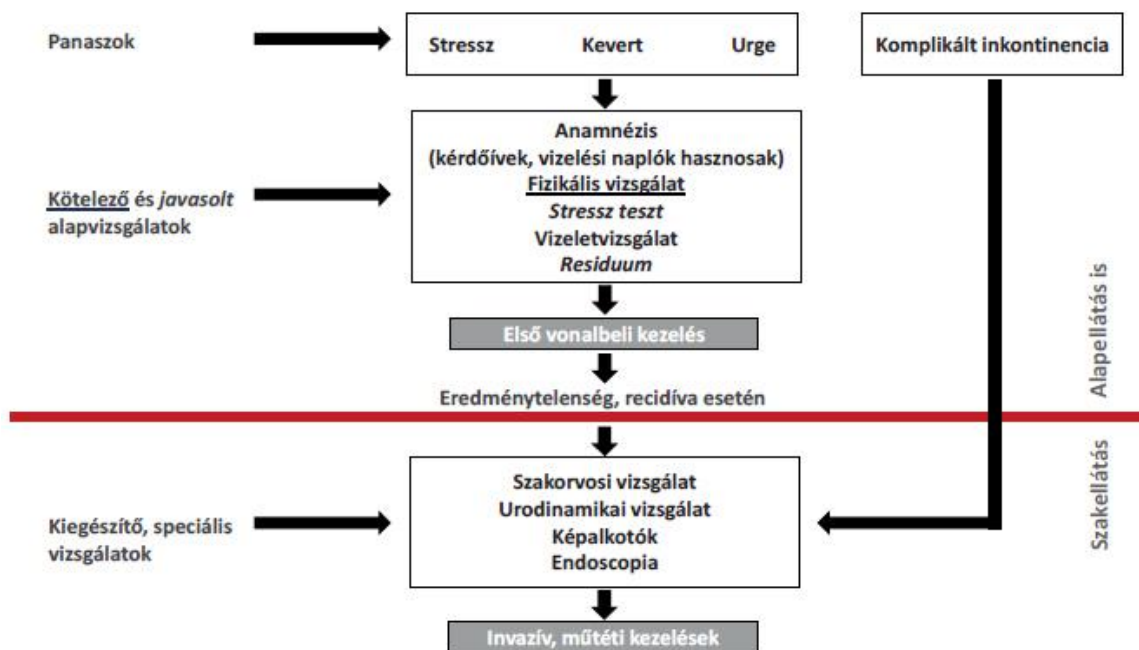
A nemzetközi irányvonalak nem ajánlják a női, nem komplikált stressz vizeletinkontinencia rutinszerű vizsgálatában a felső, illetve alsó húgyúti képalkotók alkalmazását. (A) [2, 21]

Ezzel az ajánlással jelen irányelv készítői nem értenek egyet. Hazai viszonyok közepette egy urológus vagy nőgyógyász által végzett hólyag- és veseultrahangnak jelképes finanszírozása van csupán, így a kezelési költségeket nem emeli meg. Ugyanakkor minden kismencedei, alsó húgyúti műtét után, ha ritkán is, de előfordulhat vizeletürítési zavar, részleges vagy teljes ureterocclusio. Előbbi megítélése csak akkor lehet korrekt, ha a betegnek a műtét előtt is volt veseultrahang-vizsgálata. [52]

Ajánlás 43

A felnőtt inkontinencia műtéti kezelése előtt javasolt a hólyag és a vesék UH vizsgálata. (D)

2. számú ábra. A felnőtt női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus



KEZELÉS

A női vizeletinkontinencia managementjét részletesen a 4. számú táblázatban, a férfi vizeletinkontinencia ellátási irányvonalait az 5. számú táblázatban mutatjuk be.

Az elsődleges inkontinenciakezelés csak akkor kezdődhet el, ha kizártuk azokat az állapotokat (haematuria, húgyúti fertőzés, jelentős vizeletretenció vagy vizeletrekedés, neurogén állapot, húgyúti kövesség), melyek egyéb urológiai vagy neurológiai kórállapotokra (pl. gyulladás, daganat, kő,

neurológiai betegség) utalhatnak. Ezen esetekben az egyszerű húgyúti fertőzést leszámítva szakellátásban zajló kivizsgálás javasolt.

Amennyiben a kezelés eredménytelen, szakellátásra beutalás szükséges.

Első vonalbeli, nem gyógyszeres, nem invazív konzervatív kezelés az alapellátásban

Bármely inkontinens beteg ellátása során törekedni kell a célzott vagy oki kezeléssel párhuzamosan megkezdett tünetmentesítésről is, mely vizeletfelszívó segédeszközök alkalmazásával valósítható meg.

Átmeneti vizeletinkontinencia segédeszköz

Ajánlás 44

A vizeletinkontinencia az életminőséget jelentősen rontja, ezért minden inkontinens betegnek javasolt átmenetileg vizeletinkontinencia segédeszköz a kivizsgálás idejére, az adekvát kezelés időpontjáig, vagy ha a kezelés nem eredményezett teljes javulást, illetve véglegesen olyan betegeknél, akiknél eredményes kontinenciakezelésre nincs lehetőség. Ugyanakkor figyelmeztetni kell a betegeket, hogy a segédeszköz csak enyhíti a kellemetlen tüneteket, de egyáltalán nem javítja, illetve gyógyítja az inkontinenciát, nem jelent kezelési alternatívát. (D) [3, 18]

Vizeletfelfogó segédeszközök (betétek, nadrágpelenkák, condom urinal)

A jó minőségű és elegendően nagy nedvszívó kapacitású vizeletgyűjtő betétek és nadrágpelenkák elengedhetetlen segédeszközei az inkontinens betegek ellátásának. Egyidejű széklettartási probléma esetén nadrágpelena viselése javasolt. A betétekkel nem lehet hatásosan kezelni a vizeletinkontinenciát (LE: 1b), azonban a betegek életminősége szempontjából a vizeletfelfogó eszközök használata jobb, mint ha semmilyen kezelést nem alkalmaznánk. (LE: 4) A kontinencia gondozásban, ápolásban, segédeszköz alkalmazásakor alapvető cél a betétek, nadrágpelenkák teljes szivárgásmentességének biztosítása, melynek eléréséhez szükség van a beteg testi és szellemi adottságaihoz leginkább illeszkedő nedvszívó segédeszközökre, mivel a különböző betéteknek különböző előnyei, illetve hátrányai vannak. (LE: 1b) [2]

Ajánlás 45

Javasolt vizeletfelszívó segédeszköz felírása az inkontinencia okozta panaszok javítása céljából vizeletinkontinens betegeknél. (B) [1, 2, 3, 4]

Ajánlás 46

A javasolni kívánt nedvszívó eszköz típusának, kapacitásának és méretének kapcsán a kiválasztás során vegyük figyelembe a vizeletinkontinencia típusát és súlyosságát, valamint a beteg testi és funkcionális adottságait, mobilitását, és egyéb ápolási-életviteli igényeit. A tünetek intenzitásától függően az optimálisan alacsony nedvszívó kapacitás és egy napon belüli eszközcserezszám ajánlott. (A) [2]

Nedvszívó segédeszköz-választáskor javasolt a 3. számú tábla alapján történő leegyszerűsített segédeszköz választási sémát követni. Ennek alapján először a beteg napi életvitelének és ápolási igényeinek megfelelő alaptípus kiválasztása szükséges, majd a testméret és a nedvszívókapacitás

figyelembevétel. A végleges döntés előtt mérlegelni kell azt is, hogy végül gyakorta a családtagok és az ápoló személyzet feladata lesz ezek alkalmazása, cseréje. A beteg életvitelének, funkcionális és anatómiai adottságainak, az inkontinencia jellegének is megfelelő, valamint a meglévő önellátó képesség maximális kiaknázását egyaránt biztosító nedvszívó segédeszköz alkalmazás így jó eséllyel elérhető. A módszerrel minimálisra csökkenthető a hibás segédeszköz használat miatt előforduló vizeletszivárgás, ami által mindennemű járulékos költség és a napi betét/pelenkacsere szükséglet is csökken. Vizeletinkontinens férfiaknál a hímvesszőpelenkák hatékonyabb vizeletfelfogást és jobb életminőséget biztosítanak, mint az egyéb nedvszívó termékek. (LE: 1b) A hímvesszőpelenkák biztonságosabbak, mint a húgyúti katéterek, ha nincs maradványvizelet. (LE: 1b) Férfiak esetében a péniszre húzható és vizeletgyűjtő zsákhoz csatlakoztatható kondom urinalok is javasolhatók, ha a hólyagürülés reziduumentes. A vizelettől felmárt bőrterületet hámosító kenőcsökkel kezeljük. Gombás bőrijelenségek gyógyítására gombaellenes krémeket, kenőcsöket használunk. Az egyénre szabott, megfelelő és minőségi gyógyászati segédeszköz-ellátásban kiemelkedő szerepe lenne a kontinencia szakasszisztenseknek. Ezen képzés megteremtése és a megfelelő számú szakember kiképzése alapvető fontosságú.

Péniszre helyezhető eszközök

Ajánlás 47

Javasolt a kondom urinal használata olyan vizeletinkontinens férfiaknak, akiknél nincs jelentős mennyiségű maradék vizelet. (A) [2]

Ajánlás 48

Férfiaknál péniszszorító eszközök alkalmazása a vizeletinkontinencia kezelésére nem javasolt. (A) [2]

Ajánlás 49

Rutinszerűen ne javasoljuk hüvelyen belüli eszközök használatát a vizeletinkontinencia kezelésére nőknél. (B) [2]

Általános intézkedések, javaslatok, életmód-változtatás

Számos életmódfaktor kontinenciára gyakorolt hatását vizsgálták. Férfiakban jelenlegi ismereteink szerint nincsenek bizonyítékokra alapozott ajánlások, de értelemszerűen nekik is ajánlottak. Nőknél az alábbiakban részletezettek ismeretesek.

Túlsúly

A túlsúly szerepe egyértelműen bizonyítottan tűnik az inkontinencia kialakulásában, illetve a testsúlycsökkentés a panaszok javulását eredményezheti. (LE: 1b)

3. számú táblázat. Nedvszívó segédeszköz-felírási javaslat mátrixszerűen ábrázolva (ISO 15 621 konform eszközválasztási séma)

Főbb nedvszívó eszköztípusok
(ISO 15621 konform eszközválasztási

Beteg önellátó képessége
kielégítő?

séma)

Közepes és súlyos vizeletinkontinencia tüneti kezelésére igen nem

Csak vizeletvesztés van? (székletszivárgástól mentes inkontinencia)	igen	alsóneműszerű, övvel rögzített	övvel rögzített
	nem	övvel rögzített	ragasztócsíkos, övvel rögzített

Ajánlás 50

Elhízott betegeknek javasolt a testsúlycsökkentés. (A) A testsúly csökkentése bizonyítottan javítja a kontinenciát. [1, 2, 3, 4, 5, 36, 50]

A túlsúlyosság a vizeletinkontinencia egyértelmű kockázati tényezője nőknél. Az 5%-át meghaladó mértékű fogyás hatására túlsúlyos nőknél mérséklődik az inkontinencia. Túlsúlyos cukorbeteg felnőtteknél a testsúlyredukció csökkenti a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázatát.

Dohányzás

A dohányzás, valószínűleg a gyakori, heves köhögési rohamok miatt (krónikus bronchitis) fokozhatja a vizeletelfolyás kockázatát, bár az eddig ismert tudományos bizonyítékok nem tudták a dohányzás és az inkontinencia összefüggését egyértelműen igazolni. Különösen azon betegekben, akik naponta 20-nál több cigarettát szívnak, felerősödhet a vizeletinkontinencia. (LE: 3) Nincs egyértelmű bizonyíték, hogy dohányosoknál gyakoribb lenne az inkontinencia (LE: 3), és arra sem, hogy a dohányzás elhagyására javulna az inkontinencia. (LE: 4) Bár a bizonyítékok nem tudták a dohányzás és a vizeletinkontinencia egyértelmű összefüggését igazolni, dohányos inkontinens betegeknek javasoljuk a dohányzás elhagyását.

Ajánlás 51

Dohányos inkontinens betegek mindenképpen javasolt a dohányzásról való leszokás. (A) [1, 2]

Székrekedés

A tartós, krónikus székrekedés növeli az inkontinencia esélyét. (LE: 3) Idős betegeknek a multimoduláris magatartásterápia javítja a székrekedést és a vizeletinkontinenciát egyaránt. (LE: 1b)

Ajánlás 52

Vizeletinkontinencia és egyidejűleg fennálló székrekedés esetén kezeljük a székrekedést. (C) [2]

Testmozgás

A rendszeres testmozgás, az ülő jellegű munkavégzés csökkentése jótékony hatású lehet a medencefenéki izomfunkció javítására és a stresszinkontinencia előfordulásának csökkentésére. A nehéz fizikai munkát végző nőknél a medencefenéki prolapsus és a vizeletcsepegés előfordulása gyakoribb lehet. Nincs még bizonyíték arra, hogy a fizikai aktivitás kerülése, vagy csökkentése javítana a vizeletinkontinencián. Női sportolók tapasztalhatnak vizeletinkontinenciát intenzív fizikai

aktivitás közben, de a mindennapi tevékenységeik közben nem. (LE: 3) [13, 15] A megerőltető testmozgás nem hajlamosítja a nőket vizeletinkontinencia kialakulására a későbbi életükben. (LE: 3) Mérsékelt intenzitású testmozgás esetén kisebb az inkontinencia előfordulási aránya a középkorú vagy idősebb nőknél. (LE: 2b)

Ajánlás 53

Az intenzív testmozgást végző női sportolókat tájékoztassuk arról, hogy az intenzív testmozgás nem hajlamosítja őket inkontinenciára későbbi életük folyamán. (C) [2]

Kávéfogyasztás

A diétás megszorítások között a csökkent kávéfogyasztás vizelettárolási zavart mérséklő hatását igazolta néhány vizsgálat. A koffeinbevitel csökkentése nem javítja a vizeletinkontinenciát, de csökkentheti a sürgősségi tüneteket és a gyakoriságot. (LE: 2)

Ajánlás 54

A kávéfogyasztás csökkentése javasolt inkontinencia, illetve egyéb vizelettartási panaszok esetén. (D) [1, 3]

Alkoholfogyasztás

A rendszeres alkoholfogyasztással kapcsolatosan vannak ugyan közlések, de jelenleg még nincs egyértelmű bizonyíték arról, hogy ezen élvezeti szer fogyasztása és a vizeletinkontinencia közötti szoros kapcsolat létezne.

Folyadékbevitel

A csökkentett folyadékbevitel szerepet játszhat az inkontinens epizódok számának redukálásában abnormálisan sok folyadékot fogyasztó betegekben. Egyébként azonban a folyadékmegvonás dehidrációhoz és a húgyúti fertőzések kialakulásához vezethet (javasolt, hogy a napi vizeletmennyiség 1500 és 3000 ml között legyen). Ennek megfelelően diabeteses betegekben az osmoticus diurézis és a következményes polyuria csökkentése javíthatja a vizelettartási panaszokat.

Ajánlás 55

Ellentmondó bizonyítékok vannak arra, hogy a folyadékbevitel módosítása befolyásolja-e a vizeletinkontinenciát, illetve a tárolási tüneteket és az életminőséget, így egyértelmű ajánlás nem adható. (D) [1, 3, 18]

A hólyagban lévő betegségek (gyulladás, kő, daganat) szanálása már önmagában elégséges lehet a többnyire urge inkontinencia formájában jelentkező vizelettartási zavar kezelésére. Akut alsó húgyúti fertőzés esetén 25%-ban észlelhetünk inkontinenciát. [3]

Ajánlás 56

A húgyúti fertőzés meglétekor annak kezelése javasolt az alapellátásban. (A) [1, 3]

Életkor és nem

A vizeletvesztés gyakrabban nőknél (női-férfi arány: 85:15%) fordul elő, és a kor előrehaladásával gyakorisága növekszik (LE: 1) [3], bár a "Veneto Tanulmány" szerint 80 év felett nem észlelhető különbség a nemek között.

Immobilitás

Az immobilitás hátrányos, mert ágyhoz kötött betegeknel gyakrabban jelentkeznek vizelettartási panaszok. Idősoththonok lakói között végzett felmérés mobilis betegekben 23,5%-ban, immobilis betegeknel 82,1%-ban talált vizeletelfolyást, melynek döntő része késztetéses jellegű. A rendszeres testmozgás fokozza az izmok, így a medencefenéki izomzat vérellátását és javítja működését, azonban nincs még tudományos bizonyíték arra, hogy a fizikai aktivitás kerülése, vagy csökkentése rontana a vizeletinkontinencián. [3, 13, 15]

Mentális állapot

Idős betegek körében ép szellemi funkció mellett 36,2%, demencia esetén 76,7%-os inkontinencia arányt tapasztaltak. Demencia fokozza az inkontinencia kockázatát. (LE 2) [3, 38]

Terhesség, szülés

Terhesség és hüvelyi szülés egyértelműen növeli a későbbi életkorban kialakuló vizeletinkontinencia kockázatát. (LE: 1) [1, 2, 3] Nehéz szülések, eszközös beavatkozások, nagy súlyú magzat esetén gyakrabban észlelhető post partum inkontinencia.

Medencefenéki torna

Ajánlás 57

A terhesség utáni inkontinencia jól reagál korai medencefenéki tornakezelésre. (B) [2, 4, 13, 14, 15]

Ajánlás 58

A szakszerű segítséggel preventíven végzett (ante partum) gátizomtorna segít megelőzni a szülés utáni inkontinencia kialakulását, ezért egészséges, kontinens elsőszülő nőknek javasolt szülés előtti medencefenéki izomtornát végezni. (A) [2, 4, 13, 14, 15]

Társbetegségek, műtétek

Vizeletinkontinenciát okozhatnak, illetve – különösen időseknél – súlyosbíthatják a panaszokat az alábbi betegségek, állapotok, amelyek poliuriával, nocturiával, fokozott hasüregi nyomással, csökkent medencefenéki izomtónussal vagy központi idegrendszeri zavarokkal járhatnak együtt: szívelégtelenség, krónikus veseelégtelenség, cukorbetegség (LE: 2), krónikus obstruktív tüdőbetegség, idegrendszeri zavarok, stroke, demencia, sclerosis multiplex, általános kognitív károsodás, alvászavarok, obezitás, genetikai hajlam (LE: 1), urogenitalis prolapsus, hysterectomia (LE: 2) kismedencei radicalis műtétek, besugárzás, illetve transurethralis beavatkozások. [13, 14, 47, 50, 51]

Nem inkontinencia miatt szedett gyógyszerek adagolásának változtatása

Számos, különösen időskorban szedett gyógyszer szignifikáns hatással bír a hólyagfunkcióra és mellékhatásként akár inkontinenciát is okozhat. Az esetek többségében azonban nem lehet bizonyossággal megállapítani, hogy egy adott gyógyszer okoz-e vizeletinkontinenciát. Jóllehet az alapbetegségekre adott gyógyszerek adagolásának módosítása az inkontinencia kezelését szolgáló egyik korai beavatkozásnak tekinthető, nagyon kevés bizonyíték van ennek hasznára. Ennek ellenére javasolt rögzíteni a korábbi gyógyszeres kezeléseket és ellenőrizni minden újonnan elkezdett gyógyszert, amely összefügghet a vizeletinkontinencia kialakulásával vagy súlyosbodásával.

Ajánlás 59

Javasolt a korábbi gyógyszeres kezeléseket minden vizeletinkontinens betegnél rögzíteni. (A) [2]

Ajánlás 60

Javasolt minden újonnan elkezdett gyógyszert ellenőrizni, amely összefügghet a vizeletinkontinencia kialakulásával vagy súlyosbodásával. (C) [2, 4]

Fennáll annak a kockázata is, hogy a gyógyszerelés leállítása vagy megváltoztatása nagyobb kárral jár, mint haszonnal. A hipnotikumok, illetve a központi idegrendszerre ható gyógyszerek az alkoholhoz hasonlóan deprimálhatják a beteg hólyagműködésre fordított figyelmét, a diureticumok polyuriát, következményes késztetéses vizeleti ingereket okozhatnak. (LE: 3) [1] Ezeknek a gyógyszereknek lehetőség szerinti elhagyása vagy más, a vizelettároló funkciót nem befolyásoló készítményre cserélése a kontinencia visszatérését eredményezheti. Az alpha blokkoló típusú antihypertensívumok a záróizomzat tónuscsökkenése révén vezethetnek inkontinenciához. Nőknél ezen készítmények előídezhethetik vagy súlyosbíthatják a vizeletinkontinenciát, így a gyógyszerek abbahagyása enyhítheti az inkontinenciát. (LE: 3) Korábban kontinens nőknél a szisztémás ösztrogénpótló terápia fokozza a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázatát (LE: 1a) [2], és súlyosbítja a vizeletinkontinenciát azoknál a nőknél, akiknél az már korábban is fennállt. (LE: 1b) [1]

Viselkedésterápia

Korlátozott bizonyíték van arra, hogy női vizeletinkontinencia esetén a magatartási beavatkozások jobbak, mintha a beteg nem kapna kezelést. (LE: 1b) A viselkedésterápia két részből áll, és önmagában alkalmazva a női hyperaktív hólyagpanaszok, urge, illetve kevert inkontinencia első vonalbeli kezelésében lehet hatásos.

Jól együttműködő beteg esetén hólyagtréninget (vizeleti tréninget, más néven késleltetett vizelet) alkalmazhatunk, melynek célja a hólyagkontroll javítása és a vizelések közötti időtartam meghosszabbítása, így a vizelések számának csökkentése. A tréning során a vizeleti folyamat és a hyperaktív hólyagműködés fiziológiájának ismertetése után a beteget megtanítjuk a késleltetett vizeletürítés technikájára. Vizeleti inger jelentkezésekor a beteg nem megy a mellékhelyiségre, hanem záróizmait összehúzza várja, míg az inger lecsendesedik, és csak ekkor üríti ki hólyagját. Eredményes kezelést követően akár hetente 20 perccel is sikerül növelni a vizelések közötti időtartamot. A tréning fontos része a vizeleti napló, melyből a folyadékbevitel és vizeletkiválasztás ellenőrzése mellett a vizeletürítések számát és a vizelések között eltelt időt is láthatjuk. Utóbbi két információ a beteg számára a tréning során pozitív visszajelzésként is szolgál és növeli a kezelés hatékonyságát. A tréning előfeltétele a normális tónusú, tudatosan szabályozható, jó akaratlagos kontrakciós képességgel bíró sphincter-működés. Az idős betegek 30%-a önállóan már nem képes a

sphincter akaratlagos összehúzására, ezért ilyen esetben a vizelési tréning előtt a sphincter-működés helyreállítását elősegítő fizioterápiára is szükség van.

Ajánlás 61

A késztetéses inkontinencia kezelésében a hólyagtréning sokkal effektívebb, mint a placebo. (B) [2]

A kezelés után hat héttel a betegek felénél az inkontinens epizódok száma 50%-kal csökkent, 30% pedig panaszmentes lett.

Ajánlás 62

Első vonalbeli terápiaként javasoljunk hólyagtréninget késztetéses vagy kevert vizeletinkontinens felnőtteknek. (A) [2]

Ajánlás 63

A női stressz- és kevert inkontinenciában a viselkedésterápiával kiegészített medencefenéki tornakezelés rövid távon eredményesebb, mint a medencefenéki tréning önmagában végezve. (B) [2, 13, 14, 21, 38]

A hólyagtorna hatékonysága csökken a kezelés abbahagyása után. (LE: 2) Ellentmondó bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a hólyagtorna jobb-e a gyógyszeres terápiánál. (LE: 2) A hólyagtréning és az antimuszkarin gyógyszerek kombinálása nem eredményez nagyobb javulást vizeletinkontinenciában, de lehetnek egyéb előnyei a kombinált kezelésnek. (LE: 1b) A hólyagtorna jobb, mint az önmagában használt pesszárium. (LE: 1b) [1, 2, 15]

Mentálisan rosszabb állapotú, nem kooperáló betegnél a toalett-tréning (serkentett vagy időzített vizelés) lehet eredményes. Ennek lényege, hogy a betegnek a vizelési naplóból megismert vizelési időközöket figyelembe véve, a nem kontrollálható vizelési inger előtt el kell mennie a mellékhelyiségre hólyagját kiürítenie. Ez a technika rosszabb általános állapotú betegek esetén akár az ápoló személyzet segítségével (figyelmezteti a beteget a vizeletürítésre) is végezhető. A módszer az inkontinens epizódok számát 40%-kal is csökkentheti.

A toalett-tréning – önmagában vagy magatartás-módosítási program keretében alkalmazva – javítja a kontinenciát a gondozásra szoruló idős embereknél. (LE: 1b) Az időzített vizeletürítés csökkenti a vizeletszivárgás gyakoriságát a károsodott kognitív képességű férfiaknál és nőknél. (LE: 1b)

Ajánlás 64

Csökkent kognitív képességű, inkontinens felnőtteknek javasolt az időzített vizeletürítés alkalmazása. (A) [1, 2]

Fizioterápia

Medencefenéki izomzat funkciójának javítása

A medencefenéki izomzat erősítése három kezelési formát jelöl. Elsősorban női stresszinkontinencia kezelésére javasolt, de "sürgősségi" panaszok, illetve kevert inkontinencia esetén is előnyt jelent, ha

a záróizom-funkció jobb, sőt férfiak prosztata műtét utáni záróizom-gyengeségre visszavezethető vizeletinkontinenciája esetén is hatékony.

A medencefenéki izomtorna-gyakorlatok (Kegel-gyakorlatok vagy más néven Pelvic Floor Muscle Training – PFMT) a periurethralis izomzat kontrakciós erejének javítása révén fokozzák a záróizom-apparátus nyugalmi és kontrakciós tónusát. Nők enyhe vagy közepes stressz inkontinenciája esetén a medencefenéki izomtréning képezi az elsővonalbeli kezelés alapját.

Ajánlás 65

A medencefenéki izomtréning a stressz-vizeletinkontinencia elsővonalbeli kezelése. (A) [1, 2, 3, 4, 13, 15]

Az izomtorna-gyakorlatok végzése esetén szignifikánsan jobb gyógyulási és javulási arányok észlelhetők, mint placebo mellett vagy a kezelés nélküli esetekben. Stresszinkontinens idős nőknél az intenzív PFMT hatékonyabb, mint a hólyagtorna. (LE: 1) A gyógyulási/javulási arány PFMT után stressz- és urge inkontinenciában: 56–70%. Stressz és kevert inkontinens nőknél a PFMT hatékonyabb az inkontinens epizódok csökkentésében és az életminőség javításában, mintha a beteg nem kapna kezelést. Nincs bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a PFMT jobb, mint a kezelés hiánya a gyógyulás tekintetében. (LE: 1) A nagyobb intenzitású tornaprogramok, illetve a biofeedback fokozza a jótékony hatást, azonban a különbségek nem maradnak meg hosszú távon. (LE: 1)

Úgy tűnik, a biofeedback nem a gátizom-tornagyakorlatok hatékonyságát növeli, hanem a helyes technika elsajátításában segít. A betanított/felügyelt PFMT program hatékonyabb, mint az egyedül elsajátított PFMT. (LE: 1) A csoportban végzett PFMT ugyanolyan hatékony, mint az egyénileg végzett kezelés. (LE: 1) Az izomtorna szerepe, más egyéb kezelési módokkal kiegészítve még nem bizonyított a stresszinkontinencia megelőzésében. A PFMT hatékonyabb a stresszinkontinencia terápiájában, mint az ES (LE: 1) és a viselkedésterápia. (LE: 2) Javasoljunk legalább három hónapig tartó, felügyelt PFMT-t elsővonalbeli terápiaként stressz- vagy kevert vizeletinkontinens nőknek.

Ajánlás 66

Az “intenzív” PFMT kezelés (többféle oktatási anyag, személyre szabott kezelés fizioterapeutával, rendszeres megerősítések) hatékonyabb a “standard” terápiával szemben. (A) [2, 3]

Ajánlás 67

Javasolt legalább három hónapig tartó, felügyelt PFMT elsővonalbeli terápiaként stressz- vagy kevert vizeletinkontinens nőknek. (A) [2, 3]

Ajánlás 68

A PFMT programoknak a lehető legintenzívebbeknek kell lenniük. (A) [2, 3]

Stresszinkontinens nőknél a PFMT ugyanolyan hatékony, mint a duloxetin kezelés, és kevesebb mellékhatással jár. (LE: 2) Az urge inkontinencia kezelésében a PFMT jobban tolerálható, mint az oxybutynin. (LE: 2) A terhesség korai szakaszában elkezdett PFMT csökkenti az inkontinencia kockázatát a terhesség késői szakaszában, illetve akár hat hónapig a szülés után. (LE: 1) Nőknél a

szülés után közvetlenül elkezdett PFMT akár 12 hónapon keresztül is javíthatja a vizeletinkontinenciát. (LE: 1)

Ajánlás 69

Javasolt felügyelt PFMT első alkalommal várandós, kontinens nőknek a szülés utáni időszakban az inkontinencia megelőzése érdekében. (A) [1, 2, 23]

Betegoktatás

A vizeletinkontinencia nem egy betegséget jelent, hanem egy állapotról van szó. Ennek alapján érthető, hogy a betegoktatásnak ki kell térnie mindazon előbbiekben említett tényezőkre (megelőzés, rizikófaktorok, életmód-változtatás, konzervatív kezelések), melyek segítségével a betegek önmaguk is képesek állapotukat javítani, illetve a tünetek kialakulását megelőzni.

A beteg elsővonalbeli kezelésbe vonásának éppúgy integráns része a diagnózis és az azonnali primer eszközös tünetmentesítés, mint a beteg elemi informálása a társas és biológiai vetületekről, illetve a praktikus konzervatív terápiás tennivalókról. A pillanatszerű és negatív érzésekkel terhelt élethelyzetben a tünetileg elégtelen beavatkozás kiszolgáltatottság és bizalmatlanság érzését gerjeszti a páciensben.

Ezzel szemben a megfelelő beteginterjú a felkészült és empatikus egészségkommunikáció a helyzet és a tünetek stabilizációját is támogatja, amire a páciensek kompetens adherenciáját építeni lehet. (D)

Ajánlás 70

A megfelelő eszköztípus kiválasztása mellett mindig a minimum kapacitású eszköz meghatározása javasolt. Az eszközcsere hozzátartozói vagy betegoldali betanítása a lehető leghamarabb szükséges. (D)

A vizelettartási zavarok nagyobbik része konzervatív úton kezelhető. A terápiában aktív szerep jut a megfelelő beteg-együttműködésnek. A medencefenéki izomtréning csak akkor lesz hatékony, ha a gyakorlatokat a beteg helyesen elsajátította és azokat napi rendszerességgel az előírt intenzitással és mennyiségben végzi. A torna megtanulásában nagy segítséget jelent a biofeedback módszer, mely izomerőt jelző, különféle mérhető paraméterek auditív vagy vizuális úton történő visszajelzésével serkenti a gyakorlatok intenzívebb végzésére. A gátizomtorna elsajátításában, különösen olyan betegek esetében, akik a medencefenéki izmokat már nem érzik helyesen, nélkülözhetetlen szerepet játszanak a képzett gyógytornászok. Jó medencefenéki innervációval és az izommozgás megfelelő tudatosulásával bíró betegeknél azonban a gátizomtorna elsajátítása gyógytornász nélkül is lehetséges adekvát ismeretanyag segítségével. [13, 14, 15, 19, 33]

A viselkedésterápia két fő módszerének, a "hólyagtréning" és a "toalett-tréning" elsajátításának is elengedhetetlen feltétele a betegek szakszemélyzet által történő oktatása.

A betegoktatásban és a panaszok alapján történő "betegirányításban" a legnagyobb szerep nem is az orvosra, hanem az inkontinencia ellátására kiképzett, gyakorlattal rendelkező szakasszisztensi hálózatra kellene, hogy jusson. Jelenleg ez hazánkban még nem megoldott, de mielőbb célszerű lenne egy akkreditált képzési formában történő "kontinencia szakasszisztens" szakképzés

megteremtése. Addig is helyi szinten minden betegellátó egységnek saját magának kellene megszerveznie az adott körzetre vonatkozó betegoktatást, betegirányítást.

Elsővonalbeli gyógyszeres kezelés az alapellátásban

A hyperaktív hólyag (túlműködő hólyag) szindrómában/urge inkontinenciában ajánlott gyógyszeres kezelés

Antimuscarin hatású gyógyszerek

Az urge inkontinencia kezelésében elsővonalban szereplő antimuscarin gyógyszerek blokkolják a detrusor izomzatban található, paraszimpatikus stimuláció során acetilkolin hatására aktíválódnak muszkarin receptorokat (M3). A kezelés eredményeként csökken a hólyagkontraktilitás, nő a hólyagkapacitás, az antimuscarinok eredményesen csökkentik az akaratlan hólyagkontrakciók számát, erősségét és időtartamát. Az egyes gyógyszerek pharmacokinetikai, pharmacológiai tulajdonságai, kisserelési formájuk egymástól eltérő lehet. Az antimuszkarin szerek ER formulációi (elhúzódnak kibocsátású) hatékonyan javítják és gyógyítják az urge inkontinenciát/hyperaktív hólyagszindrómát. (LE: 1b) [2] Az antimuscarin szerek többsége (atropin, tolterodin, solifenacin, darifenacin) nagyobb lipoldékonysággal jellemezhető terciér amin, melynek következtében bejuthatnak a központi idegrendszerbe és ennek megfelelő mellékhatásokat okozhatnak. A kvaterner aminok (trospium) a vér-agy gáton nem jutnak át, így központi idegrendszeri mellékhatásokat nem okoznak. Nincs konzisztens bizonyíték arra, hogy bármelyik antimuszkarin gyógyszer jobb a másikkal a vizeletinkontinencia/OAB szindróma gyógyítása vagy javítása tekintetében, illetve, hogy a gyógyszeres terápia hatékonyabb lenne a magatartás terápiánál a vizeletinkontinencia/OAB kezelésében. (LE: 1a) Nincs konzisztens bizonyíték arra, hogy a gyógyszeres terápia hatékonyabb lenne a PFMT-nél az UI/OAB kezelésében. (LE: 1b) A gyors (IR) és a lassú (ER) kibocsátású gyógyszerformák eltérő hatékonyságúak és mellékhatásprofilúak lehetnek. Az antimuszkarin szerek ER formulációi nagyobb arányú szájszárazságot eredményeznek, mint a placebo. (LE: 1b) Az antimuszkarin gyógyszerek ER és napi egyszeri formulációival általában kisebb a szájszárazság aránya, mint az IR készítményekkel, noha a kezelésmegszakítási arányok hasonlóak. (LE: 1b) A betegek több mint fele az első három hónapban abbahagyja az antimuszkarin szerek szedését a hatásosság hiánya, nemkívánatos események (elsősorban emiatt) és a költségek miatt. (LE: 2) Az antimuscarin gyógyszerek szignifikánsan hatékonyabbak az urge inkontinencia kezelésében és szignifikánsan hatékonyabban csökkentik az inkontinens epizódok számát, mint a placebo. (LE: 1a) [2]

Ajánlás 71

A hyperaktív hólyag szindróma/urge inkontinencia gyógyszeres kezelésében első vonalban antimuscarin (A) és béta 3 adrenoreceptor agonista (A) típusú gyógyszereket javasolt alkalmazni. [1, 2, 4, 5]

Ajánlás 72

Javasolt korai kontroll (<30 nap) és felmérés (hatékonyság és mellékhatás tekintetében) az antimuscarin szert szedő betegünknel. (A) Ha idős embernek írunk fel antimuscarin szert, akkor fordítsunk figyelmet az eszeleges cognitív funkciókat érintő mellékhatásokra. (A) [1, 2, 4, 5]

Ajánlás 73

Ismert kognitív dysfunkciójú betegnél antimuscarin szer csak kiemelt óvatossággal használható. (B) [2]

Ajánlás 74

Ha kognitív dysfunkcióra van gyanú, javasolt mentális felmérés elvégzése az antimuscarin terápia megkezdése előtt, illetve a mentális status ellenőrzése a terápia alatt. (C) [2]

Ajánlás 75

Felnőtt urge inkontinens betegnél elsődleges kezelésként azonnali, vagy elhúzódó kibocsátású antimuscarin szer adása javasolt. (A) [2] Az elhúzódó kibocsátású gyógyszerformák hatékony kezelésnek számítanak, mellékhatásuk azonban a placebóval összehasonlítva magasabb.

Ajánlás 76

Már az első gyógyszerfelírásakor lehetőség szerint olyan készítmény felírása javasolt az OAB/UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza. (D)

Ajánlás 77

Ha az azonnali kibocsátású készítmény hatástalan, javasolt elhúzódó kibocsátású, vagy hosszú hatású készítményt alkalmazni. (A) [2]

Anticholinergikumok

A trospium chlorid nem szelektív muszkarin receptor blokkoló. Nem lép át a vér-agy gáton, így a kognitív funkciókat nem befolyásolja. Hosszú felezésű idejű, naponta 30–45 mg-os adagban hatékony a hyperaktív hólyagpanaszok, késztetéses inkontinencia kezelésében.

Ajánlás 78

A trospium chlorid javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3, 4, 5]

Ajánlás 79

Ismert kognitív dysfunkciójú betegnél trospium adása megfontolandó. (B) [2]

A tolterodin gyors felszívódású terciér amin. Bár nem szelektív muszkarin receptor blokkoló, mégis a hólyaghoz a nyálmiriggyel szemben sokkal nagyobb funkcionális szelektivitást mutat. A vér-agy gáton átlép. Rövid (1-2 mg, naponta kétszer) és tartós (2-4 mg, naponta egyszer) hatású kiserelési formái ismeretesek. Igazolt a hatékonysága a hyperaktív hólyag/urge inkontinencia kezelésében.

Ajánlás 80

A tolterodin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]

A tartós hatású készítmény mind effektívitasában, mind tolerabilitásában a rövid hatású készítmény felett áll.

A fesoterodin a tolterodinhoz hasonló vegyület, mindkettő aktív metabolitja az 5-hydroxytolterodin. Előnye a tolterodinnal szemben, hogy a hatékonyságát tekintve nincs akkora egyének közötti különbség, tekintve, hogy az észterifikálást a fesoterodinnál eszterázok és nem a CYP2D6 rendszer végzi, ami a lakosság egy részében gyenge metabolizmust eredményez, és ezeknél a betegeknél aktív metabolit nem tud képződni. Napi egyszeri 4-8 mg az ajánlott dózisa.

Ajánlás 81

A fesoterodin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 4, 5]

Darifenacin. Szelektív M3 receptor blokkoló terciér amin. Napi egyszeri 7,5-15 mg-os dózisban ajánlott a hyperaktív hólyag panaszok, urge inkontinencia kezelésében.

Ajánlás 82

A darifenacin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3, 4, 5]

A solifenacin hosszú-hatástartamú terciér amin, hatékonyabb az IR tolterodinnál az UI javításában. Ajánlott napi dózisa 5-10 mg. Ajánlott a hyperaktív hólyag panaszok, urge inkontinencia kezelésében.

Ajánlás 83

A solifenacin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3, 4, 5]

Kevert hatásmechanizmusú gyógyszerek

Ebbe a csoportba tartozó gyógyszerek antimuszkarin, lokál anesztetikus és direkt izomrelaxáns hatással bírnak, azonban klinikai hatékonyságuk többnyire anticholinerg aktivitásukkal magyarázható.

A gyógyszercsoport legismertebb képviselője az oxybutinin, mely egy terciér amin. Az M1 és M3 receptorokkal szemben szignifikánsan magasabb aktivitást mutat, mint az M2 receptorokkal szemben.

Ajánlás 84

Az oxybutinin ajánlott a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3, 4, 5]

A gyors hatástartamú készítmény adagja 3x5 mg, a tartós hatású formáé 10 mg naponta (Magyarországon csak előbbi van forgalomban). A hatékonyság tekintetében a gyors és a tartós hatású készítmények között nincs különbség, azonban a mellékhatások szignifikánsan gyakrabban észlelhetők gyors hatástartamú készítmények alkalmazása során. Az oxybutynin ER formája jobb, mint a tolterodin ER és IR formái az UI javulása tekintetében. (LE: 1b) Az IR vagy ER oxybutyninnal nagyobb a szájszárazság aránya, mint a tolterodin azonos formulációjával. (LE: 1a) A transzdermalis oxybutinin adagolás a hatékonyság szempontjából megegyezik az orális adagolással, de a szájszárazság előfordulása szignifikánsan ritkább ezen kezelési formánál (transzdermális forma: 38%, gyors hatású forma: 94%), és a bőrreakciók gyakoribbak. (LE: 1b)

Ajánlás 85

Az IR oxybutynin károsíthatja a kognitív funkciót, ezért kerüljük az azonnali kibocsátású oxybutinin kezelést azon betegeknél, akiknél magas a kognitív dysfunkció veszélye. (A) [2, 5]

A propiverin napi 15 mg-os dózisban dokumentáltan jótékony hatású a panaszok kezelésében.

Ajánlás 86

A propiverin javasolt a hyperaktív hólyagpanaszok/urge inkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 4, 5]

A különböző antimuscarin gyógyszerek hatékonyságáról, mellékhatásokról, egymással történő összehasonlításáról számos tanulmány áll rendelkezésünkre. Ezek alapján a következő megállapítások tehetők: Nincs egyértelmű bizonyíték, hogy egyik antimuscarin gyógyszer egy másik antimuscarin szernél hatékonyabb lenne az urge inkontinencia/OAB gyógyításában. (LE: 1a) Az elhúzódozó kibocsátású és napi egyszeri adagolású gyógyszerformák általában kevesebb mellékhatással bírnak, mint az azonnali kibocsátású formák. (LE: 1b) Nincs bizonyíték, hogy valamelyik antimuscarin szer hatékonyabban javítaná az életminőséget, mint egy másik. (LE: 1a)

Az antimuscarin hatású gyógyszerek leggyakoribb mellékhatása a szájszárazság, melynek előfordulását illetően szignifikáns különbségek mutatkoznak az egyes szerek között. Az azonnali kibocsátású oxybutinin alkalmazása mellett észlelhető leggyakrabban szájszárazság. Sajnos hazánkban ezen gyógyszer a legolcsóbb, így a betegek jelentős hányada abbahagyja a kezelést a kellemetlen mellékhatások miatt. A kevesebb mellékhatást okozó készítmények drágák, így nem elérhetők minden beteg számára. Egyéb mellékhatások, mint székrekedés, accomodatio zavar, kognitív dysfunkció, dyspepsia, erythema, viszketés, vizeletretentio, lényegesen ritkábban fordulnak elő. A solifenacinról, tolterodinról és darifenacinról nem mutatták ki, hogy károsítanak a kognitív funkciót egészséges idős egyéneknél. (LE: 3) UI/OAB-s betegeknél a solifenacin, tolterodin és darifenacin hatásossága és mellékhatásainak kockázata nem változik a beteg életkorától függően. (LE: 3)

Az antimuszkarin gyógyszerek ER és napi egyszeri formulációival általában kisebb a szájszárazság aránya, mint az IR készítményekkel, noha a kezelésmegszakítási arányok hasonlóak. (LE: 1b) A betegek több mint fele az első három hónapban abbahagyja az antimuszkarin szerek szedését a hatásosság hiánya, nemkívánatos események (elsősorban emiatt) és a költségek miatt. (LE: 2)

Stresszinkontinencia esetén ajánlott gyógyszeres kezelés

Alfa adrenoreceptor agonisták

Az ephedrine és a norephedrine hatékonyságát gyenge bizonyító erejű klinikai vizsgálatok tesztelték és a rendelkezésre álló adatok alapján a stresszinkontinencia kezelésére nem ajánlották.

Ajánlás 87

Az ephedrine és a norephedrine nem javasolt a stresszinkontinencia kezelésére. (D) [2]

Duloxetine. A norepinephrin és a serotonin újrafelvételét gátolja a preszinaptikus idegvégződésekben, melynek következtében fokozott szimpatikus aktivitásfokozódás révén növeli az urethralis zárónyomást. A stresszinkontinencia kezelésében hatékonyságát magas evidencia szintű vizsgálatok igazolják. Ajánlott kezdő dózisa napi 80 mg. Bár a duloxetin önmagában nem gyógyítja

meg az inkontinenciát, de hatékonyan javítja azt. (LE: 1a) Nők esetében stressz és kevert inkontinenciában is hatékony (LE: 1a), és urge inkontinenciában is kedvező hatású. (LE: 1b) Férfiaknál stresszinkontinenciában bizonyított a hatékonysága. (LE: 1b) Mellékhatásprofilja jelentős, elsősorban gastrointestinalis (hányinger, hányás) és központi idegrendszeri (insomnia, somnolencia, szédülés) tüneteket okozhat. (LE: 1a)

Ajánlás 88

A duloxetine kezelés javasolható a mellékhatásokra történő figyelmeztetéssel stresszinkontinens női betegeknek. (A) [4, 5]

Ajánlás 89

A duloxetine kezelés során jelentős mellékhatásprofilja miatt titrálós terápia alkalmazása javasolt. (A) [2, 32]

Nem gyógyszeres, nem invazív konzervatív kezelés a szakellátásban

A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján, radikális prostatectomia (RP) utáni inkontinens betegeknél a biofeedback segítségével, illetve anélkül végzett gátizomtorna gyorsítja a kontinensé válást, azokkal szemben, akiknél nem alkalmaztak gátizomgyakorlatokat. Az ES és ExMI esetében további vizsgálatokra van szükség annak érdekében, hogy a kezelések pontos eredményessége a postprostatectomiás inkontinencia kezelésében lemérhető legyen. RP után végzett egyéni gáttorna még hatékonyabb, ha orvos vagy szakképzett nővér/asszisztens felügyeletével, ellenőrzésével történik. (LE: 1b) Ellentmondásos bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy vajon az elektromos stimulációval, biofeedbackkel kiegészített vagy felügyelettel kontrollált PFMT növeli-e a hatékonyságot az önmagában alkalmazott PFMT-el szemben. (LE: 1b-2) A gátizomtorna hasznos azoknál az RP utáni, évek óta inkontinens betegeknél is, akiknél nem volt korábban kezelés. (LE: 1b-2) A korai biofeedback, gátizomtorna RP után nemcsak gyorsítja az inkontinencia gyógyulását, de jelentős javulást eredményez súlyos inkontinencia és vizeletürítési problémák esetén, valamint javítja a gátizmok erejét, 12 hónappal a műtét után is. (LE: 1b) A preoperatív gátizomtorna javítja a kontinenciát és az életminőséget RP után. (LE: 1b) [18] Preoperatív kombinált gátizomtorna+biofeedback, havonta végzett posztoperatív fizioterápiával kombinálva lényegesen hatékonyabb RP utáni inkontinencia esetén, mint a standard eljárás. (LE: 1b) Nincs bizonyíték arra vonatkozóan, hogy a műtét előtti PFMT-vel megelőzhető-e a radikális prostatectomia utáni vizeletinkontinencia. A műtét utáni PFMT-hez hasonlóan, a preoperatív torna hatására is hamarabb helyreállhat a kontinencia. (LE: 2) Ellentmondásos bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy a radikális prostatectomia előtt vagy után a PFMT valamilyen formáját végző férfiaknál hamarabb helyreáll-e az inkontinencia, mint a nem kezelt férfiaknál. (LE: 2)

Ajánlás 90

Radicalis prostatectomia előtti és utáni PFMT javasolt a stresszinkontinencia gyógyítására férfiakban. (B) [2, 4, 13]

A hüvelyi súlytréning hüvelybe helyezett golyó vagy kúp alakú súlyok megtartásával próbálja fokozni a medencefenéki izomzat kontrakciós képességét. Ugyancsak 1-es evidencia szintek igazolták, hogy a hüvelyi súlytréning a stresszinkontinencia kezelésében sokkal effektívebb, mint a kezelés nélküli

módszer. A PFMT jobban csökkenti a vizeletszivárgás gyakoriságát, mint a hüvelykónuszt alkalmazó torna, de nincs különbség a beteg által jelentett gyógyulást vagy javulást illetően. (LE: 1)

Ajánlás 91

A hüvelyi súlytréningnek a konvencionális medencefenéki izomtorna-gyakorlatokkal szemben semmilyen plusz hatása nincs. (B) [2, 13, 14, 17]

Emellett a hüvelyi súlyok alkalmazása kevésbé népszerű a hölgyek körében és sokan beszámoltak hüvelyi gyulladások, fájdalmak kialakulásáról.

Ajánlás 92

A hüvelyi súlytréningnek stressz- és kevert inkontinenciában az elektrostimulációval azonos hatékonysága és mellékhatás aránya van. (B) [2, 13]

A biofeedback gyakorlatok lényege, hogy a hólyag, illetve a medencefenéki izomzat aktivitásáról (pl. a tornagyakorlatok során végzett kontrakciók erejéről) a beteg számára vizuális vagy auditív módon visszajelzést küldünk, mely mintegy pozitív megerősítés révén növeli a gyakorlatok hatékonyságát. A biofeedback a rosszul rögzült reflexek korigálásában, illetve a tornagyakorlatok során a megfelelő izomcsoportok mozgatásának begyakorlásában is segít. Mérlegeljük biofeedback alkalmazását kiegészítő kezelésként női stressz-vizeletinkontinencia esetén.

Ajánlás 93

Biofeedback javasolható kiegészítő kezelésként női stressz-vizeletinkontinencia esetén. (A) [2, 4, 5]

Egyéb technikák. Még nincs megfelelő bizonyíték arra, hogy az alternatív gyakorlatok (hasizom tréning, Paula method, Pilates jóga, Tai Chi, légzési gyakorlatok, posturalis tréning, általános fitness) csökkentenék a vizeletvesztést stresszinkontinencia esetén. A klinikai gyakorlatban az alternatív gyakorlatok nem ajánlhatók stresszinkontinens nők részére.

Elektrostimuláció (ES)

Az elektrostimuláció célja kettős: javítani a medencefenéki izomfunkciót (stresszinkontinencia) és csökkenteni a detrusor hyperaktivitást (urge inkontinencia, "sürgősségi" panasz, OAB). Két fő formája ismeretes.

Direkt terápiás válaszindukálás során (az izomzatot stimuláljuk) a hüvelybe vagy a végbélbe helyezett elektródákon keresztül a medencefenéki izomzat aktivitása javítható, valamint a hólyag ingerlékenysége (reflexgátlás révén) csökkenthető. Ez a forma a stressz- és az urge inkontinencia /sürgősségi panasz kezelésében használatos.

Az indirekt forma a nervus pudendus afferens rostjainak noninvazív (n. pudendus transcutan ingerlése: TENS, pl. a clitorisra vagy a penisgyökre helyezett elektróddal) ingerlését jelenti, mely reflexes úton a hyperaktív hólyagműködés/urge tünet/urge inkontinencia javulásához vezethet. Stresszinkontinencia kezelésében az elektrostimuláció hatékonyabbnak mutatkozott, mint a placebo (sham kezelés). (LE: 2a) [2, 13, 19] Kevés bizonyíték van arra, hogy ezt a hatékonyságot urge inkontinencia esetén is igazolni tudjuk. Ismert tény azonban, hogy elektrostimuláció esetén a placebohatás leérése meglehetősen nehéz.

Ajánlás 94

Nincs bizonyíték arra, hogy az elektrostimuláció növelné medencefenéki izomtorna hatékonyságát nőkben, illetve férfiakban. (B) [2, 13, 14]

Az elektromos stimuláció nem hatékonyabb, mint az antimuszkarin terápia urge inkontinencia esetében (LE: 1a) [2] Egymásnak ellentmondó bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy az elektrostimuláció önmagában javítja-e a vizeletinkontinenciát. (LE: 2a)

Ajánlás 95

Nem javasoljuk a felszíni elektródás (bőr, vaginális, anális) elektromos stimulálást önmagában a vizeletinkontinencia kezelésére. (B) [2]

Percutan Nervus Tibialis Stimuláció (Neuromoduláció)

A hátsó sípcsontideg elektromos stimulálásával (PTNS) elektromos ingereket lehet kiváltani a keresztcsonti vizeletürítési központban, az S2-S4 keresztcsonti ideg plexusán keresztül. A PTNS hatásos lehet urge inkontinens betegekénél is. A PTNS hatásos az urge inkontinencia enyhítésében azoknál a nőknél, akiknél antimuszkarin gyógyszer nem fejtett ki jótékony hatást. (LE: 1b) Nőknél a PTNS nem hatékonyabb a tolterodinnál az urge inkontinencia kezelésében. (LE: 2b) Nem számoltak be PTNS-szel összefüggő súlyos nemkívánatos eseményekről.

Ajánlás 96

Nem javasolt önmagában a PTNS nőknek vagy férfiaknak a késztetéses vizeletinkontinencia gyógyítására. (A) [2]

Ajánlás 97

Ha van rá mód, javasolható a PTNS a késztetéses vizeletinkontinencia javítására olyan nőknél, akiknél az antimuszkarin gyógyszeres kezelés nem volt eredményes. (B) [2]

Magnetoterápia (Electromagnetic Stimulation, ExMI)

Kevés klinikai vizsgálat ismeretes. Hatékonysága még nem tisztázott, de jelenleg úgy tűnik, a mágneses stimuláció nem gyógyítja vagy javítja a vizeletinkontinenciát. (LE: 2a) [2] A mágneses stimulációval összefüggő nemkívánatos eseményekről nem számoltak be. (LE: 1b) Hathetes magnetoterápiás kezelés után egy csoport közepes mértékű javulást mutatott a vizeletinkontinencia tekintetében, más vizsgálatok hatástalannak tartották. Urge inkontinencia és OAB szindróma 12 hetes kezelése után a vizelettartási panaszok nem javultak. [2] Stresszinkontinenciában szenvedő nőbetegek esetén a NeoControl magnetoterápiás szék szintén nem volt eredményes. [2] Az ExMI magnetoterápiás szék egy további noninvazív terápiai lehetőség az inkontinenciában szenvedő betegek részére. Azonban további vizsgálatok szükségesek, hogy alátámasszák a terápiai hatást. [1]

Ajánlás 98

Önmagában végezve nem javasolt a mágneses stimuláció az inkontinencia vagy a hiperaktív hólyag kezelésére felnőtt nőknél. (B) [2]

Konzervatív, vagy műtéti úton nem kezelhető inkontinencia esetén, ha a hólyagban a hólyagkapacitás felét, de maximum 150 ml-t nem meghaladó retenciót észlelünk, vizeletgyűjtő betétet javasolhatunk, illetve férfi beteg condom urinált használhat.

Katéteres vizeletelvezetés

Neurogén hólyagműködési zavar esetén, vagy ha a vizelettartási zavar ürítési zavarral párosul, az inkontinencia megelőzésére, illetve a nagyobb vizeletretenció lebocsátására intermittáló önkatéterezés szükséges. Az átmeneti katéterezés az alsó húgyúti fertőzés és a bakteriuria kialakulásának kisebb kockázatával jár, mint az állandó katéter használata. (LE: 1b)

Ajánlás 99

A vizeletresiduummal járó vizeletinkontinencia kezelésére javasolt az intermittáló önkatéterezés. (A) [2]

Az intermittáló önkatéterezés a neurogén eredetű hólyagfunkciózavarok bázisterápiája.

Ajánlás 100

Rossz általános állapotú, más módon nem kezelhető betegeknél, amennyiben az inkontinencia mellett jelentős vizeletresiduumot is észlelünk, állandó hólyagkatéter behelyezése javasolható. (B) [2]

Lehetőség szerint epicystostomiát létesítsünk, az állandó húgycsőkatéter behelyezése a lehető legrosszabb megoldás, több komplikációval (húgycsőgyulladás, húgycsőfekély és decubitus, epididymitis, prostatitis) jár, mint a suprapubicus katéter viselése. Ischuria paradoxa (túlfolyásos inkontinencia) esetén is a katéter behelyezés az első lépés. Tartós használatra férfiaknál 14, nőknél 16 Ch-es katétereket alkalmazunk. Állandó katéterviselés mellett a bakteriuria és a pyuria nem elkerülhető, ezért csak a tüneteket okozó húgyúti fertőzéseket kell kezelni. Idős, rossz általános állapotú, magas kockázatú betegek esetében javasolt a katétercserék alkalmával három napig adott célzott antibiotikum profilaxis. [53] A naponkénti rendszeres katétertoalett (a meatus urethraenak és környékének dezinficiálása) elengedhetetlen. Rövid időtartamú, átmeneti katéterviselésre hagyományos, latex anyagú katétereket, tartós használatra 6-8 hetente cserélendő szilikon alapanyagú katétereket javasolunk. A bakteriuriát ezen katéterekkel sem tudjuk kivédeni, azonban az ezüsttel impregnált katéterek csökkenthetik a kórokozók elszaporodását. Lokálisan adott dezinficiens csak átmenetileg csökkentik a bakteriuria mértékét. Katéter eltávolítása után célzott vizeletdezinficiálás javasolt.

A gyógyszeres kezelés terápiás algoritmusai

A hyperaktív hólyag szindróma/urge inkontinencia gyógyszeres kezelésében első vonalban antimuscarin és béta adrenoreceptor típusú gyógyszereket javasolt alkalmazni. Gondoljunk a mellékhatásokra és vegyük figyelembe azt a gyógyszerválasztásnál, illetve váltsunk gyógyszert mellékhatás jelentkezésekor. Jelen irányelv szerzői javasolják, hogy már az első gyógyszerfelíráskor lehetőség szerint olyan készítményt írjunk fel az OAB/UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza.

Ajánlás 101

Már az első gyógyszerfelírásakor lehetőség szerint olyan készítmény felírása javasolt az OAB/UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza. (D)

A hyperaktív hólyag szindrómában/urge inkontinenciában ajánlott gyógyszeres kezelés

Antimuscarin hatású gyógyszerek

Ajánlás 102

Javasolt a szelektívebb, kisebb mellékhatás profillal rendelkező szerek alkalmazása akár már elsővonalban is, de főleg másodvonalban. Oxybutinin kezelés okozta intolerabilitás esetén mindenképpen szelektívebb muszkarinreceptor blokkoló vagy béta 3 adrenoreceptor agonista használata javasolt. (D)

Kevert hatásmechanizmusú gyógyszerek

Ajánlás 103

Transzdermalis oxybutinin terápia megfontolandó, ha az orális szer nem toleráható a mellékhatások miatt. (B) [2]

Ha az orális kezelés mellékhatások miatt nem alkalmazható az intravesicalis instillatio is megpróbálható.

Kalcium-csatornablokkolók

A muszkarin receptorok aktiválása kalcium-ionok segítségével történik. Az extracelluláris kalcium-koncentráció csökkentésével vagy a sejtmembránon keresztüli kalcium-transzport blokkolásával a detrusor izomzat aktivációja csökkenthető, és így a hyperaktív hólyagra jellemző tünetek javíthatók. Jelenleg még nincs elegendő tudományos bizonyíték a hypothesis igazolására.

Antidepresszánsok

Számos gyógyszer hatékonyságát vizsgálták a hyperaktív hólyagműködés/sürgősségi tünet/urge inkontinencia kezelésében, de általánosságban csak az imipramin használata terjedt el. Az imipramin komplex farmakológiai hatású gyógyszer, jelentős szisztémás antikolinerg hatással. Az ajánlott dózisa naponta 50–150 mg. Csupán kevés, alacsony minőségű tanulmány (LE: 3) igazolta a szer hatékonyságát. Ennek megfelelően, nem első-vonalbeli, esetenként válaszható kezelésként javasolják. Enurézis nocturna kezelésében hatékonysága jól dokumentált.

Ajánlás 104

Az imipramin alkalmazása első-vonalbeli kezelésként nem javasolt, esetenként válaszható kezelésként javasolják. (C) [2]

Alpha adrenoreceptor antagonisták

Ezen gyógyszercsoport képviselői (alfuzosin, doxazosin, prazosin, terazosin, tamzulosin) a hólyagnyakon található alpha receptorok blokkolása révén javítják a kifolyási ellenállást. Elsősorban férfiak BPH okozta hyperaktív hólyagműködésének, késztetéses inkontinenciájának kezelésében alkalmazhatók sikerrel. Kevés a randomizált, kontrollált vizsgálat (LE: 3) a hatékonyság megítélésére.

Ajánlás 105

Az alpha adrenoreceptor antagonisták hyperaktív hólyag/urge inkontinencia kezelésére csak válogatott esetekben ajánlhatók. (C) [1, 2]

Béta 3 adrenoreceptor agonisták

A detrusor izomzatban elhelyezkedő béta receptorok stimulációja a detrusor izomzat relaxációjához vezet, így javítja a hyperaktív hólyagműködés/urge inkontinencia tüneteit. Jelenleg a mirabegron elhúzódo kibocsátású formájáról rendelkezünk adatokkal. Ezek alapján a mirabegron mellékhatásprofilja csekély, vagy nem klinikailag szignifikáns. (LE: 2) Javasolt kezdő dózisa 50 mg naponta.

Ajánlás 106

Az Európai Urológus Társaság a nemzeti törzskönyvezési folyamatoktól függően javasolja a beta adrenoreceptor agonista mirabegront az urge inkontinencia/OAB kezelésére. (A) [4, 5]

Prostaglandin szintézis inhibitorok

Prostaglandin hatására a detrusor izomzat kontrakciója következik be, ennek alapján a prostaglandin szintézis gátlása a hyperaktív detrusor tevékenység eredményes kezeléséhez vezethet. Az irodalomban eddig csupán kevés tanulmány (LE: 2) vizsgálta az indomethacin és a flurbiprofen hatékonyságát a hyperaktív hólyagműködés kezelésében.

Vasopressin analóg szerek

A desmopressin hatékonyságát a felnőttkori polyuriás eredetű nocturia kezelésében magas evidencia szintű vizsgálatok igazolták. Négy órán belül hatékonyan csökkenteni az inkontinens panaszokat, de négy órán túl már kevésbé hatékony. (LE: 1b) Tartós alkalmazása nem javítja az inkontinenciát (LE: 1b), és elhúzódo alkalmazása hyponatraemiát okozhat. (LE: 3)

Ajánlás 107

A vasopressin analóg szerek tartós kezelésre nem ajánlottak (A), olyan betegeknek ajánljuk őket, akik alkalmoszerűen, rövid hatást szeretnének elérni és tájékoztassuk a beteget arról, hogy a gyógyszer nem engedélyezett ebben az indikációban. (B) [2]

Ösztrogének

Az urogenitalis atrophia kezelése, a húgyhólyag irritabilitás csökkenését eredményezi. Menopausában a hyperaktív hólyagműködés/urge inkontinencia alternatív kezelési módja lehet a lokálisan adott ösztrogén. (LE: 1a) Nem áll rendelkezésre bizonyíték helyi ösztrogének neoadjuváns vagy adjuváns alkalmazásáról vizeletinkontinencia műtétje közben. (LE: 1a)

Ajánlás 108

Az ösztrogének adása postmenopauzában lévő OAB-s/urge inkontinens betegeknek ajánlott kezelési mód, de a legmegfelelőbb adagolásra és a terápia idejére vonatkozó adataink nincsenek. (A) [2]

Ajánlás 109

A vanilloidok, a capsaicin és a resiniferatoxin intravesicalis instillatio formájában alkalmazhatók és a hyperaktív hólyag/urge inkontinenciakezelésben azonos hatékonyságot mutatnak, de csak egyéb kezelés eredménytelensége esetén, mint alternatív gyógyszeres lehetőségek ajánlottak. (C) [2]

Stresszinkontinencia esetén ajánlott gyógyszeres kezelés

Ösztrogének

Az urethralis nyálkahártya és a submucosus vénás plexusok regenerációjában van pozitív hatásuk, de stresszinkontinencia kezelésében hatékonyságuk nem bizonyított ezért nem ajánlott kezelés. (LE: 2) [2]

Ajánlás 110

Az ösztrogének nem ajánlottak a stresszinkontinencia kezelésére. (D) [2]

Duloxetin

Ajánlás 111

A Duloxetin férfiaknál, prosztataműtét utáni inkontinencia esetén csak a kontinencia visszatérését gyorsíthatja. (C) [5, 20, 32]

Ajánlás 112

A duloxetin női stresszinkontinencia kezelésére javasolható, de figyelmeztetni kell a lehetséges mellékhatásokra. (A) [5]

A gyógyszeres kezelés terápiás algoritmusai

A hyperaktív hólyag szindróma/urge inkontinencia gyógyszeres kezelésében első vonalban antimuscarin és béta adrenoreceptor agonista típusú gyógyszereket javasolt alkalmazni. Gondoljunk a mellékhatásokra és vegyük figyelembe azt a gyógyszerválasztásnál, illetve váltsunk gyógyszert mellékhatás jelentkezésekor. Jelen irányelv szerzői javasolják, hogy már az első gyógyszerfelírásakor lehetőség szerint olyan készítményt írjunk fel az OAB/UI kezelésére, mely valószínűleg a beteg számára a legkevesebb mellékhatást okozza.

Második vonalbeli kezelésként imipraminnal, urogenitalis atrophia esetén az ösztrogénekkel próbálkozhatunk. Alsó húgyúti obstructioval kombinálódott esetekben alpha blokkoló adása hatásos lehet. Terápiarezisztens esetekben, a másodvonalbeli kezelés fő irányvonala a botulinum toxin detrusor izomzatba történő injectálása, melyről később írunk. Intravesicalis instillatot végezhetünk capsaicinnel, resiniferatoxinnal is, bár az ajánlások ezen szerek tekintetében nem egyértelműek. Tekintettel arra, hogy ez utóbbi kezelések már átmenetet jelentenek az invazív kezelések irányában, ezért csak más, nem invazív kezelési forma hatástalansága esetén alkalmazhatók.

A stresszinkontinencia gyógyszeres kezelésének egyetlen hatékony készítménye a duloxetin. Sikertelenség esetén alpha szimpatomimetikumokkal, imipraminnal, ösztrogén preparátumokkal

kísérletezhetünk, bár ezen készítmények a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján jelenleg tudományos megalapozottsággal nem ajánlhatók.

Kevert inkontinenciában mindig a konzervatív úton kezelhető vagy a súlyosabb panasz kezelendő elsődlegesen.

A felnőtt vizeletinkontinencia ellátási algoritmusai a 2. ábrán, valamint a 4. és 5. táblázatban láthatók.

Műtéti kezelés

Általános intézkedések

Fontos, hogy a szakmai személyzet járatos legyen az inkontinencia kivizsgálásában, a helyes műtéti típus kiválasztásában, a kísérően jelentkező hüvelyi prolapsusok megoldásában, bélszakasz felhasználásával végzett műtétek esetén belsebészeti beavatkozásokban és az antiinkontinens műtétek esetleges szövődményeinek ellátásában is. Idegsebészeti beavatkozások (idegsebész végzi) indikálásakor és ellenőrzésekor elengedhetetlen a neuro-urologiai gyakorlat. Kevert inkontinencia esetén elsődlegesen a konzervatív úton is kezelhető panaszt próbáljuk gyógyítani, amennyiben műtéti beavatkozás szükséges, úgy a súlyosabb probléma kezelendő elsődlegesen.

Speciális ápolási teendők

Hüvelyi beavatkozások után a hüvelyi tampon eltávolítása, esetleges vaginalis utóvérzés felismerése, a katéteres beteg megfigyelése és a katéter eltávolítása után a maradékvizelet ellenőrzése. Botulinum toxin injectiot követően rendszeres reziduum ellenőrzés. Férfi inkontinencia gátló műtétek után rendszeres reziduum ellenőrzés ultrahanggal.

A női stresszinkontinencia sebészi kezelése

A női stresszinkontinencia sebészi kezelésére több mint 100 különböző típusú műtét ismeretes. Ez a nagy szám is jelzi, hogy sokáig nem volt tökéletes operatív megoldás. A feszülésmentes hüvelyi szalagok (TVT) széles körű elterjedése áttörést jelentett a sebészi kezelésben. A korábbi, hasi feltárást és többnapos kórházi bennfekvést igénylő vagy gyenge eredményességű hüvelyplasztikai műtéteket felváltották a kis műtéti megterhelést jelentő, minimálisan invazív, effektív eljárások. Ezen műtétek szövődményrátáját tovább csökkentette egy újabb módozata a szalagműtéteknek, a transzobturátor technikát használó TOT vagy más néven TVTO, melynél kisebb arányban fordulnak elő olyan komplikációk, mint a hólyag-, vagy bélsérülés, illetve a posztoperatív vizeletelakadás, ugyanakkor a hatékonyság szempontjából nem maradnak el a TVT-től. [6, 8, 16, 27, 28, 37]

A beavatkozások szövődményeit illetően valós hazai adatok csak korlátozott mértékben állnak rendelkezésünkre. Ennek ellenére női inkontinencia gátló műtétek esetén a szövődményarány általában alacsonynak mondható megfelelő sebészi technika alkalmazása esetén. [37]

Ajánlás 113

A női inkontinencia gátló műtéteknél a megfelelő sebészi technika alkalmazása esetén, az alacsony szövődményarány eléréséhez évente legalább 10 beavatkozás végzése szükséges. (D)

A SUI műtéti korrekciójának sikertelenségével és a nemkívánatos eseményekkel kapcsolatos kockázat a jelek szerint az életkorral együtt nő. (LE: 2) Nincs bizonyíték arra, hogy a műtéti eljárások

hatásossága vagy biztonságossága között különbség lenne idősebb és a fiatalabb nők között. (LE: 4) [16, 37]

Ajánlás 114

A stressz vizeletinkontinenciával küzdő idősebb nőket tájékoztatni kell a műtét fokozott kockázatairól, beleértve idős korban a sikeresség várhatóan kisebb valószínűségét is. (B) [2, 5, 16]
Összességében nem valószínű, hogy a szexuális funkció romlana a SUI műtétje után, azonban tájékoztassuk erről is a nőket.

Műtéti indikáció

A női stresszinkontinencia esetében részletes kivizsgálás után, stádium orientáltan, az iniciális, konzervatív terápia sikertelensége esetében javasolt a műtéti kezelés, illetve előzetes kezelések nélkül a tiszta stresszinkontinencia azon súlyos stádiumaiban, amikor a konzervatív kezeléstől javulás nem várható. Tekintettel arra, hogy az inkontinencia "csupán" életminőséget rontó, de életet nem veszélyeztető állapot, továbbá, hogy a műtéti beavatkozás irreverzibilis jellegű, sebészi kezelés előtt javasolt a konzervatív kezelés megkísérlése.

Ajánlás 115

A női stresszinkontinencia sebészi kezelése előtt mindenképpen javasolt a konzervatív kezelés megkísérlése azon esetekben, amikor annak feltételei a beteg részéről adottak (nincs medencefenéki izombénulás, illetve atrophia). (C) [1, 13, 16, 17, 37]

A gáti torna eredményes elsajátítása nem fogja megszüntetni a súlyos stresszinkontinenciát, de a helyesen megtanult és műtét után is végzett tréning segíthet a kontinencia tartósabb megtartásában.

Ajánlás 116

Urogenitalis prolapsus és inkontinencia egyidejű fenállása esetén, a prolapsus kivizsgálását és kezelését is meg kell tervezni a vizeletinkontinencia kezelésének megtervezésével egy időben. (D)

Műtéti előkészítés

Sebészi intervenció előtt ajánlott az urodinamikai vizsgálat elvégzése. Különleges műtéti előkészítést az antiinkontinens beavatkozások nem igényelnek. Fertőtlenítő hüvelyöblítések, antibiotikum profilaxis és LMWH profilaxis javasolható. Múshinctor vagy egyéb implantátum beültetése előtt javasolt az érintett bőrterület fertőtlenítő szappannal történő rendszeres tisztítása a műtétet megelőzően több napon keresztül és a műtéti sterilitás kompromisszummentes, fokozott betartása, illetve célzott perioperatív antibiotikum terápia alkalmazása. [53]

Műtéti érzéstelenítés

Általában spinalis érzéstelenítés vagy altatás megfelelő a műtéthez, de a legújabb, minimálisan invazív szalagtechnikák már helyi érzéstelenítésben is elvégezhetőek.

Műtéti típusok

Submucosus injectios technikák. Perinealis, periurethralis, vagy transurethralis úton a húgycső nyálkahártyája alá juttatott duzzasztó anyag (politetrafluoroethylen, kollagén, ethylen vinyl alkohol copolymer, nem állati stabilizált hyaluronsav, karbon-golyócskák, kalcium hydroxylapatit, szilikon, autológ zsír) záró effektusa révén fejtik ki hatásukat. Indikáció: idős korban, nagykockázatú betegeknél, anatómiai eltérés nélküli stresszinkontinencia esetén. Sikerarány két év után: 10-36%. Nincs összehasonlító adat a konzervatív és minimál invazív beavatkozásokkal. A műtéttel elért tüneti javulás a placebóval összehasonlítva szignifikáns. (LE: 1) Duzzasztó anyagok (tömegnövelő szerek) periurethralis injekciójával stresszinkontinens nőknél a tünetek rövid távú (három hónapos) javulása érhető el, gyógyulás azonban nem. (LE: 2a) Gyakran ismételt injekciókra van szükség a kívánt terápiás hatás eléréséhez. (LE: 2a) A tömegnövelő szerek a kolposzuspenzionál és az autológ slingnél kevésbé hatásosak a stresszinkontinencia kezelésében. (LE: 2a) A szövődmények, mellékhatások ritkábbak, mint a nyílt műtéti eljárásoknál. (LE: 2a) Nincs bizonyíték, hogy egyik típusú injektált anyag az eredményességet tekintve jobb lenne a másiknál. (LE: 1b) A perinealis bejuttatás magasabb retenciós kockázattal járhat, mint a transurethralis bejuttatás. (LE: 2b) A beteget fel kell világosítani, hogy vizeletinkontinencia kezelésére használt submucosus injekciók alkalmazásakor a hatásosság az idővel csökken, mivel az alkalmazott duzzasztó anyagok elvándorolnak a kívánt helyről és többszöri kezelés válhat szükségessé, továbbá, hogy a beavatkozás kevésbé hatékony, mint más műtéti eljárás. (LE: 2a)

Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stresszinkontinens nőknek, akik a vizeletinkontinenciára végleges gyógmódot keresnek (LE: 2a) és elég fitt állapotban vannak ahhoz, hogy egyéb, hatékonyabb műtéti beavatkozást is elvégezhesünk náluk az inkontinencia gyógyítása érdekében. (LE: 4)

Ajánlás 117

Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stresszinkontinens nőknek, akik a vizeletinkontinenciára végleges gyógmódot keresnek. (A) [2, 3]

Ajánlás 118

Submucosus injectios kezelés nem javasolt olyan stresszinkontinens nőknek, akik elég fitt állapotban vannak ahhoz, hogy egyéb, hatékonyabb műtéti beavatkozást is elvégezhesünk náluk az inkontinencia gyógyítása érdekében. (D) [2]

Ajánlás 119

A submucosus injectios technikák rutinszerűen nem ajánlottak a női stresszinkontinencia kezelésére, azonban elvégezhető idős korban, nagykockázatú betegeknél, anatómiai eltérés nélküli stresszinkontinencia esetén. (D)

A műtét előnyei: kis megterhelés, egyszerű műtéttechnika. Hátránya: alacsony sikerarány, idővel romló eredményesség. Leírtak nagyon ritkán előforduló, súlyos, emboliás szövődeményeket is.

Melső hüvelyfal plasztika. Számos módzata ismert. Eredményessége összehasonlítható a túvel végzett hólyagnyaki suspensiók műtétekkel, de kevésbé hatékony, mint a nyílt colposuspensio. Előnyei: kis megterhelés, egyszerű műtéttechnika. Hátránya, hogy az eredményesség jelentősen csökken (egy év után 50%-os, posztoperatív inkontinencia recidíva aránya összességében 70%-os) a műtéttől eltelt idővel. (LE: 1a)

Ajánlás 120

A mellső hüvelyfali plasztika egyik módozata sem ajánlott önmagában a stresszinkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3, 6, 26, 27, 28]

Alkalmazható az inkontinenciával nem járó cystocele megoldására, de a recidíva arány itt is magasabb lehet bizonyos esetekben (tractios cystocele), ezért ilyen esetekben mérlegelni kell a hüvelyi vagy laparoscopos háló implantáció lehetőségét.

Húgycső alatti feszülésmentes szalagműtétek (mid urethral sling). A műtétek lényege, hogy 1-2 cm-es mellső hüvelyfali feltárásból, a középső húgycsőszakasznak megfelelően felpreparálunk a húgycső két oldalán és egy szintetikus szalagot fektetünk be a húgycső alá feszülésmentesen, ezzel biztosítva a kontinenciához szükséges anatómiai viszonyokat. Fontos kritérium a szalag minőségével kapcsolatban, hogy ne legyen hajlamos a felpördülésre és 75 µm-nél nagyobb pórusmérettel rendelkezzen, mert így biztosított a kielégítő szövetbenövés a pórusokba és a megfelelő makrofág funkció.

A húgycső alatti szalagműtéteket két fő csoportba oszthatjuk, attól függően, hogy a bevezetett szalag végeit retropubikusan (TVT, IVS, SPARC, Sratasis), vagy transobturatorikusan (TOT) hozzuk ki a bőrfelületre. Mindkét műtét elvégezhető a hüvelyből a bőr szintje felé történő (in-ex), illetve fordítottan végzett (ex-in) szalagbevezetéssel. A retropubikus szalagműtéteknél az ex-in technikát kevésbé hatékonynak találták, mint az in-ex módszert. (LE: 1a) Az ex-in technika mindkét formánál magasabb rizikót jelent a posztoperatív vizelet zavarok kialakulásában. (LE: 1b)

A TVT (transvaginal tape: retropubicus műtét) volt a legelső ilyen műtéttechnika. Műtét során a legfontosabb feladat a szalag feszülésmentes beállítása. Rögzítésre nincs szüksége, mert azt a szalag apró mikrosörtéi biztosítják. Egyes szalagoknál mód van az utólagos lazításra. A műtétek valós kockázata a hólyagperforáció, ezért az intraoperatív cystoscopia végzése kötelező. Öt éven túli eredményességük 90% körüli. Komplikációk: hólyagsérülés (5–10%), húgycsősérülés, bélsérülés, alsó húgyúti obstructio és posztoperatív vizeletáramlási zavar, posztoperatív OAB vagy urge tünet, húgycső erózió, idegentest-reakció (ritkább, mint a korábbi műtéteknél), sebfertőzés, haematoma, ritkán ér-, idegsérülés, vagy vesico-vaginalis fistula kialakulása.

TOT/TVTO (transobturator tape) során a húgycső két oldalán felpreparálva jutunk az obturator nyílás mögé, elkerülve a húgyhólyagot és más kismedencei szerveket, így csökkentve ezek sérülésének kockázatát. Eredményességük 90% körüli öt éven túl is. Komplikációk: húgycsősérülés, ritkán hólyagsérülés, posztoperatív vizeletáramlási zavar, "de novo" hólyag hyperaktivitás, idegentest-reakció (ritkább, mint a korábbi műtéteknél), sebfertőzés, haematoma, elvétve ér- és idegsérülés. A krónikus hüvelyi fájdalom és szexuális zavar gyakoribb TVTO esetében, viszont a vizeletürítési zavarok kialakulásának aránya és a hólyagperforáció esélye alacsonyabb. (LE: 1a) Nincs konzisztens bizonyíték arra, hogy a posztoperatív szexuális diszfunkció kockázata eltérő lenne az egyes mid-urethral sling eljárások esetében (LE: 3). Cystoscopia végzése nem kötelező a műtét során, de cystokelével társult esetekben ajánlott.

A feszülésmentes szalagműtétek előnyei: kis műtéti megterhelés, gyors felépülés, rövid kórházi tartózkodás, alacsony szövődésményráta, tartósan jó sikerarány, egyszerű műtéttechnika. Hátránya: idegentest beültetése. Figyelmeztessük azokat a nőket, akiknek retropubikus behelyezéssel

szintetikus slinget javasolunk, hogy a perioperatív szövődmények relatív kockázata nagyobb, mint a transobturator behelyezésnél. [1, 2, 8, 9, 26] Figyelmeztessük azokat a nőket, akiknek “mid-urethral sling” transobturator behelyezését javasoljuk, hogy hosszabb távon nagyobb a fájdalom és a dyspareunia kockázata. [1, 2]

Ajánlás 121

Nem komplikált stresszinkontinencia esetén, nőknél javasolt a húgycső alatti feszülésmentes szalagokat érintő műtétet előnyben részesíteni a többi műtéti beavatkozással szemben. (A) [1, 2, 26]

Ajánlás 122

Stresszinkontinens nőknél javasoljuk a nyílt vagy laparoszko-pos kolposzuspenziót, vagy autológ fascialis slinget, ha a feszülésmentes húgycső alatti szalagműtét nem jöhet szóba. (A) [2, 26]

Ajánlás 123

Javasolt cystoscopia végzése retropubicus mid-urethralis sling behelyezésekor, vagy ha nehézségek lépnek fel a transobturator sling behelyezése közben, illetve, ha jelentős cystocele észlelhető. (C) [2]

A “mini-sling”, vagy egymetszéses szalagtechnikáknál csupán pár cm hosszú szalagot helyezünk egy apró hüvelyseben keresztül a húgycső alá. A szalag magától rögzül a beállított pozícióban. Az eljárás nem igényel hosszú trokárbevezetést és bőrmetszést, ezáltal tovább csökken a vérzéses szövődmények és a posztoperatív fájdalom kialakulásának kockázata. (LE: 1b)

Előnye a rövidebb műtéti idő, kisebb műtéti kockázat és helyi érzéstelenítésben, akár egynapos sebészet keretében is elvégezhető a beavatkozás, és a beteg visszailleszkedése az aktív életbe is gyorsabb.

Mivel számos, tervezéseikben szignifikánsan eltérő eszköz van forgalomban, így általános véleményt alkotni nehéz, sőt a legtöbb bizonyítékot szolgáltató vizsgálatokban szereplő TVTS terméket azóta ki is vonták a forgalomból. Mindazonáltal kimondható, hogy bár a mini-slingek rövid távú eredményessége közel megegyezik, addig középtávú eredményessége elmarad az egyéb feszülésmentes szalagműtétek eredményességétől. (LE: 1b)

Ajánlás 124

Azokat a nőket, akiknek egy bemetszéses sling eszközt javasolunk a stresszinkontinencia kezelésére, figyelmeztetni kell, hogy a hosszú távú eredményesség továbbra is bizonytalan. (A) [2, 5, 16, 28]

Nincs bizonyíték arra, hogy más műtéti beavatkozások szövődményei nagyobb vagy kisebb valószínűséggel fordulnak elő a mini-slingeknél, mint a standard mid-urethral slingeknél. (LE: 1b)

A feszülésmentes szalagműtétek eredményessége műtét után 12 hónappal felmérve azonos, mint a colposuspensio, illetve mint az autológ slingek eredményessége. (LE: 1a-2) A műtéti idő, a hospitalizáció és a normális fizikai aktivitás visszatérteig eltelt idő rövidebb, mint colposuspensio esetében. (LE: 1-2) Colposuspensionál gyakrabban észlelték vizeletürítési zavar és de novo urge

kialakulását és a későbbiekben kialakuló genitális prolapsus műtéti kezelésének valószínűsége is nagyobb. (LE: 1a)

Ajánlás125

Feszülésmentes szalagműtétek abszolút ellenjavallatát képezi az urethrovaginalis fistula, urethra diverticulum, intraoperatív húgycsősrülés és kezeletlen húgyúti malignóma. (C) [2, 9]

A szövődményarányt növeli a megelőző radioterápia, húgyúti infekció, szteroid használat, COPD, anticoaguláns terápia, vaginalis atrofia, és kongenitális malformációk. A "mini-sling" műtétekkel kapcsolatosan kevés bizonyíték áll rendelkezésre, ezért részletes ajánlások még nem lehetségesek.

Állítható szalagok. Ezen szalagműtétek során egy olyan speciális szalag kerül beültetésre a középső húgycsőszakasz alá, melynek feszessége a műtét után korrigálható, elméletileg csökkentve a posztoperatív vizelési diszfunkciók kialakulásának kockázatát. Egyelőre nem állnak rendelkezésre bizonyítékok arra vonatkozólag, hogy az állítható szalagok bármilyen szempontból jobb eredményességgel vagy kevesebb szövődményrátaival lehetnének alkalmazhatók, mint az egyéb szalagok. (LE: 4) Az állítható szintetikus mid-urethral sling eszközök hatékonyak lehetnek a stresszinkontinencia gyógyításában vagy javításában nőknél. (LE: 3)

Autolog fascia sling műtétek. Az autológ fascia slingek eredményessége megegyezik a nyílt colposuspensio vagy egyéb szalagműtétek eredményességével. (LE: 1b) Az autológ szalag műtétek szövődményaránya nagyobb, mint a nem autológ sling műtéteké. (LE: 3) A nyílt kolposuszpenzióhoz képest az autológ fascialis slingnél nagyobb a műtéti komplikációk, különösen a vizeletürítési zavarok és a műtét utáni UTI kialakulásának kockázata. (LE: 1b) [48] Azoknál a nőknél, akik korábban SUI miatt kettőnél több sebészeti beavatkozáson estek át, a nyílt colposuspensio eredményei rosszabbak az autológ fascia slingekkel elért eredményeknél. (LE: 2)

Ajánlás 126

A hagyományos suburethralis szalag műtét (autológ sling) hatásos, hosszú távú eredményességet biztosító kezelés stresszinkontinenciában, de csak akkor ajánlott, ha feszülésmentes szalag beültetése nem elérhető. (A) [2]

Ajánlás 127

Figyelmeztessük azokat a nőket, akik autológ fascialis sling műtét előtt állnak, hogy a vizeletürítési nehézség nagyobb kockázata áll fenn; illetve, ha műtét után önkátérezésre van szükség, győződjünk meg arról, hogy a betegek hajlandók-e és képesek-e ezt elvégezni. (A) [2, 6, 24, 27]

Nyílt Burch colposuspensio. A műtét eredményessége összehasonlítható a középszakaszú húgycső alatti retropubikus, hólyagnyaki (LE: 1) és a transobturatorikus szalag műtétekkel. (LE: 2) TVT-hez viszonyítva azonos a "de novo" detrusor túlműködés gyakorisága, de magasabb a posztoperatív urogenitális prolapsus kialakulásának esélye. (LE: 1) Vizeletürítési zavarok kialakulása ugyancsak gyakoribb TVT-kez képest, de ritkább a hagyományos slingekhez képest. (LE: 1) A nyílt colposuspensio hatékony, hosszú távú eredményességet biztosító kezelés. (A) Előnyei: magas sikerráta, tartós eredményesség. Hátrányai: jelentősebb műtéti megterhelés, hosszabb hospitalizáció és lábadozás. A

nyílt kolposzuspenzió és az autológ fascialis sling egyformán hatásos az SUI gyógyításában nőknél. (LE: 1b)

Ajánlás 128

Tájékoztassuk a nőket, hogy minden hüvelyműtét befolyásolhatja a szexuális funkciót. (C) [2]

A SUI kezelését célzó műtéten átesett nőknél valószínűleg javul a coitalis inkontinencia. (LE: 3)

Ajánlás 129

A recidív stresszinkontinencia műtéti kezelésének kiválasztása az egyes betegek gondos értékelésén alapuljon, beleértve esetleg a video-urodinamikai vizsgálatot is. (C) [2, 16]

A stresszinkontinencia műtéti kezelésének sikertelenségi aránya magasabb azoknál a nőknél, akik korábban az inkontinencia kezelését célzó műtéten estek át, vagy akiknek prolapsusa is volt. (LE: 1) Az eljárások többsége kevésbé hatásos, amikor azokat második vonalbeli beavatkozásként végzik, szemben azzal, amikor elsődleges eljárásként alkalmazzák. (LE: 2) Nincs bizonyíték arra, hogy korábbi inkontinenciagátló műtéten átesett nőknél bármelyik műtét hatásosabb lenne a másikonál vizeletinkontinencia gyógyulása vagy javulása tekintetében. (LE: 3)

Ajánlás 130

Olyan új eszközök használata, amelyek nem 1-es szintű bizonyítékon alapulnak, kizárólag strukturált kutatási program keretében javasolt. (A) [2, 5]

Ajánlás 131

Állítható mid-urethral slinget kizárólag strukturált kutatási program keretében javasolt végezni a stressz-vizeletinkontinencia elsődleges műtéti kezelésére. (C) [2, 16]

Ajánlás 132

A recidív stressz-vizeletinkontinenciával küzdő nőket figyelmeztetni kell arra, hogy a második vonalbeli kezelésként alkalmazott sebészeti eljárások kimenetele általában rosszabb, mint elsővonalbeli alkalmazásuké, így csökken a hatásosság és fokozódik a szövődmények kockázata is. (C) [2]

Ajánlás 133

Mérlegelni kell másodlagos szintetikus sling, kolposzuspenzió vagy autológ sling első opcióként történő alkalmazását recidív stressz-vizeletinkontinenciával küzdő nőknél. (C) [2]

Ajánlás 134

Nem javasolt nyílt kolposzuspenzió végzése olyan nőknél, akik korábban kettőnél több műtéten estek át inkontinencia miatt. (C) [2]

Ajánlás 135

Recidív stressz-vizeletinkontinenciával küzdő nőknél AUS vagy ACT eszköz beültetését csak nagy gyakorlattal rendelkező centrumokban célszerű javasolni. (C) Az AUS vagy ACT eszközt kapó nőket figyelmeztessük arra, hogy még a nagy forgalmú centrumokban is magas a szövődmények, a mechanikai meghibásodások és az explantáció szükségességének aránya. (C) [2]

Ajánlás 136

Nyílt Burch colposuspensio csak azon betegek esetében ajánlott, akiknél hasi műtéti beavatkozás tervezett az inkontinencia kezelése mellett, vagy feszülésmentes szalag beültetése nem lehetséges. (D) [2, 16, 24]

Marschall-Marchetti-Krantz műtét (MMK). Az utóbbi években Magyarországon már nem végeztek ilyen műtétet. Bár rövid távú eredményessége összehasonlítható a Burch műtéttel, de a hosszú távon gyengébb és a műtéttől eltelt idővel folyamatosan csökken a kontinencia. (LE: 3)

Ajánlás 137

Marschall-Marchetti-Krantz műtét (MMK) ma már nem javasolt a stresszinkontinencia kezelésében. (A) [1, 2, 3, 16]

Túvel végzett hólyagnyaki suspensiók. (Stamey-Pereyra, Raz, Gittes) Az utóbbi években Magyarországon nem végzett műtéti típusok. Magas szintű bizonyítékok alapján eredményességük rövid távon rosszabb, mint a nyílt colposuspensioé, vagy a feszülésmentes szalagműtéteké (LE: 1) és hosszú távú eredményességük is gyengébb. (LE: 3)

Ajánlás 138

Túvel végzett hólyagnyaki suspensio műtétek ma már nem ajánlottak a női stresszinkontinencia kezelésére. (A) [1, 2, 3]

Laparoscopos colposuspensio. Tapasztalt sebész által végzett műtét eredményessége a nyílt műtéttel egyező és azonos a vizelési nehezítettség és a de novo urge tünetek kialakulásának a rizikója is. Ugyanakkor rövidebb a kórházi tartózkodás ideje és kisebb az egyéb szövődmények kialakulásának a kockázata, mint nyílt műtét esetén. (LE: 1a) Laparoscopos colposuspensio esetén azonos a szubjektív gyógyulási arány és a szövődményráta, mint feszülésmentes szalagok behelyezésekor, bár 18 hónapos utánkövetésnél az objektív gyógyulási arány a szalagműtéteknél kedvezőbbnek mutatkozott. (LE:1-2) Előnyei: magas sikerráta, tartós eredményesség, nyílt colposuspensiohoz képest kisebb műtéti megterhelés. Hátránya: nyílt műtétnél hosszabb tanulási periódus. Hosszabb műtéti idő, mint a feszülésmentes szalagműtéteknél.

Ajánlás 139

A laparoscopos Burch colposuspensio választható beavatkozás a stresszinkontinencia kezelésében. (B) [2, 24]

Ajánlás 140

A laparoscopos Burch colposuspensio nem elsődleges sebészi módszerként javasolt. (A) [2, 24]

Húgycsővön kívüli állítható kompressziós eszközök. Ezen eszközök használatának indikációja a visszatérő stresszinkontinencia, megelőző antiinkontinens sebészi beavatkozást követően, illetve neurológiai eredetű inkontinencia esetén, amikor a belső sphincter funkciója elégtelen, nagyon alacsony leak point pressure vagy alacsony urethrális zárónyomás mellett. Ezen esetekben mindenképpen urodinamikai vizsgálatnak meg kell előznie az újabb műtéti beavatkozásokat.

Két ilyen eszköz van forgalomban, az állítható kompressziós terápiás eszköz (ACT) és a műsphincter, illetve legújabban az állítható műsphinctert is bemutatták, mely utóbbi nyomása alkalmazkodni képes a hirtelen változó intra-abdominalis nyomásváltozásokhoz.

Az állítható kompressziós terápiás eszköz (ACT) használatakor két miniballont ültetnek be UH- vagy röntgenvezérléssel a hólyagnyak két oldalára. A nagyajkakba helyezett subcutan szelepen keresztül utólagosan állítható a ballonok nyomása, a szükségletnek megfelelően. Az eddigi vizsgálatok a női stresszinkontinencia 47%-os objektív javulását és akár 100%-os szubjektív javulását írták le az ACT beültetésével kapcsolatban. (LE: 3) A legtöbb betegnél utánállítás volt szükséges és az eszközök 21%-át el kellett távolítani valamilyen szövődmény miatt. Az állítható kompressziós terápiás eszköz (ACT) női stresszinkontinenciában történő alkalmazásáról még relatív kevés adat áll rendelkezésre.

Ajánlás 141

ACT eszköz beültetése a női stresszinkontinencia kezelésében jelenleg csak recidív, egyéb kezelésre nem reagáló esetekben javasolt. (C) [2, 24, 40]

Hazánkban ilyen műtéti beavatkozás még nem történt.

Műsphincter (AUS) beültetés. Mesterséges záróizom beültetésével javítható vagy gyógyítható az inkontinencia nőknél, a záróizom működési elégtelensége által okozott stressz esetén. (LE: 3) A háromkomponensű eszköz beültetése során a felfújható mandzetta a hólyagnyaki húgycsőszakaszra kerül, a kiegyenlítő ballon a symphysis mögé, perivesicalisan képzett üregbe, míg a pumpa a nagyajak bőre alá. Kevés irodalmi adat áll rendelkezésre AUS beültetésről női inkontinencia esetén, és ezen vizsgálatok sem egységes szempontok szerint készültek. Indikációról sincs egységes vélemény: csak többszöri, sikertelen műtét után, recidív hypo vagy atonusos urethra (pl. sikertelen szalagplasztika után a szkeletizálás miatt funkcióját veszített urethra) esetében, vagy súlyos neurológiai hólyagdiszfunkció esetén. Magyarországon eddig egyetlen AUS beültetés történt női inkontinencia miatt. Szubjektív javulási arány: 59–88%. (LE: 3) Gyakoriak a szövődmények, melyek 10 éves távlatban a 42%-ot is elérhetik és az AUS eltávolítása 5,9–15%-ban szükséges. (LE: 3) Az idősebb életkor, a megelőző Burch műtét és a besugárzás növelik a szövődmények előfordulásának kockázatát. (LE: 3)

Ajánlás 142

A műsphincter női stresszinkontinenciában történő alkalmazásáról még relatív kevés adat áll rendelkezésre, jelenleg csak recidív, egyéb kezelésre nem reagáló esetekben javasolt műtéti típus. (C) [2, 16, 40]

Vizeletinkontinencia és urogenitalis prolapsus egyidejűleg. Gyakori észlelés női betegeknél, hogy urogenitalis prolapsus és stresszinkontinencia együttesen jelentkezik. Régóta vita tárgya, hogy ezen betegeket hogyan kezeljük. Együlésben vagy szeparáltan történjék a prolapsus és az inkontinencia

műtéti megoldása. Az alábbiakban a jelenleg legaktuálisabb bizonyítékokat és ajánlásokat részletezzük. Urogenitalis prolapsus és stresszinkontinencia együttes fennállása esetén a kombinált műtéttel (SUI+POP) nagyobb a rövid távú gyógyulási arány, mint csak POP műtéttel, ugyanakkor ellentmondó adatok vannak a kombinált műtét hosszú távú relatív előnyéről, és tudnunk kell, hogy a POP+SUI kombinált műtétje a szövődmények gyakoribb előfordulásával jár. (LE: 1b)

Ajánlás 143

Egyidejű stresszinkontinencia és műtéti beavatkozást igénylő urogenitalis prolapsus esetén javasolt az egyidejű műtét mindkét panaszcsoporthoz kezelésére, ugyanakkor figyelmeztetni kell a nőket arra, hogy a kombinált műtétnél a nemkívánatos események kockázata magasabb, mint a csak prolapsus vagy inkontinencia megoldására hivatott műtétnél. (A) [2, 4, 5, 16, 40]

Ezzel szemben kontinens nők POP-a esetén, a prolapsus műtéti megoldása után fennáll a vizeletinkontinencia kialakulásának kockázata. (LE: 1a) A kiegészítő kezelésként végzett inkontinenciagátló műtét ebben az esetben csökkenti a posztoperatív vizeletinkontinencia kialakulásának kockázatát, azonban ugyanolyan mértékben növeli a nemkívánatos események előfordulását. (LE: 1b)

Ajánlás 144

Figyelmeztetni kell azokat a kontinens nőket, akiknél prolapsus műtét történik, hogy műtét után de novo stressz-vizeletinkontinencia alakulhat ki. (A) [1, 2, 29]

Ajánlás 145

Az urogenitalis prolapsus műtéti megoldásával egyidejűleg végzett, a stresszinkontinencia megelőzésére szolgáló műtét kedvező hatását felülmúlhatják a műtétből eredő szövődmények. (A) [2] Preventív jótékony hatása még nem bizonyított. (C) [1, 2]

A női késztetéses inkontinencia műtéti kezelése

Ajánlás 146

A női késztetéses inkontinencia műtéti kezelése csak más konzervatív módszer eredménytelensége esetén, kifejezett panaszok miatt javasolt. (D) [29]

Ilyen betegekben többnyire neurogén háttér vagy organikusan csökkent hólyagkapacitás állhat a panaszok mögött. Ezen műtétek előtt mindig mérlegelni kell, hogy a preoperatív panaszok elég jelentősek-e, jelentenek-e olyan életminőségbeli romlást, hogy megszűnésük az esetleges posztoperatív műtéti szövődmények, stoma problémák, katéterezési kellemetlenségek, metabolikus anyagcsere zavarok előfordulását is kompenzálni tudja-e.

Műtéti indikáció

Konzervatív kezelésre nem reagáló késztetéses inkontinencia/hyperaktív (túlműködő) hólyagszindróma.

Műtéti előkészítés

Általános műtéti előkészítés. Bélműtétek esetén béltisztítás, antibiotikum profilaxis. Lásd részletesebben "A neurogén hólyagműködési zavarok" c. irányelvet.

Műtéti érzéstelenítés

Spinalis anaesthesia, bélműtétek esetén narcosis.

Műtéti típusok

Botulinum toxin. Gátolja az acetylcholin felszabadulását a preszinaptikus idegvégződésekben. Hét altípusa ismeretes, közülük az urológiai gyakorlatban az "A" (Botox, Dysport) és a "B" (Myobloc) szerotípust alkalmazzák. Számos közlemény igazolta a detrusor izomzatba fecskendezett toxin hatékonyságát a neurogén és a nem neurogén detrusor túlműködés kezelésében.

Ajánlás 147

A botulinum toxin intradetrusor injectio iniciális konzervatív terápia sikertelensége esetén urge inkontinenciában/OAB szindrómában javasolt kezelés, azonban nem elsővonalbeli terápiás módszerként ajánlott. (B) [2]

Ajánlás 148

Mindenképpen indokolt megkísérelni a botulinum toxin kezelést invazív idegsebészeti vagy bélésebészeti beavatkozás előtt, amennyiben a hólyagkapacitás organikusan nem beszűkült. (A) [2]

A botulinum toxin kezelés hazánkban és a világ számos országában törzskönyvezett mind a neurogén, mind az idiopatiás detrusor túlműködés kezelésére. Idiopathias detrusor hyperaktivitás/OAB szindróma során magasabb a vizeletretenció veszélye.

Ajánlás 149

Botulinum toxin injektálása transurethralisan úton a detrusor izomzatba történik, a trigonum megkímélése javasolt. (B) [2, 4]

Nincs bizonyíték arra, hogy a botulinumtoxin "A" injekciók beadási módszerei között különbségek lennének a hatásosság és a szövődmények tekintetében. (LE: 1a) A különböző Botulinum toxint tartalmazó gyári készítmények között nincs dózis ekvivalencia, a pontos dózisbeállításhoz további prospektív randomizált tanulmányok szükségesek. Nincs bizonyíték arra, hogy a botulinumtoxin "A" ismételt injekciói csökkentették volna a hatásosságot. (LE: 3) Az onabotulinumtoxin "A" ismételt injekciói a kezelésmegszakítás magas arányaival járhatnak. (LE: 2) A 100 NE onabotulinumtoxin "A" jobb a szolifenacinnál az urge inkontinencia súlyos formáinak gyógyítását illetően. (LE: 1a)

Ajánlás 150

Jelenleg alkalmazott dózissal (100–300 IU Botox®, 500–750 IU Dysport®) és technikával a botulinum neurotoxin "A" injektálása biztonságos és hatékony kezelése az urge inkontinenciának/OAB szindrómának. (A) [1, 2, 3]

Ajánlás 151

Minden esetben ellenőrizzük a botulinum toxin márkanevét az injekció előtt, mivel a kereskedelmi forgalomban lévő márkák dózisait nem lehet egymás között felcserélni. (D)

A 100 NE feletti onabotulinumtoxin "A" dózisok alkalmazása a de novo vizeletretenció és az emiatt szükségessé váló CIC fokozott kockázatával járnak. (LE: 1a) A nem neurogén eredetű urge inkontinencia/OAB szindróma alkalmazásakor a 100 NE feletti onabotulinumtoxin "A" dózisok alkalmazásakor nem javul tovább az életminőség. (LE: 1b) [18]

Ajánlás 152

Urge inkontinencia/OAB szindróma esetében javasoljuk 100 NE onabotulinumtoxin "A" alkalmazását kezdeti dózisként a vizeletretenció és a húgyúti fertőzés kockázatának csökkentése érdekében. (B) [2]

Leggyakoribb mellékhatás a részleges, ritkábban teljes vizeletretenció. Gyenge egészségi állapotú idős betegeknél nagy a posztoperatív vizeletretenció kialakulásának esélye. (LE: 3) A húgyúti fertőzés kialakulásának kockázata magasabb azoknál, akiknél CIC-re van szükség. (LE: 1b) Súlyos mellékhatások előfordulása ritka.

Ajánlás 153

Jelenleg a botulinum toxin intradetrusor injectio tekinthető az urge inkontinencia/OAB szindróma leghatékonyabb minimálisan invazív kezelésének. (A) [2, 3]

Ajánlás 154

Figyelmeztessük a betegeket a botulinum toxin kezelés hatásának korlátozott időtartamára, az önkatéterezés lehetséges hosszú távú szükségességére (győződjünk meg arról, hogy a betegek hajlandók és képesek erre), valamint a húgyúti fertőzés ezzel járó kockázatára. (C) [2]

Sacralis neuromoduláció. A pontos hatásmechanizmusa az eljárásnak nem tisztázott. S2-S3 gyöki ingerlés történik. Az afferens rostok ingerlése kétféle úton gátolhatja a hólyag túlműködését: *a)* gátolja a sacralis interneuronális kapcsolatokat, *b)* direkt gátolja a vizelési reflex preganglionaris neuronjait. Valószínűleg az első mechanizmus játszik inkább szerepet, mely ezáltal gátolja a hólyag és a hídban lévő vizelési központ közötti kapcsolatot, így az akaratlan húgyhólyag-kontrakciókat. Ugyanakkor detrusor kontraktilitás csökkenése, vizeletretenció esetén is alkalmazható az eljárás. A postnatalisan gátlás alá kerülő veleszületett reflexek reaktiválódása segítheti a hólyag ürülését. A neuromoduláció az ún. spinalis guarding reflexek kikapcsolása révén csökkenti a húgycsőellenállást, illetve a csökkent húgycsőaktivitás elősegíti a hólyag működését, és javítja a vizeletürítést, csökkenti a retenció mértékét.

Ajánlás 155

A sacralis neuromoduláció szelektált beteganyagban hatékony kezelési eljárásnak tekinthető, ezért, ha van rá lehetőségünk, javasoljuk a konzervatív terápiával szemben refrakter, késztetéses vizeletinkontinenciás/OAB szindrómás betegeknél a sacralis neuromodulációt, mielőtt mérlegeljük a hólyagnagyobbítást vagy a vizeletelaterelést. (B) [2]

Az implantációs eljárásan átesett betegek legalább 50%-ánál több mint 50%-os javulást figyeltek meg az ötéves utánkövetés után, és 15%-uk gyógyult maradt. (LE: 3) Az egyszakaszos implantáció után több beteg kap végleges implantátumot, mint előzetes átmeneti teststimuláció után. (LE: 4)

Augmentatio kirekesztett bélszakasszal. A műtéti előkészítés, speciális ápolási teendők részletei megegyeznek az izominvazív hólyagtumorok kezelése kapcsán leírtakkal. A műtét során a hólyag ürterét egy kirekesztett és detubularizált vékonybél (többnyire ileum) szegmentummal nagyobbítjuk meg. Eredményességi arány: 52–80%. A betegek 20%-a nagy residuális vizeletmennyiségek miatt posztoperatív önkatéterezésre szorul. Prospektív randomizált tanulmányok hiányoznak. Kevés bizonyíték van a hólyagnagyobbító cisztoplastika és a vizeleteltérítés hatásosságáról az idiopáthiás detrusor hyperaktivitás kezelésében. (LE: 3) A hólyagnagyobbító cisztoplastika és a vizeleteltérítés a rövid és hosszú távú súlyos szövődmények gyakoribb előfordulásával jár. (LE: 3) Augmentáció után nagyon gyakran tiszta intermittáló önkatéterezésre van szükség. (LE: 3) Nincsenek adatok az augmentáció és az egyéb típusú vizeletelterelés hatékonyságának és szövődményeinek összehasonlításáról. (LE: 3) Nincsenek adatok a detrusor izom miektómiájának hosszú távú eredményességéről idiopáthiás detrusor hyperaktivitással küzdő felnőtteknél. (LE: 3)

Ajánlás 156

Hólyagaugmentációt csak abban az esetben javasolt elvégezni, ha minden más kezelési forma sikertelen volt, a beteg tisztában van és elfogadja a beavatkozás peri- és posztoperatív morbiditását, valamint tudatában van annak, hogy az augmentáción átesett betegeknek csak 50%-a elégedett a műtét eredményével. (C) [2]

Ajánlás 157

Augmentáció kizárólag olyan OAB szindrómás/urge inkontinens betegeknek javasolt, akiknél a konzervatív terápia sikertelen volt, és akikkel megbeszéltük a botulinum toxin és a sacralis neuromoduláció lehetőségét. (C) [2]

Ajánlás 158

Figyelmeztessük a hólyagnagyobbító cisztoplastikát vállaló betegeket a tiszta átmeneti önkatéterezés szükségességének magas kockázatáról; győződjünk meg arról, hogy a betegek hajlandóak és képesek erre. (C) [2]

Ajánlás 159

A detrusor izom miektómiája nem javasolt a vizeletinkontinencia kezelésére. B) [2]

Ajánlás 160

Figyelmeztetni kell a hólyagnagyobbító cisztoplastikát vagy egyéb belfelhasználással készített vizeletelterelési eljárást vállaló betegeket a rövid és hosszú távú szövődmények magas kockázatára, valamint a vizeletelvezetésre felhasznált bélben kialakuló malignus tumorok esetleges megjelenésére. (C) [2]

Ajánlás 161

Élethosszig tartó utánkövetés javasolt azoknál a betegeknél, akik hólyagnagyobbító cisztoplastikán vagy egyéb bélszakasz felhasználásával készült vizeletelaterelési eljáráson estek át. (C) [2, 18]

Orthotopicus hólyagpótlás. A műtéti előkészítés, speciális ápolási teendők részletei megegyeznek az izominvazív hólyagtumorok kezelése kapcsán leírtakkal. A beteg számára jó életminőséget biztosít, előnye az augmentációval szemben, hogy a residuális detrusor izomzat is eltávolításra kerül. Hátránya a béleredetű, súlyos komplikációk rizikója, a nagy műtéti megterhelés, a hosszú hospitalizáció és lábadozás, a bonyolult műtétechnika, a stresszinkontinencia vagy a vizeletretentio lehetősége, impotencia bekövetkezése. A nagy műtéti megterhelés miatt csak 70 éves kor alatt javasolt végezni.

Supravesicalis vizeletelaterelés. Indikáció: sikertelen augmentáció vagy egyéb ok miatt a hólyag, illetve az alsó húgyutak nem használhatók. Formái: inkontinens (ileum-, colon-conduit), kontinens (Mitrofanoff elvvel végzett hasfali stoma kialakítás+augmentáció, Kock-pouch, Mainz II.-pouch). Hátrányaik a béleredetű, súlyos komplikációk rizikója, nagy műtéti megterhelés, hosszú hospitalizáció és lábadozás, valamint a bonyolult műtétechnika, illetve a hasfali stoma szükségessége egyes módozatoknál.

Egyéb beavatkozások. Ezen módszerek eredményességét illetően nincsenek egyértelmű bizonyítékok. Amennyiben a cystocele oki szerepe a hyperaktív hólyagműködés hátterében bizonyított és a konzervatív kezelés eredménytelen, a cystocele műtéti korrekciója is szóba jöhet (mellső hüvelyfali plasztika, mellsőfali háló implantáció vagy colposuspensio, laparoscopos sacrocolpopexia mellsőfali hálóval), bár tudjuk, hogy ezen műtéteknek önmagában is van hólyag-hyperaktivitást okozó hatása.

Organikusan csökkent hólyagkapacitás esetén a hólyagtágítás effektivitása alacsony (20% alatti), ezért alkalmazása csak más módszer kivitelezhetetlensége esetén jön szóba. A hólyagtranssectio a detrusor izomzat circularis haránt átvágását jelenti a trigonum felett. Ma már nem alkalmazzuk.

4. számú táblázat. A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1, 2]

Stresszinkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia	Viselkedésterápia		
Biofeedback	Anticholinergicumok		
Duloxetin	Béta receptor agonisták	Stressz- és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
Életmód-változtatás	Életmód-változtatás		
Nedvszívó eszközök	Nedvszívó eszközök		
<i>Primer:</i>	Botulinum toxin	Stressz- és urge inkontinencia 2.	2. vonal
	Sacralis		

TVT, TVTO	neuromoduláció	vonal terápia	
<i>Recidiva:</i>			
második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio			
	Augmentáció		
Músfhincter	Hólyagpótlás	Stressz- és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal
	Kontinens, inkontinens stóma		

A férfi stresszinkontinencia sebészi kezelése [37]

Konzervatív kezelésre nem reagáló férfi stresszinkontinencia.

Műtéti előkészítés

Általános műtéti előkészítés. Implantátum (szalag, ballon, músfhincter) beültetése esetén preoperatív antibiotikum profilaxis, műtét előtt pár nappal el kell kezdeni a műtéti terület dezinficiáló szappannal történő rendszeres lemosását.

Műtéti érzéstelenítés

Spinalis anaesthesia, músfhincter beültetése esetén esetleg narcosis.

Műtéti típusok

Számos műtéti eljárás látott napvilágot az irodalomban a probléma orvoslására. A korábban alkalmazott Kaufmann műtét és különböző "régi típusú" suspensios szalagműtétek napjainkban lekerültek a műtéti palettáról. A legjobb rövid és hosszú távú kontinenciaeredményekkel az American Medical Systems (AMS) által kifejlesztett és több módosításon átesett músfhincter (AMS 800) büszkélkedhet. Jelenleg is ez tekinthető a súlyos stádiumú férfi stresszinkontinencia "gold standard" terápiájának. Ugyanakkor a jelentős szövődményarány, az 5-10 évente szükséges implantátumcsere és az eszköz magas ára további műtéti beavatkozások kifejlesztésére kényszerítette az urológusokat.

Ajánlás 162

Enyhe-középsúlyos inkontinenciában a músfhincter reális alternatívái lehetnek az újonnan kifejlesztett fix vagy szabályozható feszességű vagy nyomású szalagok, ballonok. (C) [2]

Ajánlás 163

Magyarországon a músfhincter és a férfi inkontinenciaszalag beültetését is finanszírozza a társadalombiztosítás, centrumok számára, egyedi finanszírozási kérelem alapján. Beültetésük csak centrumokban lehetséges. (D)

Ajánlás 164

A műsphinctert vagy szabályozható kontinencia terápiais eszközt (ACT) kapó férfiakat figyelmeztessük arra, hogy még a nagy kapacitású centrumokban is magas a szövődmények, a mechanikai meghibásodások és az explantáció szükségességének aránya. (C) [2, 18, 32]

Submucosusan adott "párnaképző" injekciós technikák. Lényege: endoscoposan a húgycső nyálkahártyája alá duzzasztó anyag fecskendezése. Számos anyag bejuttatásával próbálkoztak, de egyik sem bizonyult lényegesen jobbnak a másikkal. (LE: 3) Csak kevés, kis esetszámú vizsgálat áll rendelkezésre a módszer hatékonyságának vizsgálatára. Radikális prosztatektómiát követő inkontinenciában nem találták hatásosnak az inkontinencia gyógyításában (LE: 2a), csupán enyhe és rövid távú javulás volt észlelhető a betegek életminőségében. (LE: 3) A submucosusan beadott párnaképző anyagok rövid távú eredményessége a férfi stresszinkontinencia kezelésében 46% körüli, ezért ne javasoljuk tömegnövelő szerek alkalmazását prostatectomia utáni súlyos inkontinenciával küzdő férfiaknak, illetve csak olyan férfiaknál javasoljuk ezt a beavatkozást, akik prostatectomia utáni enyhe inkontinenciával küzdenek, és az inkontinencia tüneteinek átmeneti enyhülését szeretnék elérni csupán. (LE: 3) A műtét előnye az alacsony műtéti megterhelés, az egyszerű technika és az ismételhetség. Hátránya az alacsony sikerráta, a gyakori recidíva és az idővel romló eredményesség.

Ajánlás 165

A submucosusan beadott párnaképző anyagok alkalmazását csak olyan férfiaknál javasoljuk, akik prostatectomia utáni enyhe inkontinenciával küzdenek, és az inkontinencia tüneteinek átmeneti enyhülését szeretnék elérni csupán. (C) [2]

Periurethralis ballonok (ProACT®). A módszer lényege, hogy a húgycső mellé felfújható mikroballon kerül beültetésre, melynek szelepét a scrotum bőre alá helyezik, így annak bőrön keresztüli punctiójával, a postoperatív időszakban bármikor állítható a ballon nyomása és ezen keresztül a zárási erősség. A műtét hátránya a magas ár, továbbá a sikertelenség és a szövődmények gyakoribb előfordulása, ami az eszköz gyakoribb explantációjához vezet. (LE: 3)

Ajánlás 166

A periurethralis ballonok (ProACT) férfi inkontinenciakezelésben mutatott előnye a kis műtéti megterhelés, az egyszerű technika és a későbbi szabályozhatóság. Eredményessége 70% körüli. (C) [2]

Ajánlás 167

Periurethralis ballon beültetése kismedencei besugárzást követően nem ajánlott. (C) [2, 32]

Szalagműtétek. Számos, a férfi húgycső különböző szakaszainak alátámasztására, megtöretésére szolgáló szalagműtétet dolgoztak ki. A régebbi szalagok permanens obstructiot okoztak, az újabbak, továbbfejlesztett kialakításukkal, struktúrájukkal, vagy szabályozhatóságukkal, jobb eredményesség mellett kevésbé vezetnek "de novo urge" tünetekhez, vizeletretencióhoz. Többféle műtéti feltárást ismeretes: perinealis, perinealis+retropubicus, perinealis+transobturator. Kontinencia szempontjából a szalag anyaga is döntő jelentőségű (eredményesség: biológiai 56% vs. szintetikus 87%).

A nem szabályozható retropubicus és transobturator férfi szalagok két módon fejtik ki hatásukat: egyrészt a húgycsőre kifejtett komprimáló hatásuk révén (In Vance®, Istop) vagy a bulbáris urethra

repozícionálásával (AdVance™). Az AdVance rendszerrel a poszt-prostatéktómiás inkontinencia gyógyulási aránya 8,6–73,6% között mozgott, átlagban 49,5%. (LE: 3) Az InVance eszközt jelenleg kivonták a piacról. Egyik eszköz sem jobb bizonyítottan a másiknál. (LE: 3) A fentebb említett két rögzítési útvonal (retropubikus és transobturator) kombinációjával fejt ki előnyös tulajdonságait az M-sling rendszer, melynél a bulbáris urethra alátámasztása szélesebb területen valósul meg, illetve a négy rögzítő szalagnak köszönhetően az elmozdulás, megcsavarodás valószínűsége alacsonyabb. Jelenleg ez az eszköz sem érhető el. A súlyos vizeletinkontinencia, megelőző radioterápia vagy húgycsőszűkület rontja a rögzített (nem szabályozható típusú) szalagműtét sikerességét, rosszak az eredmények. (LE: 3) A beültetést követően a vizeleti diszfunkció kialakulásának a kockázata 1,3–5,7%, míg erózió és krónikus fájdalom csak maximum 0,4%-ban fordult elő. Az összegzett komplikációs ráta 20% körüli. Kevés rövid távú bizonyíték van arra, hogy a rögzített férfi slinggel gyógyítható vagy javítható a prostatectomia utáni inkontinencia enyhe, vagy közepesen súlyos inkontinens betegeknél. (LE: 3)

Ajánlás 168

A rögzített szalagokkal végzett inkontinenciagátló műtét csak enyhe vagy közepsúlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén javasolható. (B) [2]

A szabályozható férfi szalagok beültetésénél mód van a szalag feszességének műtét utáni módosítására. Három rendszer használatos: Remeex, Argus, ATOMS. Eredményességeik megállapításához csak nagyon kevés kis esetszámú vizsgálat áll rendelkezésre. (LE: 3) Nincs bizonyíték arra, hogy a szabályozható szalagok jobb eredményességet szolgáltatnának, mint az egyéb szalagok. (LE: 3) Siker arányuk 17–91% között változik, szubjektív javulást átlagban 57%-ban érnek el. (LE: 3) 22–41%-ban igényelnek (többnyire többszöri) utánállítást. A leggyakoribb szövődményeik a mechanikai hiba, az infekció, az erózió, a perforáció és a krónikus fájdalom, melyek miatt 10–15%-ban kell eltávolítani az eszközt. (LE: 3)

Ajánlás 169

Szabályozható férfiszalagok azokban az esetekben ajánlottak elsősorban, ahol az inkontinencia enyhe-közepes fokú és sugárkezelés nem történt. (C) [2]

Ajánlás 170

Amennyiben enyhe-közepsúlyos inkontinencia miatt szalagműtétet tervezünk, lehetőség szerint válasszunk szabályozható feszességű szalagot, annak ellenére, hogy nincs egyértelmű bizonyíték arra vonatkozóan, hogy ezzel a kezelés eredményesebb lenne. (D)

Műsphincter. Perinealis vagy penoscrotalis behatolásból a húgycső köré helyezett, egy vagy kettő mandzsettából, a symphysis mögé helyezett reservoár ballonnól és scrotumba ültetett pumpából áll. Az egyes részek színkódolt összekötő csövecskékkel csatlakoznak egymáshoz. A rendszer folyadékkal telt. A pumpa megnyomására a mandzsettából átáramlik a folyadék a reservoárba és a húgycső megnyílik. A beteg obstructio-mentesen vizek. Pár perc múlva a mandzsetta automatikusan ismét feltöltődik, és a húgycső záródik. A beültetés végén az eszközt deaktiváltan kell hagyni, így a mandzsetta leeresztett állapotba kerül és a sebgyógyulás hat hetében alacsony nyomás tartható fenn a mandzsettában. A műsphincter aktivációját kontrollvizsgálat során az orvos végzi el. Súlyos post-prostatectomiás inkontinenciában nincs más terápiás alternatíva, ami hasonlóan jó eredményekkel

(kontinencia: 77–97%, elégedettség: 87-97%) kecségtetne és teljesen szabad, obstructio nélküli vizeletürítést biztosítana. (LE: 2b)

Ajánlás 171

A músphincter implantáció ajánlott közepsúlyos és súlyos post-prostatectomiás inkontinencia esetén. (B) [1, 2, 3]

A kétmandzsettás beültetés nem hatékonyabb, mint az egymandzsettás. (LE:3) A korábbi medence-sugárkezelés a jelek szerint nem befolyásolja az AUS beültetés kimenetelét. (LE: 3) Hátránya a magas beszerzési költség, és a komplikációk és az eltávolítás szükségességének relatív gyakorisága (6-30%). (LE: 3) Az eltávolított eszköz helyett a későbbiekben újabb helyezhető be. A mechanikai hibák mellett infekció, húgycső erozió, illetve atrophia fordul elő gyakrabban. Az eredményességet illetően nincs különbség a perinealis és a penoscrotalis behelyezés között. (LE: 3) További hátrányuk, hogy a szerkezet működtetéséhez a beteg részéről megfelelő kognitív funkcióra és manuális képességre van szükség. (LE: 3)

A férfi késztetéses inkontinencia sebészi kezelése

(Lásd a “A női késztetéses inkontinencia sebészi kezelése” című fejezetet is.)

Húgyúti obstructio és következményes detrusor instabilitás megszüntetése: TURP, TULP, urethrotomia interna, meatotomia mint kiegészítő kezelések javasoltak. Műtét előtt egyértelműen nem megítélhető, hogy az obstructio megszüntetése után a detrusor instabilitás és a következményes urge panaszok, gyakori vizeletelés megszűnik. Erről a beteget tájékoztatni kell.

Ajánlás 172

Az alsó húgyúti obstructio kiváltotta detrusor hyperaktivitás kezelésére az obstructio műtéti kezelését csak akkor javasoljuk, ha az osbtructiot urodinamikai vizsgálattal igazoltuk, minden egyéb konzervatív, gyógyszeres kezelést megpróbáltunk és informáljuk a beteget a műtét eredménytelenségének nagyobb esélyéről. (D)

Botulinum toxin. Lásd a női késztetéses inkontinencia fejezetben leírtakat.

Ajánlás 173

Botulinum toxin intradetrusor injectio alkalmazásakor férfiaknál a posztoperatív vizeletretenció esélye nagyobb. (C) [2]

Sacralis neuromoduláció. Lásd a női késztetéses inkontinencia fejezetben leírtakat.

Autoaugmentáció vagy vizeletelterelés kirekesztett bélkaccsal. Lásd a női késztetéses inkontinencia fejezetben leírtakat. A posztoperatív vizeletretenció, intermittáló katéterezés szükségessége gyakoribb, mint nőknél.

Orthotopicus hólyagpótlás. Lásd a női késztetéses inkontinencia fejezetben leírtakat. A posztoperatív vizeletretenció, intermittáló katéterezés szükségessége gyakoribb, mint nőknél; ugyanakkor a posztoperatív stresszinkontinencia esélye kisebb.

Supravesicalis vizeletelterelés (kontinens-inkontinens sztómák).

Epicystostomia vagy állandó húgycsőkatéter. Csak igen rossz általános állapotban, ha az inkontinencia mellett jelentős vizelet-visszamaradás is észlelhető és más kezelés nem jön szóba.

5. számú táblázat. A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus [1, 2]

Stresszinkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia	Viselkedésterápia		
Biofeedback	Anticholinergicumok		
Duloxetin	Béta receptor agonisták	Stressz- és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
Életmód-változtatás	Életmód-változtatás		
Nedvszívó eszközök	Nedvszívó eszközök		
Enyhe-közepes fokozat:			
Szabályozható feszességű szalag, ProAct	Botulinum toxin	Stressz- és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
Nem szabályozható szalag	Sacralis neuromoduláció		
Közepes-súlyos fokozat:			
Műsphincter	Augmentáció		
Műsphincter	Hólyagpótlás	Stressz- és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal
	Kontinens, inkontinens stóma		

Fizikai aktivitás

Stresszinkontinencia miatt végzett műtét után hat hétig javasolt a nehéz fizikai aktivitás kerülése. Egyébként az általános posztoperatív kímélet javasolt. Ameddig húgyúti infekció fennáll, kerülendő a nyilvános fürdő, uszoda használata. [3]

Diéta

A húgyúti fertőzések kezelésében és megelőzésében döntő jelentőségű a megfelelő, elosztott bőséges folyadékfogyasztás. A savas vegyhatású gyümölcslevek, üdítő italok kerülése javasolt. Bélműtétek után diéta szempontjából standard sebészeti protokoll követése szükséges. [3]

Betegoktatás

Jelentős vizeletretenció, nyáktermelődé (augmentáció, bélhólyag) esetén a betegnek el kell sajátítania az intermittáló önkatéterezés technikáját. Katéterezhető kontinens stoma ápolása, katéterezése. Inkontinencia segédeszközök (betét, condom urinal) használata. Múspincter kezelésének betanítása. Sacralis neuromodulátor kezelésének betanítása. [3]

Rehabilitáció

Hólyagtréning, toalett-tréning. Medencefenéki torna. Intermittáló önkatéterezés, segédeszközök rendelése, használatának megtanítása. Életmódi tanácsadás. Pszichológiai felmérés és tanácsadás. [19]

Gondozás

Rendszeres ellenőrzés

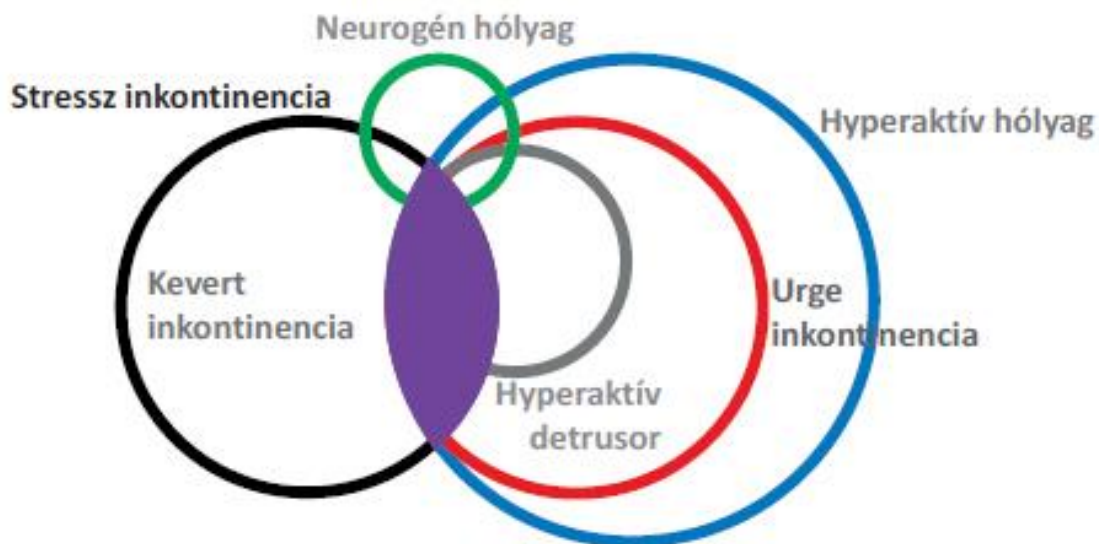
Orvosi ellenőrzés (kontinencia, vizeletürítés, infekció, felső húgyutak, életminőség). Ápolás: katéter, betétek, nadrágpelenka, condom urinal, felmaródások a bőrön, decubitus.

Megelőzés

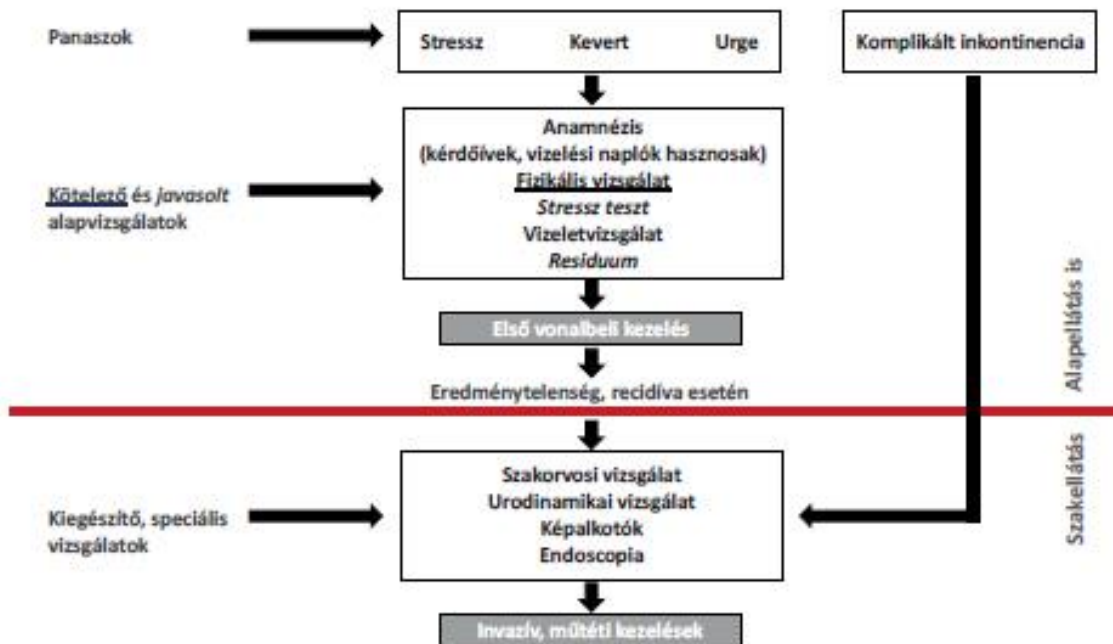
Szülések után és radicalis, kontinenciát csökkentő kismedencei műtétek előtt végzett gáti torna, fizioterápiás kezelések.

Ellátási folyamat algoritmus (ábrák):

1. számú ábra. A vizelettartási problémák áttekintő ábrája saját forrás



2. számú ábra. A felnőtt női és férfi vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus saját forrás



VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

Alapellátás: háziorvosi praxisteam

Kontinencia státusz felvétele minden anamnéziséknél. Nem komplikált, egyértelműen besorolható vizeletinkontinencia kivizsgálása. Kötelező alapvizsgálatok, konzervatív/gyógyszeres kezelés és tünetmentesítés megkezdése. A háziorvosok tevékenységének minőségkontrollját, illetve kiterjesztését a kontinencia licencevizsga biztosítaná.

I. progresszivitási szintű szakellátás: urológusok, nőgyógyászok, rehabilitációs szakorvosok, fizioterapeuták, nővérek, asszisztensek.

Az alapellátás szintjén nem ellátható, vagy onnan beutalt betegek kivizsgálása és ellátása, ami magában foglalja a kontinencia státusz felvételét, a részletes kivizsgálást, a kiegészítő, invazív vizsgálatok elvégzését is, és a műtéti egyéb invazív kezelést.

II–III. progresszivitási szintű szakellátás: urológusok, nőgyógyászok, rehabilitációs szakorvosok, fizioterapeuták, nővérek, asszisztensek, pszichológusok.

Az I. szakellátási szinten nem ellátható, vagy az alsóbb szintekről tovább utalt inkontinens betegek teljes körű kivizsgálása és ellátása (konzervatív, minimálisan invazív és invazív kezeléseket).

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A hazai kontinencia ellátás lépcsőzetesen három szintre épül. Az egyes szinteken szükséges tárgyi követelményekről a rendszer hatályos minimumfeltételeiről szóló miniszteri rendelet intézkedik. [54]

Biztosítani kell a személyi feltételek (vizeletinkontinencia kezelésére kiképzett gyógytornászok) mellett a fizioterápiás tevékenység Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által történő finanszírozását és ennek alapján annak megvalósítását, hogy legalább a regionális kontinencia központokban legyen lehetőség képzett gyógytornászok által oktatott fizioterápiás technikák elsajátítására. (D)

A kevesebb mellékhatással rendelkező gyógyszerek akár elsővonalbeli kezelésként való alkalmazása nem lehetséges a finanszírozás (támogatás) átalakítása nélkül, tekintettel arra, hogy az OAB/urge inkontinencia hazai piacán az oxybutininen kívül rendelkezésre álló gyógyszerek – magas árak miatt – csak szűk betegkör részére hozzáférhetők.

A jelenlegi felírási rendszer nem biztosít lehetőséget arra, hogy igazolt mellékhatás jelentkezése esetén, szakorvosi javaslatra a beteg nagyobb támogatással juthasson hozzá a kevesebb mellékhatást okozó egyéb gyógyszerhez.

Mindenképpen javasolt a támogatási rendszer átalakítása oly módon, hogy oxybutinin IR készítmény alkalmazásakor jelentkező dokumentált mellékhatás esetén, a szakorvosnak legyen lehetősége nagyobb ártámogatással egyéb, kevesebb mellékhatást okozó készítményt (ER típusú nem anticholinergicumot, vagy béta adrenoreceptor agonista mirabegront) felírni. (D)

Addig ilyen esetekben méltányossági engedéllyel juttatható a beteg ilyen támogatott ellátáshoz.

A szakellátáson belül a kifejezetten költséges (múshinctor, férfi szalagok, neuromoduláció) vagy bonyolult (női prolapsus hálók alkalmazása hüvelyi vagy hasi úton) beavatkozások elvégzése, vagy a komplex határterületi esetek (pl. uterus prolapsussal társult vizeletinkontinencia esetén egyidejű hysterectomia és medencefenéki rekonstrukció elvégzése) ellátása mindenképpen csak olyan centrumban javasolt, ahol a finanszírozási feltételek mellett az adott műtéttel kapcsolatosan megfelelő szakmai tapasztalat, jártasság van, és a beavatkozások végzésének személyi (pl. urogynekológus, vagy nőgyógyász-uroológus közös együttműködése) és tárgyi feltételei adottak. Ennek megfelelően a fenti költséges beavatkozások finanszírozását a NEAK egyedi méltányossági engedély alapján biztosítja. Múshinctor beültetés csak a négy egyetemi urológiai klinikán engedélyezett, míg korszerű szalagműtét végzése csak kiemelt III-as szintű központban finanszírozott.

A botulinum toxin intradetrusor injectio hatékony és megfelelő másodvonalbeli kezelés a hyperaktív hólyagszindróma/urge inkontinencia kezelésében, ugyanakkor nincs hivatalos NEAK által finanszírozott beavatkozási kódja. Cél, a hivatalos, megfelelő mértékű finanszírozás megteremtése.

A sacralis neuromoduláció végzését egyedi méltányossági alapon javasoljuk a budapesti, illetve a pécsi egyetem idegsebészeti vagy urológiai klinikáin urológiai indikáció alapján.

Tekintettel arra, hogy a vizeletinkontinens betegek egy részénél székletinkontinencia is fennáll, továbbá a panaszok súlyossága között jelentős különbségek észlelhetők, javasolt lenne a jelenlegi segédeszköz központú felírási rendszert átalakítani és betegközpontúvá, egyénre szabottá tenni.

Javasolt a jelenlegi segédeszköz-központú gyógyászati segédeszköz felírási rendszer betegcentrikussá történő átalakítása. (D)

Az egyénre szabott minőségi segédeszköz-ellátás feltétele, a jelenlegi segédeszköz központú ártámogatási rendszer átalakítása és a betegközpontú differenciált nedvszívó eszközutalványozás és támogatás bevezetése.

A nedvszívó eszközök utalványozási rendjének továbbfejlesztése a minőségi (szivárgásoktól mentes), kiegyensúlyozott ellátás irányában és megtartására időszerű és indokolt. Mivel a jelenlegi felírhatósági és támogatási séma (magasabb effektív teljesítményt nyújtó termékek ár/darab és piacrész alapú rutin-delistázása, egynemű 80%-os normatív támogatás, a megfelelő eszköztípus kiválasztását segítő irányelv hiánya, szakorvosi javaslat kényszere) a beteg állapotváltozását nem követő, ineffektív ellátást generál.

Fentiek miatt jelen irányelv szerzői a felírhatósági és ártámogatási szabályzókra alkalmazva javasolják a két-lépcsős felírhatóságot, a kétkulcsos támogatási intenzitást és a támogatottkörbe kerülés szabályainak egyidejű korrekcióját. Ezen kívül a napi gyakorlatban egyneműen használható, egyértelmű termék alaptípus megjelölését kezdeményezik.

Középtávon a támogatási rendszer átgondolása szükséges, az eszközközpontú támogatás helyett a betegközpontú támogatás elvei szerint, mivel a mostani rendszerrel szemben az utóbbi ösztönöz a minél alacsonyabb napi eszközhasználat mennyiség irányába a magasabb adherencia révén.

Javasolt változtatások:

Kontinencia licencevizsgálattal rendelkező házi orvosok: megfelelő kivizsgálást követően a szakellátásban dolgozó szakorvosok jogosultságával azonos GYSE felírási jogosultság.

Kontinencia licencevizsgálattal *nem* rendelkező házi orvosok: a házi orvosnak minden inkontinens betegnél legyen joga egy alacsonyabb támogatási kulccsal (45%) nedvszívó segédeszköz felírására minden beteg-megjelenés alkalmával, maximum három hónapra. Amennyiben a segédeszköz felírása a későbbiekben is szükséges, az csak szakorvosi vizsgálatot követően lehetséges magasabb támogatási kulccsal (80%). A tartósan immobilis, egyéb kezelésre alkalmatlan, súlyos vizeletinkontinenciával küszködő betegeknek a haematuria, vizeletrekedés, húgyúti fertőzés kizárása után a házi orvos tehesen javaslatot nedvszívó segédeszköz tartós viselésére, de nagyobb ártámogatással történő segédeszköz-felírást, vagy segédeszköz nagyobb ártámogatással történő kiváltásához javaslatot csak urológus, nőgyógyász (női beteg esetén), onkológus, neurológus, sebész, geriáter vagy rehabilitációs szakorvos adhat. (D)

A szakorvosi javaslat az inkontinencia mértékére és jellegére kell utaljon, de a nedvszívó GYSE alaptípust, sem annak méretét nem szabad behatárolja, legfeljebb 8 ISO karakter pontos legyen (ha a javaslat funkcionális csoportszintű, pl. minden testmérettel összefüggő módosítás új szakellátásba utalással jár).

Várható eredményesség és hatékonyságjavulás:

Fenti szempontokat tükröző eszközválasztási és utalványozási séma hazai gyakorlati alkalmazásával mintegy 40%-kal volt fejleszhető a kontinencia gondozás eredményessége, ami már a beteg életminőségét is szignifikánsan javítani képes. [3, 18] A módszer 25%-kal jobb költséghatékonyságot (pelenkacserék száma, a szükséges szakdolgozó idő, hulladék és mosatási szükséglet csökkenése) és a személyzet körében 25%-kal jobbnak megélt ápolási körülményeket hozott.

Jelen irányelv szerzői a fentiek alapján javasolják az új GYSE utalványozási rendszer bevezetését, melynek fő szempontjai, vagyis a hiányzó önellátási képesség (rossz mobilitás és/vagy mentális státusz) és a széklet inkontinencia fennállása adnák a differenciált, betegközpontú GYSE-ellátás biztosításának alapját. Alapvetően hasonló elvekre épül az ISO 15621 nemzetközi célszabvány is. A betegközpontú, differenciált nedszívó GYSE ellátás áttekinthető sémáját a 3. táblázatban mutatjuk be. [31, 38, 49]

A jelen irányelvben feltüntetett ártámogatási mértékek csupán javaslatok, melyek eldöntése a finanszírozó kompetenciája. Azonban, a támogatási mértékektől függetlenül a házi orvosok GYSE utalványozási engedélyét, a fenti szigorú feltételek betartásával mindenképpen vissza kell állítani. (Ezt a kompetenciát a házi orvosoktól 2009-ben vették el, aminek a következménye a szakellátás túlterhelése, hosszú várólisták, gyengébb eredményességű és összességében költségesebb tüneti kezelés lett.) Az inkontinens betegek nagy része ugyanis az alapellátásban jelentkezik először, így ezen betegek megfelelő első ellátása csak akkor valósulhat meg maradéktalanul, ha az alapellátásban a kötelezettségek mellett jogokat is biztosítunk.

Sajnos a szakképzett gyógytornamódszerek finanszírozása jelenleg nem megoldott, ezért sok helyen, bár személyzet lenne, nem történnek fizioterápiás kezelések. Célszerű lenne, regionális központokként kialakítani egy-egy finanszírozottan működtetett fizioterápiás központot. Biztosítani kell a személyi feltételek (vizeletinkontinencia kezelésére kiképzett gyógytornászok) mellett a fizioterápiás tevékenység NEAK által történő finanszírozását, és ennek alapján annak megvalósítását, hogy legalább a regionális kontinencia központokban legyen lehetőség képzett gyógytornászok által oktatott fizioterápiás technikák elsajátítására.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az érintett populáció nagyságrendileg 500 000–600 000 ember lehet. A betegek nagyfokú heterogenitást mutatnak a tájékozottság, a szociális és kulturális körülmények, illetve az elvárások tekintetében.

A feljesztőcsoport tagjai felhívják a figyelmet arra, hogy társadalmi célú hirdetésekben széles körben kellene tájékoztatni a betegeket arról, hogy az inkontinencia gyógyítható, a segédeszközök bár fontosak, de nem oldják meg a problémát, csak a kellemetlen tüneteket enyhítik.

Ugyanakkor célszerű lenne minden kereskedelmi forgalomban kapható higiénés betét csomagolásán feltüntetni, hogy inkontinencia kezelésére nem javasolt, s ha a beteg ilyen célzattal vásárolja a terméket, feltétlenül forduljon orvoshoz, hiszen panaszára van megoldás.

1.4. Egyéb feltételek

Biztonságosság

Az ellátás biztonságosságát a vizeletinkontinencia kivizsgálásának és kezelésének kétlépcsős modellje szavatolja.

Az alapellátásban csak az egyszerű, tiszta, enyhe súlyossági fokozatú, többnyire primér esetek ellátása történik.

A szakellátás biztosítja a komplikált, súlyos, recidív esetek kivizsgálását, ellátását.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincsenek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. VAS skála 0-10

2. Kérdőív: bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő beteg esetében esetlegesen fenálló vizeletinkontinencia miatt kötelezően megkérdezendő kérdések

A beteg I. vonalbeli – proaktív – kikérdezésére javasolt kérdőív

2.3. Táblázatok

1. számú táblázat: Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence)

2. számú táblázat: Ajánlások fokozatai (GR, grade of recommendation)

3. számú táblázat: Nedvszívó segédeszköz felírási javaslat mátrixszerűen ábrázolva

4. számú táblázat: A női vizeletinkontinencia ellátási algoritmus

5. számú táblázat: A férfi vizeletinkontinencia ellátási algoritmus

2.4. Algoritmus

1. számú ábra. A vizelettartási zavarok áttekintő ábrája

2. számú ábra. felnőtt női és férfi felnőtt vizeletinkontinencia kivizsgálási és ellátási algoritmus

2.5. Egyéb dokumentum

– A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok

– Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

1. milyen arányban történt meg a tüneti és életminőségi kérdőív felvétele,

2. milyen arányban javult a klinikai eredményességet jelző mutató a tünetmentes napok (szivárgás és átázásmentes) száma három hónap alatt (dry day index) mutatók értéke

– gyógyszeres kezelés hatásossága/mellékhatás szám (napok/három hónap),

– re-operációs arány,

– önkátérezés szükségessége,

- visszatérő húgyúti infekciók,
- szövődmények előfordulása.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata háromévenként történik. 2023-ben esedékes EAU és ICS aktuális irányvonalainak felhasználásával frissítést végezni. A felülvizsgálat ideje: legkésőbb 2023. 09. 01., de a változtatások szükségességének függvényében hamarabb.

A felülvizsgálat folyamata, az érvényesség lejártá előtti fél évvel kezdődik el. Az irányelv felülvizsgálatának kezdeményezéséért felelős tagozat: Urológia Tagozat. A felülvizsgálat felelősei: az egészségügyi szakmai kollégium Urológia, Szülészeti és nőgyógyászati, asszisztált reprodukció és Mozgásterápia, fizioterápia Tagozatai által kijelölt személy(ek).

Az Urológia Tagozat tagozatvezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. A felelős személyek feladata: irodalomkutatás, a fejlesztőcsoporttagok tájékoztatása, megbeszélés, konszenzus, felülvizsgálat kezdeményezése.

Az aktuális irányelv kidolgozásában részt vevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátókörnyezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

Soron kívüli felülvizsgálatot végez a fejlesztőcsoport, ha a szakirodalom és az ellátási eredmények folyamatos nyomon követése során az egészségügyi szakmai irányelv hatókörében a tudományos és/vagy tapasztalati bizonyítékokban és/vagy a hazai ellátórendszerben, ellátási körülményekben releváns és szignifikáns változás következik be. A felülvizsgálat mértékét a felmerülő változás jellege és mértéke határozza meg. Ha a soron kívüli felülvizsgálat során csak bizonyos ajánlások érintettek és a teljes egészségügyi szakmai irányelv nem került felülvizsgálatra, akkor a tervezett felülvizsgálati időpontban szükséges a teljes terjedelemben végzett áttekintés.

IX. IRODALOM

- [1] Abrams P, Cardozo L, Khoury S, et al. (eds.) Incontinence. 5th International Consultation on Incontinence, Paris, February, 2012. SMART-DOT marketing and web consultants-2013, ISBN: 978-9953-493-21-3.
- [2] Lucas MG, Bedretdinova D, Bosch JLHR et al. European Association of Urology (EAU) Guidelines: Guidelines on Urinary Incontinence. 2015.
- [3] Majoros A., Pytel Á., Bajory Z. A vizeletinkontinencia. A Magyar Urológia irányelvei, Szeged: 2010; 36–57.
- [4] Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A. (eds.) Incontinence 6th Edition 2017. ISBN: 978-0-9569607-3-3;

- [5] Burkhard FC (Chair) et al: EAU Guidelines on Urinary Incontinence 2019. ISBN 978-94-92671-04-2
- [6] Andrada Hamer M, Larsson PG, Teleman P et al. Short-term results of a prospective randomized evaluator blinded multicenter study comparing TVT and TVT-Secur. *Int Urogynecol J* 2011 Jul; 22(7):781–7.
- [7] Atkins D, Eccles M, Flottorp M et al. System for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE working group. *BMC Health Serv Res* 2004 Dec 22, 4(1):38
- [8] Bajory Z., Deák G., Király I. et al. Elsősorban a szalag minősége felelős a késői szövődményekért TOT-műtétekben. *Magy. Urol.* 2008, 3:138–142.
- [9] Bajory Z., Fekete Z., Király I. et al. Consecutive vesicovaginal fistula for transobturator sling perforations and successful repairs with skin flap. *Neurourol Urodyn* 2011; 30(8):1530–2.
- [10] Bajory Z., Meszlényi I., Pajor L. Posztoperatív inkontinencia megszüntetése műsphincter beültetésével. *Magy. Urol.* 2009, 1:12–17.
- [11] Barna I., Kékes E., Halmy E., Balogh Z., Kubányi J., Szóts G., Németh J., Pécsvárad Zs., Majoros A., Daiki T., Erdei O., Dankovics G. Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjának (MÁESZ) 2019. évi és 2010–2019 közötti összefoglaló adatai. *LAM* 2020, 30(03), DOI: <https://doi.org/10.33616/lam.30.009>
- [12] Bauer R, Fullhase C, Stief C et al. AdVance sling: the 'repositioning test', the most important tool for preoperative evaluation. *Urology* 2010 Sep; 76(3 Suppl 1): S4, abstract no. POK-1.09. <http://www.siu-urology.org/userfiles/files/URL 1.pdf>
- [13] Birch C, Fynes MM. The role of synthetic and biological prostheses in reconstructive pelvic floor surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002, 14(5):527–35.
- [14] Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17; 10:CD007471. doi:10.1002/14651858.CD007471.pub2
- [15] Boyle R, Hay-Smith EJ, Cody JD et al. Pelvic Floor Muscle Training for Prevention and Treatment of Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women: A Short Version Cochrane Review
- [16] de Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. *Eur Urol.* 2003, 44(6):724–30.
- [17] Jeffery ST, De Jong P, Abdool Z et al. Single-incision sling operations for urinary incontinence in women (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9):CD008709.
- [18] Kullmann L. Inkontinencia és életminőség. *Rehabilitáció* 2012, 22(1):21–24.

- [19] MacDonald R, Fink HA, Huckabay C et al. Pelvic floor muscle training to improve urinary incontinence after radical prostatectomy: a systematic review of effectiveness. *BJU Int* 2007; 100:76-81. doi:10.1111/j.1464-410X.2007.06913.x
- [20] Majoros A., Bach D., Keszthelyi A. et al. Urinary incontinence and voiding dysfunction after radical retropubic prostatectomy (prospective urodynamic study). *Neurourol Urodyn*, 2006, 25(1):2-7.
- [21] Majoros A., Hamvas A., Keszthelyi A. et al. Az abdominális vizeletvesztési nyomásvizsgálat értéke a stresszinkontinencia differenciáldiagnosztikájában. *Orv Hetil*, 2003, 144(47):2321-5.
- [22] Majoros A, Nagy F., Hamvas A. et al. A Gaudenz teszt értéke a stressz és az urge inkontinencia elkülönítésében az urodinamikai vizsgálatok tükrében. *Magy Urol*, 1998, 2:133-9.
- [23] Majoros A. Az inkontinencia konzervatív kezelése. *Orv Hetil*, 2005, 146(49):2509-11.
- [24] Marinez-Fonres TM, Perez FC, Lopez FC et al. A three year follow-up of a prospective open randomized trial to compare tension-free vaginal tape with Burch colposuspension for treatment of female stress urinary incontinence. *Actas Urol Esp* 2009 Nov; 33(10):1088-96.
- [25] Péntek M., Gulácsi L. Egészségvédelmi Szűrőprogramja 2010-2020, Inkontinencia és Vizeletürítési Zavarok alprogram kérdőíves felmérés (2011), 2012 Nov; http://www.egeszsegprogram.eu/img/content/hirek/20121129/kutatasi_eredmenyek.pdf
- [26] Rutman M, Itano N, Deng D et al. Long-Term Durability of the Distal Urethral Polypropylene Sling Procedure for Stress Urinary Incontinence: Minimum 5-Year Followup of Surgical Outcome and Satisfaction Determined by Patient Reported Questionnaires. *The Journal of Urology*, 2006, 175:610-613.
- [27] Simon Zs., Nagy F., Demeter J. et al: TVT- műtéteink öt éves utánkövetése. *Magy Urol*, 2004, XVI. 2: 91-96.
- [28] Sivaslioglu AA, Unlubilgin E, Aydogmus S et al. A prospective randomized controlled trial of the transobturator tape and tissue fixation mini-sling in patients with stress urinary incontinence: 5-year results. *J Urol* 2012 Jul, 188(1):194-9.
- [29] Smiths ARB, Dmochowski R, Hilton P et al. Surgery for Urinary Incontinence in Woman. Incontinence (4th International Consultation on Incontinence) Health publicatin Ltd pp:1193-1272, 4th Edition, 2009.
- [30] Stoffel JT, Barrett DM. The artificial genitourinary sphincter. *BJU Int* 2008, 102:644-658
- [31] Tamás LJ, Csordás A, Feller G et al. Az ISO 15621 Nemzetközi Szabvány teljesítménye hazai környezetben, a Petz Aladár Megyei Oktatókórház Pszichiátriai Osztályán. *Rehabilitáció* 2013; 23(1-2):29-34.
- [32] Tienforti D, Sacco E, Marangi F et al. Efficacy of an assisted low-intensity programme of perioperative pelvic floor muscle training in improving the recovery of continence after radical prostatectomy: a randomized controlled trial. *BJU Int*, 2012; 110:1004 - 1011. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.10948.11451.x

- [33] Wöllner J, Neisius A, Hampel C et al. Extracorporeal magnetic innervation. *Der Urologe* 2012(51)10:1432–1437.
- [34] F.C. Burkhard (Chair), J.L.H.R. Bosch, F. Cruz, G.E. Lemack, A.K. Nambiar, N. Thiruchelvam, A. Tubaro, Guidelines Associates: D. Ambühl, D. Bedretdinova, F. Farag, B.B. Rozenberg EAU Guidelines on Urinary Incontinence (2017) <https://uroweb.org/wp-content/uploads/Urinary-Incontinence-2017-pocket.pdf>
- [35] H/3586. számú országgyűlési határozati javaslat az Országos Fogymatékosságügyi Programról (2015–2025.) Előadó: Balog Zoltán emberi erőforrások minisztere (2015)
<https://www.parlament.hu/irom40/03586/03586.pdf>
- [36] Steinar Hunskaar A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women *Neurourol. Urodynam.* 27:749–757, 2008, © 2008 Wiley-Liss, Inc. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.20635>
- [37] Song P, Wen Y, Huang C, Wang W, Yuan N, Lu Y, Wang Q, Zhang T, Wen J. The efficacy and safety comparison of surgical treatments for stress urinary incontinence: A network meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2018 Apr;37(4):1199–1211. doi: 10.1002/nau.23468. Epub 2018 Jan 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29331033>
- [38] Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, Leah Barr The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy Patrick W. Corrigan, Amy C. Watson, and Leah Barr (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*: Vol. 25, No. 8, pp. 875-884.
<https://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- [39] Ms. Erin R. DURALDE, BA, Louise C. WALTER, MD, Stephen K. VAN DEN EEDEN, PhD, Ms. Sanae NAKAGAWA, MA, Leslee L. SUBAK, MD, Jeanette S. BROWN, MD, David H. THOM, MD PhD and Alison J. HUANG, MD MAS Bridging the Gap: Determinants of Undiagnosed or Untreated Urinary Incontinence in Women Published in final edited form as: *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Feb; 214(2): 266.e1–266.e9. Published online 2015 Sep 5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.08.072
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830485/>
- [40] Toine Lagro-Janssen, Anton Smits & Chris Van Weel Urinary Incontinence in Women and the Effects on their Lives Pages 211-216 | Received 01 Jun 1991, Accepted 01 Jan 1992, Published online: 12 Jul 2009 <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02813439209014063>
- [41] Sheila T. Fitzgerald PhD, Mary H. Palmer PhD, Victoria L. Kirkland MSN and PhD & Leslie Robinson MD The Impact of Urinary Incontinence in Working Women: A Study in a Production Facility Pages 1-16 | Published online: 21 Oct 2008
www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J013v35n01_01
- [42] Orvosi Hetilap 153(38):1508–10 Szeptember, 2012
- [43] Rosanne McBride, Ph.D Talking to Patients About Sensitive Topics: Techniques for Increasing the Reliability of Patient Self-report-Handout University of North Dakota School of Medicine & Health

Sciences November 5, 2010 https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/sensitive-topics-handout_0.pdf

[44] Szabó László Rigó János, Majoros Attila, Nyirády Péter Vizelet inkontinencia gyakorlati kérdései IME XIII. évfolyam 10. szám 2014. december

https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/1062/IME_36_38.pdf?sequence=1https://docplayer.hu/47888932-A-vizelettartasi-zavarok-kivizsgalasa-es-ellatas-a-interdiszciplinaris-kongresszus.html

[45] Sara L. Jackson, MD, MPH, Delia Scholes, PHD, Edward J. Boyko, MD, MPH, Linn Abraham, MS and Stephan D. Fihn, MD, MPH Urinary Incontinence and Diabetes in Postmenopausal Women Diabetes Care 2005 Jul; 28(7): 1730-1738.

<https://care.diabetesjournals.org/content/28/7/1730.short>

[46] Kiran Panesar, BPharmS (Hons), MRPharmS, RPh, CPh Drug-Induced Urinary Incontinence US Pharm. 2014;39(8):24–29. <https://www.uspharmacist.com/article/druginduced-urinary-incontinence>

[47] Akkoç Y, Ersöz M, Yüceyar N, Tunç H, Köklü K, Yoldaş TK, Dönmez Ü, Uzunköprü C, Alemdarođlu E, Bilen T, Emre U, Özdolap T, Tuncay E, Yücesan C, Gök H, Ercan MB, Uygunol K, Koçer B, Zinnurođlu M; Neurogenic Bladder Turkish Research Group. Overactive bladder symptoms in patients with multiple sclerosis: Frequency, severity, diagnosis and treatment. J Spinal Cord Med. 2016;39(2):229–33. doi: 10.1179/2045772315Y.0000000021. Epub 2016 Feb 15.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25936385>

[48] Newman DK. Urinary incontinence, catheters, and urinary tract infections: an overview of CMS tag F 315. Ostomy Wound Manage. 2006 Dec;52(12):34–6, 38, 40–4.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17204825>

[49] NICE National Institute for Healthy and Care Excellence Urinary incontinence in women Quality standard [QS77]Published date: January 2015

<https://www.nice.org.uk/guidance/qs77/chapter/quality-statement-6-indwelling-catheters>

[50] Jeffrey A. Katula, Ph.D., Mara Z. Vitolins, DrPH Erica L. Rosenberger, M.S., Caroline Blackwell, B.S., Mark A. Espeland, Ph.D., Michael S. Lawlor, Ph.D., W. Jack Rejeski, Ph.D. and David C. Goff, MD, Ph.D. Healthy Living Partnerships to Prevent Diabetes (HELP PD): Design and Methods Published in final edited form as: Contemp Clin Trials. 2010 Jan; 31(1): 71. Published online 2009 Sep 13. doi: 10.1016/j.cct.2009.09.002 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818212/>

[51] Zecca C, Riccitelli GC, Disanto G, Singh A, Digesu GA, Panicari L, Puccini F, Mattioli M, Tubaro A, Gobbi C. Urinary incontinence in multiple sclerosis: prevalence, severity and impact on patients' quality of life Eur J Neurol. 2016 Jul;23(7):1228-34. doi: 10.1111/ene.13010. Epub 2016 Apr 27.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27120000>

[52] Dr. Yawn, Dr. Barrette, and Peter Wollan, Ph.D., Ovarian cancer does have early warning signs, Mayo Clinic and Olmsted Medical Center find Public Release: 18 nov. 2004

https://www.eurekalert.org/pub_releases/2004-11/mc-ocd111804.php

[53] Szakpolitikaibizonyíték-összefoglaló EVIP Net Europe Az antibiotikumok felelős alkalmazásának ösztönzése az antibiotikum-rezisztencia visszaszorítására a humán gyógyászatban Magyarországon, 2018 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373920/ebp-hun-hun.pdf

[54] 20/2009. (VI. 18.) EüM rendelet az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, e tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0900020.EUM>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológia Tagozat a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése.

A vizeletinkontinencia irányelv megalkotásában három tagozat (urológia, szülészet és nőgyógyászat, asszisztált reprodukció, és mozgásterápia, fizioterápia) kívánt társszerzőként részt venni. További két tagozat (háziiorvosi és csecsemő-gyermekgyógyászat) jelezte, hogy véleményezőként kíván a fejlesztési folyamatban közreműködni, de mivel a gyermekkori vonatkozásokra önálló irányelv kidolgozását javasolja a fejlesztőcsoport, az alapellátás részéről a háziiorvosi szakterület véleményezését kértük. Az érintett tagozatvezetők kijelölték azon munkatársakat, akik az irányelv megírásában szerepet vállaltak.

A fejlesztőcsoport tagjai az alakuló ülésen megválasztották a fejlesztőcsoport koordinátorát. Az irányelv elkészülése után, a véleményező tagozatok véleményezték az irányelvet. A lehető legszélesebb szakmai konszenzus elérése céljából az irányelv társszerzői további szakmai véleményezésre felkérték a Geriátria és krónikus ellátás Tagozatot, a Rehabilitáció, fizikális medicina és gyógyászati segédeszköz Tagozatot és az Ápolási és szülésznő (szakdolgozói) Tagozatot. A végleges forma elkészítésében tanácskozái jogkörrel részt vett a Magyar Kontinencia Társaság, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, továbbá a Forgalmazók az Egészségért Szövetség munkatársai. Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.

Az irányelv kialakítási folyamat során a fejlesztőtárgyak önálló munkája a tagok közt elektronikus úton folyamatosan megosztásra és véleményezésre került, az irányelv hangsúlyos és problematikus kérdéseiben pedig személyes, csoportos konzultációk zajlottak.

Az EAU vizeletinkontinencia irányelv urológusok számára íródott és bármely európai egészségügyi környezetben alkalmazható. Az EAU munkabizottsága ugyanakkor elismeri, hogy az EAU iránymutatásait az urológusokon kívül számos különböző egészségügyi szakember használja. A munkabizottság szintén elismeri, hogy egy beteg nem minden esetben urológushoz fordul először, és előfordulhat az is, hogy a kezelést – például fizioterápiát – végző egészségügyi szakember nem urológus. Emiatt egyes egészségügyi szakembereknek lehet az a véleménye, hogy az EAU iránymutatásai nem magyaráznak kellő részletességgel egy adott témát az ő igényeikhez, például a medencefenéki izom erősítésének (PFMT) módzatait.

A fentiek miatt jelen irányelvet urológusok, nőgyógyászok és fizioterapeuták közösen állították össze és további érintettek is véleményezték.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv a kapcsolódó nemzetközi irányelvek hazai adaptációja. Az irányelvekből átvett, magyarra fordított ajánlások és magyarázatok mögött a kapcsolódó hivatkozások megjelölése is szerepel.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A fejlesztőcsoport a szakterület által leginkább elfogadott irányelveken kívül a további adaptálható, jó minőségű irányelvek kiválasztásához a Guidelines International Network adatbázisában (www.g-i-n.com) végzett irányelvkeresést, majd kiválasztották az adaptálandó irányelveket.

A jelen irányelv alapját az EAU 2015-ös inkontinencia irányelve és a társszakmák (nőgyógyászok és fizioterapeuták) által is széleskörben elfogadott és használt ICS kiadvány (Incontinence 5th Edition 2013: melynek alapja: 5th International Consultation on Incontinence, Paris, 2012) jelenti (utóbbi tulajdonképpen az ICS irányelve). Az irányelvek megjelenése óta ismert leglényegesebb változásokat az EAU 2019-es és az ICS 2017-es legfrisebb irányelveiből vettük át. [4, 5]

Az adaptált irányelvek irodalomkutatása során a következő keresési stratégiáját alkalmazta a fejlesztőcsoport:

A MEDLINE és az EMBASE adatbázisokban, valamint a Cochran Könyvtárban a Cochran Incontinence Group (oldalán <http://incontinence.cochrane.org/our-reviews>) a "urinal" "incontinence", "non-neurogenic", "prevention", "diagnosis", "assessment", "treatment", "rehabilitation" keresőszavak kombinációival végeztek kereséseket. A talált bizonyítékok közül a fejlesztőcsoport döntésének megfelelően csak 2012. február utáni és a randomizált kontrollált tanulmányokból származó bizonyítékok, ezek közül is csak az angol nyelven megjelent tanulmányok kerülhettek figyelembevételre. Az e szempontoknak megfelelő szakcikkeket a fejlesztőcsoport úgy ítélte meg, hogy a jelen irányelv ajánlásai szempontjából ezek új/megfontolandó információt/bizonyítékot nem tartalmaztak.

Az irányelv készítése során a nemzetközi irányelvek adaptációját, illetve a legutóbbi nemzetközi irányelv megjelenése óta eltelt időben publikált, evidencia szempontjából jelentősnek értékelt kutatások értékelését végeztük.

A felhasznált irodalom során mind szakirodalmi cikkek, mind könyvek feldolgozásra kerültek, melyek listája a nemzetközi irányelvek, ajánlások és az irodalomjegyzékben megtalálható. Az irodalomkeresés 2019 decemberében zárult le.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, "bizonyíték, vagy ajánlás mátrix"), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A két adaptált irányelv hasonló bizonyítékbesorolási rendszert alkalmaz. A rendszereket a következő összehasonlító táblázatban mutatjuk be:

EAU guideline

ICS guideline

LE type of evidence	LE type of evidence
1a Evidence obtained from meta-analysis of randomised trials.	1 (incorporates Oxford 1a, 1b) usually involves meta-analysis of trials (RCTs) or a good quality randomised controlled trial, or 'all or none' studies in which no treatment is not an option, for example in vesicovaginal fistula.
1b Evidence obtained from at least one randomised trial.	
2a Evidence obtained from one well-designed controlled study without randomisation.	2 (incorporates Oxford 2a, 2b and 2c) includes "low" quality RCT (e.g. < 80% follow up) or metaanalysis (with homogeneity) of good quality prospective 'cohort studies'. These may include a single group when individuals who develop the condition are compared with others from within the original cohort group. There can be parallel cohorts, where those with the condition in the first group are compared with those in the second group.
2b Evidence obtained from at least one other type of well-designed quasi-experimental study.	
3 Evidence obtained from well-designed non-experimental studies, such as comparative studies, correlation studies and case reports.	3 (incorporates Oxford 3a, 3b and 4) includes: good quality retrospective 'case-control studies' where a group of patients who have a condition are matched appropriately (e.g. for age, sex etc) with control individuals who do not have the condition. good quality 'case series' where a complete group of patients all, with the same condition/disease/therapeutic intervention, are described, without a comparison control group.
4 Evidence obtained from expert committee reports or opinions or clinical experience of respected authorities.	4 (incorporates Oxford 4) includes expert opinion where the opinion is based not on evidence but on 'first principles' (e.g. physiological or anatomical) or bench research. The Delphi process can be used to give 'expert opinion' greater authority. In the Delphi process a series of questions are posed to a panel; the answers are collected into a series of 'options'; the options are serially ranked; if a 75% agreement is reached then a Delphi consensus statement can be made.

A fejlesztőcsoport kritikusan értékelte a két adaptációra kiválasztott irányelv bizonyíték- és ajánlásbesorolási rendszerét és ennek alapján eldöntötte, hogy a jelen irányelvben az EAU irányelv

által alkalmazott rendszert alkalmazza. A más irányelvből/publikációból származó evidenciákat megvizsgálta és az EAU rendszernek megfelelően sorolták át.

Meg szeretnénk említeni, hogy 1-es szintű bizonyítékok csak kevés esetben állnak rendelkezésre. Ugyanakkor nem feltétlenül jelenti a magasszintű bizonyítékok hiánya, hogy nem lehet egyértelmű ajánlást megfogalmazni egy adott kérdéssel kapcsolatban.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Következésképpen a fejlesztőcsoport döntése alapján és a leírtak szerint az ajánlások besorolása is az EAU guideline besorolási rendszerén alapul.

A magyarországi sajátosságokat, a hazai adaptálhatóságot minden ajánlásnál figyelembe vették és a fejlesztőcsoport ezeknek megfelelő szakmai ajánlásokat fogalmazott meg. A jelen irányelv minden ponton figyelembe veszi a hazai alapellátás, a járó- és fekvőbeteg-szakellátás igényeit és lehetőségeit.

Az EAU és ICS irányelvek ajánlás besorolási rendszerek összevetését a következő táblázatban ismertetjük:

EAU guideline	ICS guideline
GR nature of recommendations	GR nature of recommendations
A Based on clinical studies of good quality and consistency addressing the specific recommendations and including at least one randomised trial.	A recommendation usually depends on consistent level 1 evidence and often means that the recommendation is effectively mandatory and placed within a clinical care pathway. However, there will be occasions where excellent evidence (level 1) does not lead to a Grade A recommendation, for example, if the therapy is prohibitively expensive, dangerous or unethical. Grade A recommendation can follow from Level 2 evidence. However, a Grade A recommendation needs a greater body of evidence if based on anything except Level 1 evidence
B Based on well-conducted clinical studies, but without randomised clinical	B recommendation usually depends on consistent level 2 and or 3 studies, or 'majority evidence' from RCT's.

trials.

- C Made despite the absence of directly applicable clinical studies of good quality.
- C recommendation usually depends on level 4 studies or 'majority evidence' from level 2/3 studies or Dephi processed expert opinion.
- D "No recommendation possible" would be used
- where the evidence is inadequate or conflicting and when expert opinion is delivered without a formal analytical process, such as by Dephi.

A szövegközi bizonyítékok ismertetései tömör összefoglalót adnak arról, hogy a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékok mit mondanak egy adott klinikai kérdéstről. Az összefoglalók az EAU által alkalmazott bizonyítékszinteknek megfelelően kerülnek bemutatásra.

Az EAU és az ICS irányelvek adaptációja a magyarországi viszonyok, lehetőségek, igények figyelembevételével történt. Sok olyan pontja van a nemzetközi irányelveknek, ahol nincs egyértelmű ajánlás, vagy az adott ajánlás a hazai gyakorlattól eltér, mert az Magyarországon csak más formában valósítható meg. Minden ilyen esetben jelen irányelv szerzői maguk tettek ajánlást, mely hivatkozva a személyes tapasztalatra 4-es szintű bizonyítéknak felel meg és D típusú ajánlásként javasolható. Az ajánlások részletezésekor jobbnak tartottuk az olvasmányos, folyamatosan követhető szövegszerkesztést, struktúrát, ezért a részletes részben az ajánlásokat kiemeltük.

Megjegyzendő, hogy az ajánlások osztályozásakor nincs automatikus kapcsolat a bizonyíték szintje és az ajánlás fokozata között. Randomizált kontrollált vizsgálatok (RCT-k) megléte nem feltétlenül jár "A" fokozatú ajánlással módszertani korlátozások vagy a publikált eredmények közötti különbségek esetén.

Ugyanígy, a magas szintű bizonyítékok hiánya nem szükségszerűen zárja ki az "A" fokozatú ajánlást; ha minden kétséget kizáró klinikai tapasztalat és konszenzus van a magas szintű ajánlás támogatására, akkor azt meg lehet adni. Ezen túlmenően, lehetnek olyan kivételes helyzetek, melyekben nincs mód hitelesítő vizsgálatok végzésére, például etikai vagy egyéb okok miatt. Ebben az esetben az egyértelmű ajánlások minősülnek hasznosnak a klinikus számára. A tudományos bizonyíték minősége rendkívül fontos tényező, de a fokozat meghatározásánál nem kell kiegyensúlyozottnak lennie az előnyöknek és hátrányoknak a személyes tapasztalatokkal és preferenciákkal szemben.

Nemzetközi irányelvek ajánlásai mellett azon kérdésekben, ahol speciális hazai ajánlások megfogalmazása volt célszerű (pl. ajánlások alkalmazási feltételei), a fejlesztőcsoport konszenzusos alapon saját ajánlásokat is megfogalmazott.

5. Véleményezés módszere

Az ellátásban érintett egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatoknak a tervezetet eljuttatva a fejlesztőcsoport koordinátora a visszaérkező javaslatokat és véleményeket összesítette, majd a javasolt módosításokat feltüntetve a tervezetet a fejlesztőcsoport tagjainak ismételten elküldte véleményezésre.

Mivel az inkontinens betegek esetében a társadalomba való reintegráció az elsődleges társadalmi cél, aminek elérése a megfelelően tervezett, szervezett és elvégzett rehabilitáció hiányában elképzelhetetlen, a rehabilitációs szakma javaslatai a jelen irányelv törzsszövegébe kerültek beépítésre.

A FESZ által javasolt módosítások elsősorban az alapellátás kompetenciáihoz, valamint a tüneti kezelés kérdésköreihez tartozó ajánlások és szakmai magyarázatok pontosításához járultak hozzá, így a fejlesztőcsoport a módosító javaslatok áttekintését követően a módosító javaslatok többségét elfogadta és beépítette az irányelvbe.

Az urológiai szakterület minőségügyi szakfőorvosa az irányelvet elsősorban a gyakorlati alkalmazhatóság szempontjából véleményezte.

Az elfogadott módosítások a fentieknek megfelelően kerültek beépítésre.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Az irányelvtervezet független szakértői véleményezését az érintett szakterület minőségügyi szakfőorvosa, Prof. Dr. Pajor László végezte el. Véleményét a fejlesztőcsoport figyelembe vette és beépítette a tervezetbe.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nincsenek

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. VAS skála 0–10

Vizuális analóg skála:



2. Kérdőív: bármely ok miatt egészségügyi ellátásra kerülő beteg esetében esetlegesen fenálló vizeletinkontinencia miatt kötelezően megkérdezendő kérdések

– A beteg I. vonalbeli – proaktív – kikérdezésére javasolt kérdőív

Életkor:

Nem: ? Nő ? Férfi

Önellátó képesség megtartott? ? Igen ? Nem

Mobilitás megtartott? ? Igen ? Nem

Tapasztalt az elmúlt héten legalább egy akaratlan vizeletvesztést? ?
Igen ? Nem

Milyen súlyosak a panaszai?

? enyhe (csöpög) ? közepes (szivárog) ? súlyos (folyik)

Mikor következik be a vizeletvesztés?

? tüszentés, köhögés, mozgás váltja ki ? erős inger vezeti be ? változó

A széklettartás, székletürítés jelent-e komolyabb gondot?

? Igen ? Nem

Panaszai mérséklésére milyen segédeszközt használ?

? betét ? nadrágpelenka ? condom urinal ? katéter ? semmi

Urológiai háttér

? Prostataműtét/kezelés ? Inkontinenciaműtét ? Egyéb

Nőgyógyászati háttér

? Többszöri/komplikált szülés ? Inkontinenciaműtét ? POP műtét ?
Egyéb

Belgyógyászati háttér

? COPD ? Dohányzás ? Aszthma ? Diabetes ? Obesitas ? Egyéb

Neurológiai háttér

? Stroke ? Sclerosis multiplex ? Demencia ? Sérülés ? Egyéb

Egyéb háttér

? Pszichiátriai kezelés ? Inkontinenciát provokáló gyógyszeres kezelés ?
Egyéb

Szed-e vizeletinkontinencia-gátló gyógyszert? ? Igen ? Nem

Mit?

Szed-e vízhajtót? ? Igen ? Nem

Mit?

1.3. Táblázatok

1. számú táblázat. Bizonyítékok szintjei (LE, level of evidence)

LE Bizonyítékok tulajdonságai

1a Randomizált vizsgálatok metaanalíziséből származó bizonyítékok.

1b Legalább egy randomizált vizsgálatból származó bizonyítékok.

2a Jól megtervezett, kontrollált, randomizálás nélküli vizsgálatból származó bizonyítékok.

2b Legalább egy jól megtervezett, kvázi kísérleti jellegű vizsgálatból származó bizonyítékok.

Jól megtervezett, nem kísérleti jellegű vizsgálatokból, például
3 összehasonlító vizsgálatokból, korrelációs vizsgálatokból és
esettanulmányokból származó bizonyítékok.

4 Szakbizottsági jelentésekből vagy véleményekből, illetve mérvadó
szaktekintélyek klinikai tapasztalataiból származó bizonyítékok.

2. számú táblázat. Ajánlások fokozatai (GR, grade of recommendation)

GR Ajánlások tulajdonságai

A Jó minőségű, konzisztens klinikai vizsgálatokon alapulnak, amelyek az adott ajánlásokkal foglalkoznak, és legalább egy randomizált vizsgálatot magukban foglalnak.

B Megfelelően lefolytatott, de randomizálás nélküli klinikai vizsgálatokon alapulnak.

C Közvetlenül alkalmazható, jó minőségű klinikai vizsgálatok hiánya ellenére megfogalmazott ajánlások.

D Hazai szakértői véleményen alapuló ajánlások.

3. számú táblázat. Nedvszívó segédeszközfelírási javaslat mátrixszerűen ábrázolva

Főbb nedvszívó eszköztípusok
(ISO 15621 konform eszközválasztási

Beteg önellátó képessége
kielégítő?

séma)

Közepes és súlyos vizeletinkontinencia tüneti kezelésére igen nem

Csak vizeletvesztés van? (székletszivárgástól mentes inkontinencia) igen alsóneműszerű, övvel rögzített övvel rögzített
nem övvel rögzített ragasztócsíkos, övvel rögzített

4. számú táblázat. A női vizeletinkontinencia-ellátási algoritmus

Stresszinkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia	Viselkedésterápia		
Biofeedback	Anticholinergikumok		
Duloxetine	Béta receptor agonisták	Stressz- és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
Életmód-változtatás	Életmód-változtatás		
Nedvszívó eszközök	Nedvszívó eszközök		
<i>Primer:</i>			
TVT, TVTO	Botulinum toxin	Stressz- és urge inkontinencia 2. vonal terápia	2. vonal
<i>Recidiva:</i>			
második feszültségmentes szalag, autológ sling, colposuspensio	Sacralis neuromoduláció		
	Augmentáció		
Múshinctor	Hólyagpótlás Kontinens, inkontinens stóma	Stressz- és urge inkontinencia 3. vonal terápia	3. vonal

5. számú táblázat. A férfi vizeletinkontinencia-ellátási algoritmus

Stresszinkontinencia	Urge inkontinencia	Kevert inkontinencia	
Gátizomtorna + kiegészítő fizioterápia	Viselkedésterápia	Stressz- és urge inkontinencia 1. vonal terápia	1. vonal
	Anticholinergikumok		

Biofeedback	Béta receptor agonisták		
Duloxetine			
Életmód-változtatás	Életmód-változtatás		
Nedvszívó eszközök	Nedvszívó eszközök		
Enyhe-közepes fokozat:			
Szabályozható feszeségű szalag, ProAct	Botulinum toxin	Stressz- és urge inkontinencia 2. vonal	2. vonal
Nem szabályozható szalag	Sacralis neuromoduláció		
Közepes-súlyos fokozat:			
Múshinctor			
	Augmentáció		
Múshinctor	Hólyagpótlás	Stressz- és urge inkontinencia 3. vonal	3. vonal
	Kontinens, inkontinens stóma	3. vonal	

1.4. Algoritmusok

1. számú ábra. A vizelettartási zavarok áttekintő ábrája

2. számú ábra. A felnőtt női és férfi vizeletinkontinencia-kivizsgálási és -ellátási algoritmus

1.5. Egyéb dokumentumok

– A folyamat teljesítését igazoló dokumentumok

Témaválasztási javaslat	Igen/Nem
Delegálás a fejlesztőcsoportba	Igen/Nem
Fejlesztőcsoport felkérése	Igen/Nem
Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok	Igen/Nem
Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok összefoglaló	Igen/Nem
Csoportos nyilatkozata fejlesztés során igénybe vett külső támogatásról, a szponzori függetlenségéről és az elfogulatlanságról	Igen/Nem
Konzultációs feljegyzés(ek)	Igen/Nem
Módszertani szűrőértékelés	Igen/Nem

Részletes módszertani értékelés(ek) Igen/Nem

Tagozatvezetői nyilatkozatok
az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről Igen/Nem

– Kapcsolat népegészségügyi program(ok)kal:

Cím: Országos Fogyatékosügyi Program

Elérhetőség: <https://www.parlament.hu/irom40/03586/03586.pdf>

Cím:

a) Nemzeti Gyermekegészségügyi Program,

b) Nemzeti Keringési Program,

c) Nemzeti Mentális Egészségügyi Program,

d) Nemzeti Mozgásszervi Program,

e) Nemzeti Rákellenes Program.

Elérhetőség: www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2820/fajlok/1722_18_XII_18_Korm_határozat.pdf

Cím: Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzési programja

Elérhetőség:

www.antsz.hu/data/cms89288/OTF_Modszerani_level_intezmenyi_egyeni_kockazattertekes.pdf

Cím: Családvédelmi Akcióterv

Elérhetőség: <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1900032.TV>

Az egészségügyi szakmai irányelv ajánlásainak szerepe a kapcsolódó népegészségügyi program megvalósításában

Destigmatizáció és a vizeletinkontinencia, hyperaktív hólyag szindróma szűrése a kockázati csoportba tartozó felnőtt lakosság körében:

1. Az inkontinencia kialakulásának megelőzését és progressziójának megfékezését támogató laikus média kampány
2. az alapellátásban a kockázati csoportba tartozók proaktív szűrése, gondozásba vétele, (lásd még a 2015. évi CXXIII. törvény védőnői hálózat feladatairól szóló részeit, és a várandósgondozásról szóló 26/2014. (IV. 8.) EMMI rendeletben meghatározottakat)
3. az alapellátásban kiemelt betegek standardizált házi orvosi diagnosztikája és konzervatív terápiás profiljának felállítása
4. a beteg egyéni terápiás profiljának megfelelő destigmatizációs – tünetmentesítő konzervatív kezelés házi orvos általi azonnali megkezdése

Cím: Magyarország Átfogó Egészségvédelmi szűrőprogram (MÁESZ) 2010–2030

Elérhetőség: <https://egeszsegprogram.eu/>

Népegészségügyi prevenció, életmód-tanácsadás, szűrővizsgálatok Magyarországon, hazánk legnagyobb mobil szűrőállomásával, országos lefedettséggel, évente ismétlődően.