

MOTNJE V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA: KRATEK VODNIK ZA ŽENSKE



Univerza v Mariboru
Medicinska fakulteta



Univerza v Mariboru



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA VISOKO ŠOLSTVO,
ZNANOST IN INOVACIJE



Sofinancira
Evropska unija

Avtorice:

Sara Čehić

Nina Razgoršek

Tinkara Studen

Katerina Trpkovska

Uredniki:

Tamara Serdinšek

Rok Šumak

Andrej Cokan

Lektorji:

Martina Gramc

Agnes Kojc

Sara Mihajlik

Tadej Todorović

Ilustracije:

Nika Prša

Oblikovanje:

Nejc Kozar

Gradivo je nastalo v sklopu projekta Promocija zdravja medeničnega dna pri ženskah znotraj JR Problemsko učenje študentov v delovno okolje: gospodarstvo, negospodarstvo in neprofitni sektor v lokalnem/regionalnem okolju 2024–2027 (PUŠ v delovno okolje 2024–2027).



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA VIŠOKO ŠOLSTVO,
ZNANOST IN INOVACIJE



Sofinancira
Evropska unija

Operacijo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada plus

KAZALO

1 KAKO JE ZGRAJENO MEDENIČNO DNO?	7
1.1 MEDENIČNA PREPONA.....	7
1.2 MIŠICE PRESREDKA.....	9
1.3 SEČILA V MALI MEDENICI.....	9
2 KAKO DELUJE MEDENIČNO DNO?	11
2.1 MEHANIZEM URINIRANJA.....	11
2.2 MEHANIZEM ODVAJANJA BLATA	13
3 KAJ SO MOTNJE V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA?	17
4 URINSKA INKONTINENCA	19
4.1 KAJ JE URINSKA INKOTNINENCA?.....	19
4.2 KATERE VRSTE URINSKE INKONTINENCE POZNAMO?.....	19
4.3 KAKO POGOSTA JE URINSKA INKONTINENCA?.....	20
4.4 KAKO DIAGNOSTICIRAMO URINSKO INKONTINENCO?.....	21
4.5 KAKŠNE SO MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA?.....	22
5 ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV	29
5.1 KAJ JE ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV?.....	29
5.2 KATERE VRSTE ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV SO NAJPOGOSTEJŠE?.....	30
5.3 KAKO POGOST JE ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV?.....	31
5.4 ZAKAJ PRIDE DO ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV?.....	31
5.5 KAKO SE KAŽEJO SIMPTOMI ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV?.....	31
5.6 KAKO DIAGNOSTICIRAMO ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV?.....	32
5.7 ZDRAVLJENJE ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV.....	32
6 SLOVARČEK IZRAZOV	37

PREDGOVOR

Motnje v delovanju medeničnega dna so pogost pojav, ki prizadene veliko število žensk po vsem svetu in pomembno vpliva na kakovost njihovega življenja. Medenično dno podpira medenične organe in igra pomembno vlogo pri zadrževanju ter odvajanju vode in blata, spolnosti ter zagotavljanju stabilnosti trupa. Zaradi različnih dejavnikov v življenju ženske lahko medenično dno oslabi, kar vodi v njegovo slabše delovanje. Med najpogostejše motnje v delovanju medeničnega dna prištevamo uhajanje vode in zdrs medeničnih organov.

Kljub pogostosti teh motenj ugotavljamo, da se o njih premalo govori in ozavešča. Vzrok je najbrž deloma tudi prepričanje, da so te težave normalne posledice staranja ali da se ne da ničesar ukreniti glede njih. Prav tako je nekaterim ženskam zaradi tovrstnih težav pogosto nerodno in nerade spregovorijo o njih; nekatere ob tem doživljajo občutke sramu ali čustveno stisko.

Resnica je povsem nasprotna – o težavah s področja medeničnega dna je treba (spre)govoriti, saj poznamo številne načine zdravljenja in lajšanja težav, ki lahko ženskam bistveno izboljšajo kakovost življenja. Z namenom ozaveščanja o motnjah v delovanju medeničnega dna smo pripravili kratek vodnik za ženske. Upamo, da vam bo pomagal pri poznavanju lastnega medeničnega dna, težav, ki lahko prizadenejo medenično dno, in vas seznanil z nasveti, kako lahko dodatno izboljšate zdravje svojega medeničnega dna.

Uredniki

1 KAKO JE ZGRAJENO MEDENIČNO DNO?

Katerina Trpkovska

Medenično dno je sestavljeno iz mišic in njihovih ovojnic ter vezi, ki skupaj z medeničnimi kostmi zapirajo medenični izhod. Njegova naloga je, da podpira težo trebušnih in medeničnih organov ter preprečuje njihov zdrs, poleg stabilizacijske funkcije pa pomaga tudi pri uravnavanju njihovega delovanja.

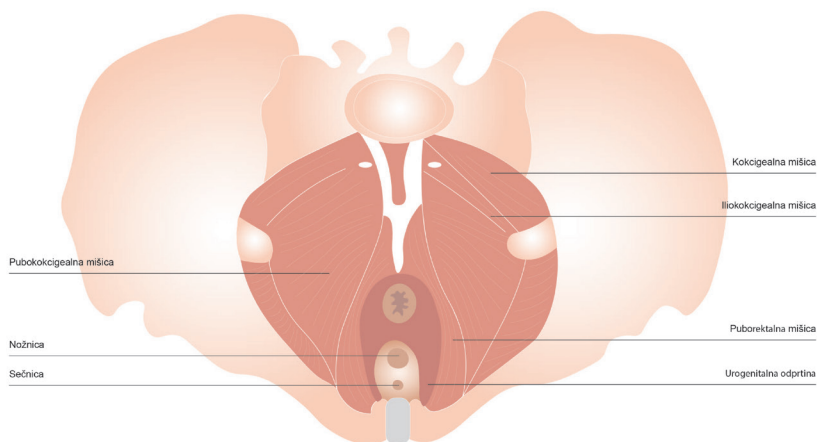
Pogostost motenj v delovanju medeničnega dna, kot sta uhajanje vode in blata ter zdrs medeničnih organov, se večja, zato je pomembno, da razumemo kompleksno anatomijo medeničnega dna, vpleteno v njihov nastanek.

Koščeni medenični obroč gradita parni kolčnici, ki sta sestavljeni iz treh delov: sramnice, sednice in črevnice. Kolčnici se spredaj združita s sramnično zrastlejo, zadaj pa s križnico.

Medenično dno gradijo medenična prepona (zgoraj) in mišice presredka (spodaj).

1.1 MEDENIČNA PREPONA

Medenično prepono sestavljata dve parni mišici – mišica dvigalka zadnjika in trtična (kokcigealna) mišica. Mišica dvigalka zadnjika je pritrjena na kostni obroč in se združi z mišico z nasprotne strani ter tvori večji del medeničnega dna. Sestavljajo jo tri mišice: puborektalna, pubokokcigealna in iliokokcigealna mišica. Parni puborektalni mišici izvirata iz sramnične zrastle, potekata navzad in v obliki črke U obrobujata urogenitalno odprtino, skozi katero prehajajo sečnica, nožnica ter danko (Slika 1).



Slika 1: Anatomija medeničnega dna, pogled od zgoraj

Mišice medeničnega dna so prečnoprogaste mišice. Prečnoprogaste mišice sestavljajo dva osnovna tipa mišičnih vlaken: počasna vlakna (tip I), ki počasi povečujejo in zmanjšujejo svojo napetost ter se počasi utrudijo, in hitra vlakna (tip II), ki delujejo obratno. Večina mišičnih vlaken dvigalka zadnjika so počasna mišična vlakna, kar pomeni, da vzdržujejo neprekinjeno napetost mišice. Neprekinjena napetost zagotovi zaporo urogenitalne odprtine med vsakodnevnimi stoječimi aktivnostmi. Ko kašljamo, kihamo ali dvigujemo težka bremena, se vklopi zavedno krčenje puborektalne mišice, ki še bolj poveča njeno napetost in nasprotuje povečanemu pritisku v trebuhu ter ohrani kontinenco.

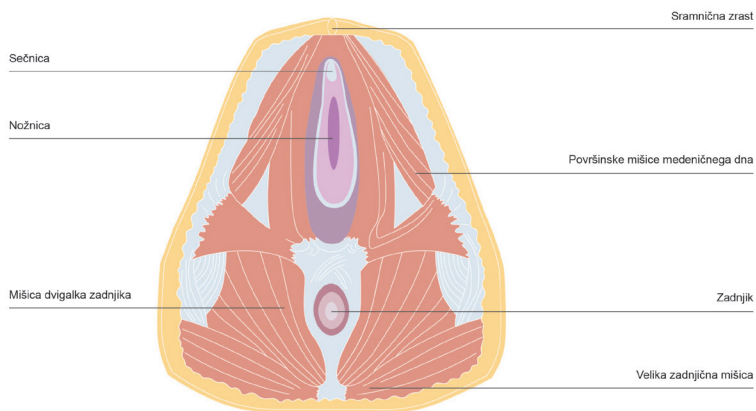
Dolžina sečnice je eden od razlogov, da so okužbe sečil pri ženskah pogostejše kot pri moških. Zakaj? Sečnica žensk je krajša in leži bližje nožnici ter danki – od tam pridejo bakterije, se razširijo po sečnici v sečni mehur in povzročijo okužbo.

Mišica dvigalka zadnjika zagotavlja glavno mišično podporo medeničnih organov. Pri pacientkah z zdrsom medeničnih organov in uhajanjem urina ter blata se

priporoča trening mišic medeničnega dna z učenjem krčenja mišice dvigalke zadnjika.

1.2 MIŠICE PRESREDKA

Mišice presredka predstavljajo manjši del medeničnega dna, ležijo pa pod sprednjim delom medenične prepone in zastirajo urogenitalno odprtino. Mednje prištevamo povrhnjo in globoko prečno mišico presredka, ishiokavernozno mišico, bulbospongiozno mišico, zunanjo zapiralko sečnice ter zunanjo zapiralko zadnjika. Vse mišice se med nožnico in zadnjikom prepletejo v močno vezivno-mišično enoto, ki predstavlja osrednji stabilni del presredka. Skozi globoko prečno mišico presredka potekata sečnica in nožnica. Naloga mišic presredka je med drugim tudi skrčiti urogenitalno odprtino, delovati kot zapiralka sečnice in vzdrževati kontinenco.



Slika 2: Mišice presredka, pogled od spodaj

1.3 SEČILA V MALI MEDENICI

Organi, ki se nahajajo v mali medenici, so od spredaj nazaj sečnica in sečni mehur, maternica, nožnica ter danka. Na stranskih stenah ležita jajčnika, od maternice do jajčnikov pa potekata jajceveda. V nadaljevanju bomo podrobneje predstavili sečila.

1.3.1 SEČNI MEHUR

Sečni mehur je votel mišični organ, ki deluje kot rezervoar seča. Leži tik za sramnično zrastjo, nad in za njim pa leži maternica. Njegova velikost, oblika, lega in debelina stene so odvisne od polnosti. V njega se stekata sečevoda, ki vanj dovajata seč iz ledvic. Sečni mehur je močnejše pritrjen na okolico samo v spodnjem predelu, zato se njegova oblika in lega lahko spreminjata, ko se polni. Vrat sečnega mehurja, ki se navzdol nadaljuje v sečnico, poteka skozi urogenitalno odprtino na medenični preponi. Podporo vratu sečnega mehurja predstavljajo pasivni (vezivno tkivo) in aktivni mehanizmi (dvigalka zadnjika).

1.3.2 SEČNICA

Sečnica je od 3 do 5 cm dolga cevka, ki poteka od sečnega mehurja navzdol. Za njo leži nožnica, s katero je zraščena skupaj. Sečnica se začne v sečnem mehurju z notranjim ustjem, ki ga obdaja gladka mišica, to je notranja zapiralka sečnice. Ko prehaja skozi urogenitalno prepono, sečnico obdaja prečnoprogasta mišica, to je zunanja zapiralka sečnice. Tako kot dvigalka zadnjika ima tudi zunanja zapiralka sečnice neprekinjeno napetost in preprečuje uhajanje urina, obenem pa jo lahko pod hotenim nadzorom pokrčimo ter ustavimo uhajanje urina. Zunanje ustje je konec sečnice in leži tik pred nožničnim vhodom.

Viri:

1. Abrams et al: The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2):167-78.
2. Ashton-Miller JA, DeLancey JO. Functional anatomy of the female pelvic floor. *Ann N Y Acad Sci* 2007; 1101: 266-96.
3. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol* 2004; 6 (Suppl 5): S2-S10.
4. José Marcio N Jorge, Leonardo A. Bustamante-Lopez. Pelvic floor anatomy. *Ann Laparosc Endosc Surg* 2022; 7: 20.
5. Raizada V, Mittal RK. Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterol Clin North Am* 2008; 37(3): 493-509-
6. Serdinšek T, Šumak R (ur). Izbrana poglavja iz uroginekološke anatomije. Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek z splošno ginekologijo in ginekološko urologijo, 2024; 96.
7. Strohbehn K. Normal pelvic floor anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(4): 683-705.
8. Takač I, Geršak K (ur.). Ginekologija in perinatologija. Medicinska fakulteta, 2016.
9. Ščepanović, D. Trening mišic medeničnega dna. *Obzor Zdr N* 2003; 37: 125–31.

2 KAKO DELUJE MEDENIČNO DNO?

Sara Čehić

Medenično dno je skupina mišic, ki podpira medenične organe (mehur, črevesje in maternico) ter opravlja pomembne naloge:

- **Zadrževanje in odvajanje:** Krčenje mišic pomaga zadrževati urin in blato, sprostitev teh pa omogoča izločanje.
- **Spolno funkcijo:** Prispeva k boljšemu delovanju spolnih organov in večjemu spolnemu zadovoljstvu.
- **Podporo organov:** Preprečuje izpad oziroma prolaps organov male medenice.
- **Stabilnost:** Skupaj z drugimi mišicami zagotavlja stabilnost trupa.

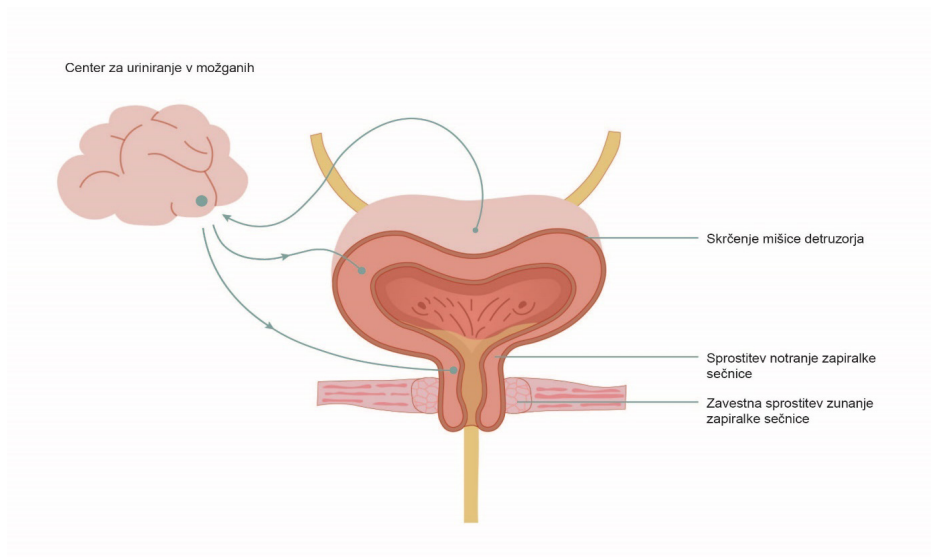
2.1 MEHANIZEM URINIRANJA

Uriniranje je proces, pri katerem se urin skozi sečnico izloči iz mehurja. Našemu telesu omogoča, da odstrani odvečno vodo in odpadne snovi. Uriniranje vodi refleks, ki ga ojačajo in zavirajo višji možganski centri. Pri zdravem posamezniku imajo spodnja sečila dve fazi aktivnosti: fazo shranjevanja urina in fazo praznjenja. Faza praznjenja se zgodi ob točno določenem času, ko presodimo, da je primerno, da mehur izpraznimo. Centri v možganski skorji so tisti, ki določijo, kdaj bomo zavestno urinirali, in nadzirajo nižje ležeče strukture. Informacije o občutku povečane polnosti mehurja se prenesejo do hrbtenjače. Pri majhni količini urina v mehurju je teh signalov malo, kar omogoča shranjevanje urina. Ko se mehur polni, se poveča pogostost signalov, kar povzroči zavestni občutek polnega mehurja. Ko je posameznik pripravljen na uriniranje, zavestno sproži začetek praznjenja mehurja. Praznjenje nadaljuje, dokler se mehur v celoti ne izprazni, nato pa se ponovno sprosti in urin se znova začne shranjevati.

V odrasli dobi je povprečni volumen, ki ga mehur lahko zadrži, med 300 in 400 ml. S povečanjem volumna urina, ki ga drži mehur, se povečuje tudi pritisk na steno mehurja. Če je ta prevelik, to zaznamo kot bolečino.

Mišice, ki omogočajo uriniranje, nadzorujejo živci, ki delujejo samodejno (so del avtonomnega živčnega sistema), in živci, ki so pod nadzorom naše volje ter zavesti

(so del somatskega živčnega sistema). Avtonomni živci delujejo na dva načina: z umirjanjem in s sproščanjem mišic (parasimpatičnim delom) ali s stiskanjem in zadrževanjem (s simpatičnim delom).



Slika 3: Faza praznjenja urina. Notranja in zunanja mišica zapiralke se sprostita, mišica detruzorja se skrči.

Faza shranjevanja urina

- Notranja mišica zapiralke sečnice je skrčena, kar preprečuje iztekanje urina iz mehurja.
- Mišica detruzorja je sproščena, kar omogoča mehurju, da se razteza in shranjuje urin.
- Bistvo kontinence je, da tlak mišice zapiralke sečnice preseže tlak v mehurju, da urin ne uhaja.
- Zunanja mišica zapiralke, ki jo nadzoruje somatsko živčevje, ostane skrčena in dodatno prispeva k zadrževanju urina.

Faza praznjenja urina

- Notranja mišica zapiralka se sprosti, kar omogoča, da urin začne iztekati.
- Mišica detruzorja se skrči, kar poveča pritisk v mehurju, tako da ta preseže tlak v sečnici in omogoči iztekanje urina.
- Zunanja mišica zapiralka, ki jo zavestno nadzorujemo, se sprosti in omogoči popolno praznjenje mehurja (Slika 3).

Pri zdravem odraslem je poleg mišic zapiralk sečnice del sistema vzdrževanja kontinence tudi medenično dno. Medenično dno je podporni aparat in ima vlogo pri vzdrževanju kontinence. Je mišično-vezivna plošča, ki zapira medenični izhod, drži organe medenice in trebušne votline, hkrati pa omogoča normalen položaj vratu mehurja ter sečnice. Napor poveča pritisk v mehurju, pri tem pa medenično dno skupaj z mišicami zapiralkami stisne sečnico. Tako se sečnica zapre in učinkovito prepreči iztekanje urina.

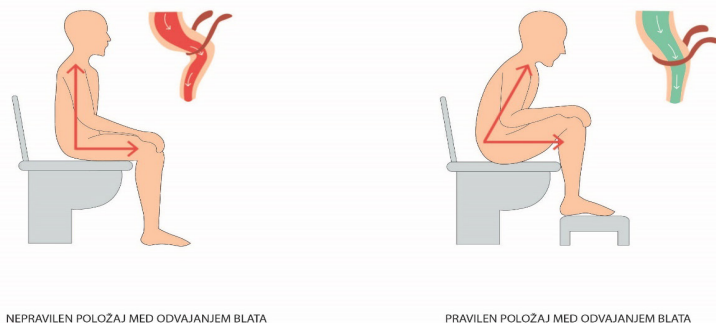
2.2 MEHANIZEM ODVAJANJA BLATA

Gladke mišice črevesa imajo nalogo, da črevesno vsebino počasi premikajo naprej proti izhodu. Tako se nekajkrat na dan pojavi velik peristaltični val, ki premakne črevesno vsebino v danko, ki se tako napolni in razširi. To zaznajo receptorji v steni danke, kar vodi do sprostitve notranje mišice zapiralk anusa in refleksnega skrčenja zunanje mišice zapiralk, mi pa to občutimo kot poziv na blato.

Za normalno odvajanje blata so izjemno pomembni koordinirano delovanje danke, analnega kanala, notranje in zunanje zapiralk zadnjika ter puborektalne mišice. Danko, ki je usmerjena navзад, se nadaljuje v analni kanal (zadnjik), usmerjen naprej. Skupaj tvorita tako imenovan anorektalni kot, ki meri približno 90 stopinj in je izredno pomemben pri zadrževanju blata ter iztrebljanju. Puborektalna mišica, ki je del mišice dvigalk zadnjika in je v stiku z zunanjo mišico zapiralko, lahko ta kot zmanjša, če se skrči, ali ga poveča, če se sprosti.

Ljudje med iztrebljanjem običajno sedimo; takrat se anorektalni kot zaradi spremembe položaja nekoliko poveča. S hitrim sproščanjem zunanje mišice zapiralk, ob tem pa tudi puborektalne mišice, se anorektalni kot še dodatno poveča. To nam omogoča, da lahko brez težav in z minimalnim napenjanjem mišic trebušne stene izločimo blato. Pri zadrževanju blata, kihanju, kašljanju in dvigovanju bremen se analna zapiralka skrči ter kot zmanjša. Iztrebljanje je tako onemogočeno.

V zahodnih državah je sedenje na straniščni školjki najpogostejši način odvajanja blata, vendar ni najbolj učinkovit. Večji upogib v kolkih namreč poveča anorektalni kot, kar bistveno olajša iztrebljanje. To lahko dosežemo z uporabo pručke ali v počepu. Najbolj učinkovito naj bi bilo prav odvajanje blata čepe. Raziskave so pokazale, da čepeč položaj omogoča učinkovitejše sproščanje puborektalne mišice in prispeva k izravnavi anorektalnega kota (Slika 4). Tako se blato izloči z manj napora in manj napenjanja, črevo pa bolje izprazni. Odvajanje blata čepe ali z uporabo pručke olajšuje zaprtje in preprečuje hemoroide, ki so pogosto posledica napenjanja.



Slika 4: Prikaz nepravilnega in pravičnega položaja med odvajanjem blata

Poziv za iztrebljanje se pojavi v trenutku, ko blato prispe v danko, in traja nekaj sekund. Če vsebina v danki ni prevelika, občutimo poziv na blato, ki pa v nekaj sekundah izzveni, saj se danko temu prilagodi. Če v danko prispe večja količina blata, se danko ne more prilagoditi in poziv vztraja. Analna zapiralka lahko vzdržuje maksimalni tonus le kratek čas, zato moramo blato hitro iztrebiti, sicer se lahko pojavi prehodno uhajanje blata.

Najpogostejši vzorec odvajanja blata je enkrat dnevno, kar velja za tretjino žensk. Pri odraslih se normalna pogostost odvajanja giblje od največ trikrat na dan do najmanj trikrat na teden.

Viri:

1. Bobnar Sekulič C. Zaprtje. Zdravstveno vzgojno gradivo. Klinični center Ljubljana, Ljubljana, 2004. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: https://www.kclj.si/dokumenti/00000116-00000081-interna_zaprtje.pdf
2. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P (ur). Incontinence, 7. izdaja. International Consultation on Incontinence 2023: 99–815.
3. Palit S, Lunnijs PJ, Scott SM. The Physiology of Human Defecation. Dig Dis Sci 2012; 57, 1445–1464.
4. Skuk E, Blaganje M. Urinska inkontinenca pri ženski: pregled področja. Javno zdravje 2020; 12: 1–18.
5. Watson S. What is a squatty potty? Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: <https://www.webmd.com/digestive-disorders/squatty-potty-what-is>

3 KAJ SO MOTNJE V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA?

Nina Razgoršek

Medenično dno sestavljajo mišice, vezi in vezivno tkivo, ki skupaj tvorijo celoto, ključno za pravilno delovanje funkcij, kot so primerno zadrževanje in odvajanje urina ter blata in spolnost. Težave z medeničnim dnom delimo na:

- težave z nadzorovanjem mehurja;
- težave z nadzorovanjem črevesja;
- zdrs medeničnih organov.

Zaradi staranja populacije bodo v prihodnosti motnje v delovanju medeničnega dna postale še pogostejše.

Motnje v delovanju medeničnega dna so pogost pojav, s katerim se srečuje vsaj polovica vseh žensk. Ženske najpogosteje opažajo težave z nadzorovanjem mehurja – v kar 56 %; simptomatski zdrs medeničnih organov je prisoten v 14 %, o težavah z nadzorovanjem črevesja pa poročajo v 10 %.

Simptomi, ki kažejo na motnje v delovanju medeničnega dna, so številni. Najpogosteje pa se srečujemo s tistimi, ki jih povzročajo težave z nadzorovanjem mehurja in zdrs medeničnih organov.

Dejavniki tveganja, ki vodijo v motnje delovanja medeničnega dna, so:

- število vaginalnih porodov;
- instrumentalno dokončanje poroda (na primer vakuumski porod);
- nosečnost;
- starost;
- prekomerna telesna teža;
- velik plod;
- dvigovanje težkih bremen;
- kronični kašelj;
- dolgotrajno zaprtje z napenjanjem.

Najpomembnejši dejavnik tveganja za pojav je vaginalni porod, pri katerem lahko pride do poškodbe mišic in vezi medeničnega dna, delovanje pa je lahko oslABLjeno tudi zaradi poškodbe živčevja.

Večina žensk z motnjami v delovanju medeničnega dna ne poišče zdravniške pomoči, čeprav težave kvarno vplivajo na kvaliteto njihovega življenja.

Viri:

1. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A., Martínez-Vázquez S et al. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. BMC Public Health 2023; 23: 2005.
2. Serdinšek, T, But I. Initial assessment of a female patient with pelvic floor dysfunction. Zdrav Vestn 2019; 87(11-12): 575–586.

4 URINSKA INKONTINENCA

Sara Čehić, Tinkara Studen

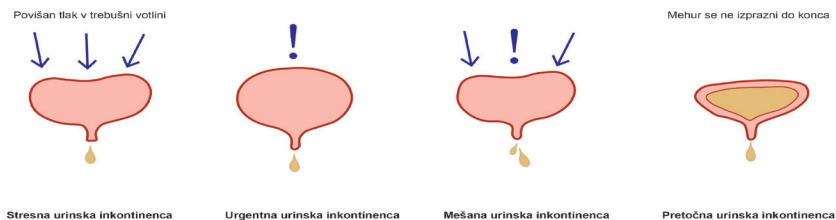
4.1 KAJ JE URINSKA INKONTINENCA?

Nenadzorovano uhajanje urina ali urinska inkontinenca je motnja v delovanju medeničnega dna in se opredeljuje kot vsako nehoteno uhajanje urina. Je socialni oziroma higienski problem in negativno vpliva na kakovost posameznikovega življenja.

Med dejavnike tveganja za nastanek inkontinence spadajo starost, večkratne nosečnosti in porodi, poškodbe medeničnega dna ob vaginalnem porodu, kirurški posegi v mali medenici, menopavza, odstranitev maternice, čezmerna telesna teža, zmanjšana telesna aktivnost, okužbe sečil, kronični kašelj, dolgotrajno dvigovanje težkih bremen, prirojena slabost vezivnega tkiva ter kronično zaprtje.

4.2 KATERE VRSTE URINSKE INKONTINENCE POZNAME?

Po osnovnih mehanizmih nastanka v grobem ločujemo med stresno, urgentno, mešano in preločno urinsko inkontinenco (Slika 5). Bolnice imajo raznolike simptome in znake ter navajajo velik razpon težav, od rahlo motečih do hudo omejujočih.



Slika 5: Prikaz različnih oblik urinske inkontinence

- **Stresna urinska inkontinenca**

Gre za nehoteno uhajanje urina med napenjanjem ali naporom oziroma med kihanjem in kašljanjem. Je najpogostejši tip urinske inkontinence in predstavlja skoraj polovico vseh primerov urinske inkontinence pri ženskah. Najpogostejše se pojavlja med 45. in 59. letom.

Do stresne inkontinence pri ženskah najpogostejše pride zaradi oslabljenih mišic

medeničnega dna, poškodb mišic zapiralk sečnice ali zmanjšane podpore vratu mehurja, ki so posledica nosečnosti, poroda, menopavze ali prekomernega pritiska na medenične organe.

- **Urgentna urinska inkontinenca**

Gre za nehoteno uhajanje urina skozi sečnico, ki se pojavi z občutkom nenadne močne potrebe po uriniranju (t. i. urgenco). Najpogosteje se pojavlja na poti do stranišča, ob poslušanju iztekajoče se vode ali pri delu z mrzlo vodo. Vzrok je nenadzorovano krčenje sečnega mehurja.

Urgentna urinska inkontinenca je le del sindroma, ki ga poznamo kot prekomerno aktivni sečni mehur (PASM). Poleg takojšnje potrebe po uriniranju jo običajno spremljata pogosto uriniranje in uriniranje ponoči brez okužbe sečil ali druge očitne bolezni.

- **Mešana urinska inkontinenca**

Je opredeljena kot nehotno uhajanje urina, povezano tako z urgenco kot s telesnim naporom, kihanjem ali kašljanjem. Je drugi najpogostejši tip urinske inkontinence, pogostost pa se s starostjo dodatno povečuje.

- **Prelivna inkontinenca**

Prelivna (angl. overflow) inkontinenca je vrsta urinske inkontinence, ki nastane, ko se mehur ne more popolnoma izprazniti, zaradi česar se urin postopoma nabira in nato nenadzorovano uhaja. To stanje je pogosto povezano s prekomerno napolnjenostjo mehurja.

Pri ženskah je to redkejša vrsta inkontinence in predstavlja 5–10 % vseh urinskih inkontinenc, pogostost pa s starostjo narašča. Do prelivne inkontinence pri ženskah najpogosteje pride zaradi oslabljenih mišic mehurja, nevroloških poškodb ali mehanskih ovir, kot so zdrs medeničnih organov ali brazgotine po operacijah, ki otežujejo popolno izpraznitev mehurja.

4.3 KAKO POGOSTA JE URINSKA INKONTINENCA?

Motnje v delovanju medeničnega dna so zelo razširjena zdravstvena težava, ki prizadene približno polovico vseh žensk. Čeprav obstajajo velike razlike med posameznimi raziskavami s tega področja, pogostost v svetovnem merilu znaša med

24 % in 45 %.

Razširjenost urinske inkontinence glede na starostne skupine:

- mlade ženske (18–44 let): 20–30 %;
- ženske v srednjih letih (45–59 let): 31 %;
- starejše ženske (nad 60 let): 30–50 %.

4.4 KAKO DIAGNOSTICIRAMO URINSKO INKONTINENCO?

Diagnostika uhajanja vode vključuje celovit pristop, ki zajema klinično oceno, laboratorijske preiskave, slikovne metode in funkcionalne teste. Prvi korak je podrobna anamneza, pri kateri pridobimo informacije o vrsti in pogostosti težav, sprožilnih dejavnikih, vplivih na kakovost življenja ter dosedANJI zgodovini zdravljenja. Pomembno vlogo ima tudi vodenje **dnevnika uriniranja**, ki nudi dodatne podatke za natančnejšo oceno simptomov.

Dnevnik uriniranja je preprosto orodje, s katerim bolnica več dni zapored beleži, kdaj in koliko urinira, koliko tekočine zaužije in ali se ob tem pojavljata uhajanje urina ali občutek nuje. Na ta način se razkrijejo vzorci uriniranja in trenutki, ko najpogosteje pride do uhajanja. Podatki, zbrani v dnevniku, zdravnikom omogočijo lažje odkrivanje vzrokov za inkontinenco in pomagajo pri načrtovanju najustreznejšega zdravljenja.

Klinični pregled vključuje ginekološki pregled, oceno prisotnosti zdrsa medeničnih organov in mišične moči medeničnega dna. Lahko sledi ultrazvočna preiskava, ki se uporablja za določitev preostale količine urina po uriniranju in za izključitev morebitnih anatomskih nepravilnosti.

Temu lahko sledi **stresni test**, s katerim se oceni stopnja uhajanja urina. Stresni test je preprost način, s katerim zdravnik oceni, ali pri bolnici prihaja do uhajanja urina ob povečanju pritiska v trebuhu, kot se zgodi pri kašljanju ali kihanju. Med testom bolnica običajno stoji ali sedi, zdravnik pa opazuje, ali se pojavijo znaki uhajanja urina, ko bolnica naredi določen gib, kot sta kašljanje ali dvigovanje predmeta. Ta test pomaga zdravniku razumeti, ali gre pri bolnici za stresno inkontinenco, pri kateri uhajanje urina nastane zaradi povečanja trebušnega pritiska, kot je denimo pri telesni aktivnosti.

Po potrebi se lahko izvede tudi urodinamska preiskava, pri kateri merimo tlak v mehurju in sečnici. To je ključna diagnostična metoda pri urgentni ali mešani inkontinenci in pri zapletenih primerih. V diagnostiki redkeje uporabljamo

cistoskopijo, pri kateri s posebno kamero pregledamo notranjost sečnega mehurja in sečnice, da izključimo prisotnost tumorjev, zožitev sečnice ali prisotnost kamnov v sečilih. Magnetna resonanca medeničnega dna pa se uporablja za oceno celovitosti in delovanja medeničnih organov, predvsem pri kompleksnejših primerih zdrsa medeničnih organov (14).

4.5 KAKŠNE SO MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA?

Zdravljenje urinske inkontinence se določi glede na tip in resnost težav, pri čemer se uporabljajo različni pristopi: vedenjski, farmakološki, fizioterapevtski in kirurški.

4.5.1 Vaje za krepitev mišic medeničnega dna

Fizioterapija lahko močno prispeva k obvladovanju težav z uhajanjem urina. Temelji na usmerjeni krepitvi mišic medeničnega dna, ki so ključne pri podpori mehurja in nadzoru nad uriniranjem. Med osnovnimi vajami so vaje za krepitev medeničnega dna oz. t. i. Keglove vaje, pri katerih se bolnica nauči pravilno prepoznati in krepiti mišice medeničnega dna, s čimer izboljša nadzor nad uhajanjem. Vaje, ki jih je razvil ginekolog dr. Arnold Kegel, so namenjene predvsem preprečevanju in zdravljenju urinske inkontinence ter izboljšanju spolne funkcije.

Izvajanje vaj za krepitev mišic medeničnega dna:

- **Identifikacija pravih mišic:** Najprej je treba prepoznati mišice medeničnega dna, kar lahko naredimo tako, da skrčimo mišice medeničnega dna, kot bi želeli zadržati vodo ali vetrove. Pomembno je, da pri izvajanju vaj ne napenjamo trebušnih, stegenskih ali zadnjičnih mišic.
- **Pravilna tehnika:** Vajo izvajamo tako, da mišice medeničnega dna stisnemo za 3–5 sekund, nato jih sprostim in ponovimo. Priporočljivo je 10–15 ponovitev trikrat dnevno.
- **Napredne tehnike:** Ko osnovne vaje postanejo lahke, lahko podaljšamo trajanje stiskanja na 10 sekund in dodamo različne položaje telesa (stoje, sede ali leže) za povečanje učinka.

Koristi vaj za krepitev mišic medeničnega dna:

- izboljšanje nadzora nad uriniranjem in zmanjšanje uhajanja urina pri stresni inkontinenci;
- krepitev mišic medeničnega dna po nosečnosti in porodu;
- zmanjšanje tveganja za zdrs medeničnih organov;

- izboljšanje spolnega zdravja in povečanje zadovoljstva pri spolnih odnosih.

Dolgoročna učinkovitost: za dosego najboljših rezultatov sta ključni doslednost in pravilna izvedba. Prve izboljšave se običajno pokažejo po 4–6 tednih redne vadbe. Dolgoročno izvajanje vaj lahko znatno izboljša delovanje medeničnega dna in zmanjša potrebo po invazivnih oblikah zdravljenja.

4.5.2 Trening sečnega mehurja pri prekomerno aktivnem sečnem mehurju

Trening sečnega mehurja je ena od najučinkovitejših metod obvladovanja urgentne urinske inkontinence. Cilja tovrstnega treninga sta izboljšanje sposobnosti nadzora nad nujnimi potrebami po uriniranju in povečanje kapacitete mehurja.

Načela treninga sečnega mehurja:

- Prepoznavanje in obvladovanje nuje: bolnice se naučijo prepoznati in nadzorovati potrebo po uriniranju, pri čemer postopoma podaljšujejo čas med obiski stranišča.
- Načrtovano uriniranje: priporočljivo je, da pacientke sledijo strukturiranemu urniku uriniranja in se izogibajo spontanemu odzivanju na nujno.
- Uporaba sprostitvenih tehnik: globoko dihanje, preusmeritev pozornosti in tehnike sproščanja mišic lahko pomagajo zmanjšati občutek nuje po uriniranju.
- Postopno podaljševanje intervalov: začnemo z manjšimi časovnimi zamiki (npr. 5–10 minut) in jih postopoma povečujemo, da dosežemo optimalne časovne razmake med uriniranjem.

Koristi treninga sečnega mehurja:

- zmanjšanje pogostosti uriniranja in nenadzorovanih epizod inkontinence;
- izboljšanje sposobnosti nadzora nad nujno;
- povečanje zmogljivosti mehurja;
- dolgoročna učinkovitost brez potrebe po zdravljenju z zdravili.

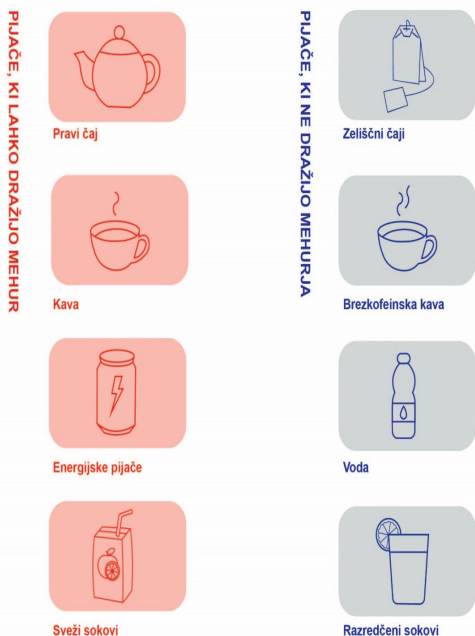
Trening sečnega mehurja je pogosto kombiniran z drugimi vedenjskimi ukrepi, kot so vaje za krepitev mišic medeničnega dna, in lahko pomembno izboljša kakovost življenja bolnic z urgentno urinsko inkontinenco.

4.5.3 Drugi fizioterapevtski ukrepi

Poleg klasičnih vaj lahko fizioterapevt priporoči tudi elektrostimulacijo; pri tej metodi s pomočjo nizkofrekvenčnih električnih dražljajev dodatno spodbudimo in okrepimo mišice, zlasti pri tistih, ki imajo težave že z osnovnim stiskanjem. Za bolnice s prekomerno aktivnim mehurjem, ki pogosto čutijo močno nujno ali imajo več epizod uhajanja urina, pa se lahko uporabi stimulacija posteriornega tibialnega živca. Ta poteka s pomočjo majhne elektrode ali tanke iglice v predelu gležnja, kjer živčni dražljaji potujejo navzgor in umirjajo pretirano delovanje mehurja.

Z izbranimi vajami in s fizioterapevtskimi tehnikami se lahko zmanjšata pogostost ali intenzivnost epizod uhajanja urina, obenem pa se izboljša kakovost življenja in bolnici povrne večji občutek varnosti ter samozavesti pri vsakodnevnih dejavnostih.

Določena pijača lahko poslabša težave z mehurjem. Sem sodijo predvsem pijače z visoko vsebnostjo kofeina (kava, pravi čaji), gazirane pijače, pijače z visoko vsebnostjo enostavnih sladkorjev in kiselkaste pijače (limonada, paradižnikov sok).



Slika 6; Prikaz pijač, ki dražijo mehur in se jim je treba izogibati, in pijač, ki ne dražijo mehurja.

4.5.4 Vedenjska terapija

Vedenjska terapija je prva izbira zdravljenja, saj je neinvazivna in brez stranskih učinkov. Vključuje trening mehurja, v sklopu katerega se postopoma podaljšujejo intervali med uriniranjem; vadbo za krepitev mišic medeničnega dna in t. i. biofeedback tehnike izboljšanja nadzora nad medeničnimi mišicami. Pomembno vlogo imajo tudi spremembe življenjskega sloga, kot so omejitev vnosa kofeina in alkohola (Slika 6), vzdrževanje primerne vnosa tekočin ter zmanjšanje telesne teže.

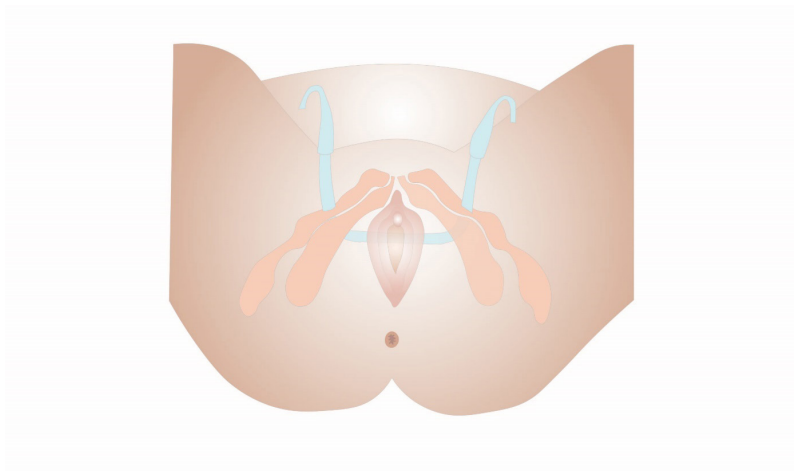
4.5.5 Zdravljenje z zdravili

Zdravljenje z zdravili (farmakološko zdravljenje) vključuje zdravila, ki umirjajo mišico mehurja (detruzor) in se uporabljajo pri urgentni urinski inkontinenci. Zdravilo običajno predpiše ginekolog ali urolog, pomembno pa je vedeti, da se učinek razvije šele po nekaj tednih jemanja. Hkrati se lahko uporabljajo tudi lokalni hormonski pripravki (estrogeni), ki izboljšajo kakovost sluznice pri ženskah v menopavzi.

4.5.6 Kirurško zdravljenje

Kirurško zdravljenje se izvaja v primeru stresne urinske inkontinence, kadar konzervativne metode niso uspešne. Najpogosteje se izvaja namestitev sintetičnega traku, ki nudi oporo sečnici in zmanjša uhajanje urina pri fizični aktivnosti.

Poseg z namestitvijo sintetičnega traku je kratek kirurški postopek, pri katerem kirurg skozi majhen rez v nožnici vstavi trak pod sečnico (Slika 7). Ta trak podpira sečnico in preprečuje uhajanje urina pri kašljanju ali telesnem naporu. Operacija običajno poteka v splošni ali lokalni anesteziji in traja manj kot eno uro. Po posegu lahko bolnica običajno odide domov po enem do dveh dneh, vendar se prvih nekaj tednov odsvetujeta dvigovanje težkih bremen in pretrgana telesna aktivnost, da se tkivo dobro zaraste.



Slika 7: Prikaz traku, ki je nameščen pod sečnico. Operacija s sintetičnim trakom se uporablja za zdravljenje stresne urinske inkontinence.

Pri težjih oblikah urgentne urinske inkontinence se lahko v mehur injicira botulin toksin, ki umiri prekomerno dejavnost mišice mehurja. Poseg poteka tako, da zdravnik skozi sečnico vbrizga botulin toksin na več mest znotraj stene mehurja. Operacija se običajno izvaja v lokalni anesteziji, traja le nekaj minut, po njej pa gre bolnica lahko v večini primerov kmalu domov. Učinek botulin toksina traja nekaj mesecev, zato je postopek po potrebi treba ponoviti. Glavni namen je zmanjšati močno nujno in pogostost uriniranja ter tako izboljšati nadzor nad mehurjem.

Zaključek

Uspešno obvladovanje urinske inkontinence zahteva celostni pristop, ki vključuje natančno diagnostiko in prilagojeno zdravljenje. Kombinacija vedenjskih, farmakoloških, fizioterapevtskih in kirurških metod omogoča najboljše izide za bolnice, pri čemer je ključno sodelovanje med bolnico ter zdravstvenimi strokovnjaki. Napredek v diagnostiki in zdravljenju bo v prihodnosti prispeval k še boljšemu obvladovanju tega pogostega zdravstvenega problema.

Viri:

1. Adult bladder and bowel service. Overactive Bladder (OAB). Oxford Health, NHS Foundation Trust. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: <https://www.oxfordhealth.nhs.uk/>
2. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(4): 723–46.

3. Burgio KL. Influence of behavior modification on overactive bladder. *Urology* 2002; 60(5 Suppl 1):72–6.
4. Cardozo L, Rovner E, Wagg A, Wein A, Abrams P (ur). Incontinence, 7. izdaja. International Consultation on Incontinence 2023: 99–815.
5. Churches J. Overactive bladder – your dos and don'ts!! Royal Berkshire, NHS Foundation Trust. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: www.royalberkshire.nhs.uk European Association of Urology (EAU). Non-neurogenic female lower urinary tract symptoms (LUTS). EAU Guidelines. 2024.
6. Iglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician* 2017; 96(3):179–185.
7. Jayachandran C. Prevalence of Stress, Urge, and Mixed Urinary Incontinence in Women. 2007. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: <http://commons.emich.edu/theses/228>
8. Lukanović D, Blaganje M, Barbič M. Urinary incontinence treatment algorithm. *Zdrav Vestn* 2021; 90(5-6): 275-87.
9. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000; 107(12): 1460–70.
10. Milne, Jill L. Behavioral Therapies for Overactive Bladder: Making Sense of the Evidence. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 2002; 35(1): 93–101.
11. NHS. Causes - Urinary Incontinence. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: <https://www.nhs.uk/conditions/urinary-incontinence/causes/NICE> Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. *BJU Int* 2019; 123(5): 777–803.
12. Peinado-Molina RA, Hernández-Martínez A., Martínez-Vázquez S et al. Pelvic floor dysfunction: prevalence and associated factors. *BMC Public Health* 2023; 23: 2005.
13. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Information for you – Pelvic Organ Prolapse. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/pelvic-organ-prolapse> Reich, B., Das, R., Gardner, B. et al. Cognitive components of behavioral therapy for overactive bladder: a systematic review. *Int Urogynecol J* 2021; 32: 2619–2629.
14. Serdinšek, T, But I. Initial assessment of a female patient with pelvic floor dysfunction. *Zdrav Vestn* 2019; 87(11-12): 575–586.
15. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract* 2009; 63(8): 1177–91.

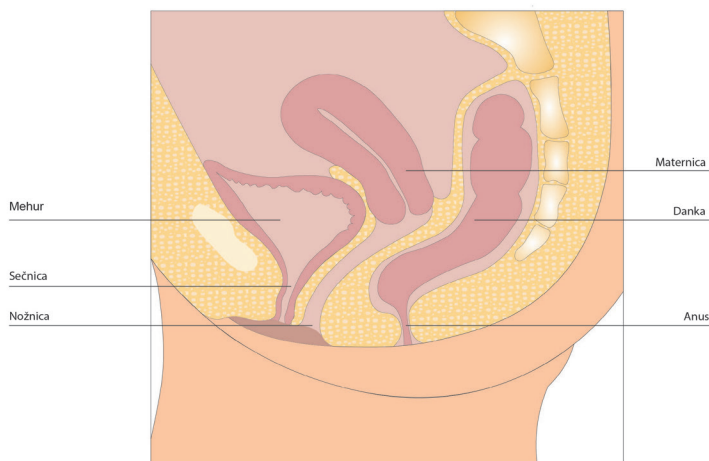
5 ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV

Nina Razgoršek, Katerina Trpkovska

5.1 KAJ JE ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV?

Organe v medenici ženske (maternico, mehur in danko) v njihovem anatomskem položaju držijo mišice ter vezi, ki jih imenujemo medenično dno (Slika 8). Če je medenično dno oslabljeno, se lahko medenični organi premaknejo navzdol od njihovega pravilnega položaja, kar lahko vodi do izbočenja organov skozi nožnico ali zadnjik.

Prvi zgodovinski zapisi o zdrsu medeničnih organov segajo v leto 1500 p. n. š. Kasnejši zapisi iz antične Grčije nam nudijo edinstven vpogled v prve poskuse zdravljenja zdrsa medeničnih organov – od obračanja ženske na glavo do izpiranja zdrsne maternice z vinom.

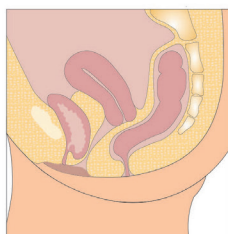


Slika 8: Prikaz medeničnih organov

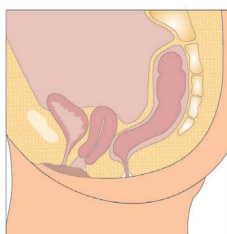
5.2 KATERE VRSTE ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV SO NAJPOGOSTEJŠE?

Glede na medenični organ, ki zdrsne v nožnico, ločimo različne oblike zdrs medeničnih organov. Lahko je prisotnih več vrst zdrs hkrati. Glede na to, kako nizko se spustijo organi, ločujemo med različnimi stopnjami zdrs. Najpogostejše vrste zdrs so (Slika 9):

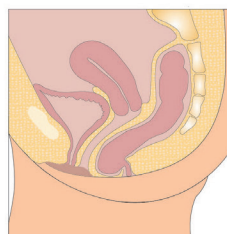
- Zdrs sprednje stene nožnice: ko se mehur in/ali sečnica izbočita ob sprednji steni nožnice – to imenujemo tudi cistokela oziroma cistouretrokela.
- Zdrs zadnje stene nožnice: ko se rektum (zadnji del debelega črevesja) izboči ob zadnji steni nožnice – to imenujemo tudi rektokela. Možno je tudi, da se izboči del tankega črevesa, kar imenujemo enterokela.
- Zdrs maternice: zdrs maternice v nožnico ali skozi vhod nožnice.
- Zdrs vrha nožnice po odstranitvi maternice: po kirurški odstranitvi maternice (histerektomiji) se razvije pri eni od desetih žensk.



Zdrs sprednje stene nožnice
(cistokela)



Zdrs maternice



Zdrs zadnje stene nožnice
(rektokela)

Slika 9: Prikaz različnih oblik zdrs medeničnih organov

5.3 KAKO POGOST JE ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV?

Čeprav lahko zdrs medeničnih organov prizadene ženske vseh starosti, je pogostejši pri starejših ženskah. Pogostost pojavnosti se viša med 60. in 69. letom, ko o težavah poroča 5–10 % žensk. Zdrs je ob kliničnem pregledu prisoten pri 40–50 % žensk, vendar le 3 % pacientk navajajo težave, ki jih povzroča zdrs.

Do 80. leta starosti bo imelo 11-20 % žensk vsaj en operativni poseg zaradi zdrsa medeničnih organov in/ali uhanja vode, to število pa bi naj v prihodnosti zaradi staranja populacije še naraslo.

5.4 ZAKAJ PRIDE DO ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV?

Zdrs medeničnih organov je posledica oslabiljenega medeničnega dna, ki je največkrat posledica več dejavnikov tveganja, kot so:

- nosečnost;
- vaginalni porod;
- instrumentalno dokončan porod;
- staranje – predvsem leta po menopavzi;
- prekomerna telesna teža;
- kronični kašelj;
- dolgotrajna zaprtost z napenjanjem;
- pogosto dvigovanje težkega bremena;
- genetika – podedovana čvrstost vezivnega tkiva;
- predhodni ginekološki ali urološki kirurški posegi.

5.5 KAKO SE KAŽEJO SIMPTOMI ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV?

Simptomi so odvisni od vrste in stopnje zdrsa. Lahko so:

- izboklina v nožnici, ki jo lahko tipamo in opazimo;
- neprijeten ali pekoč občutek v predelu spolovila;

- pogostejša in nujnejša potreba po uriniranju in/ali težave z uriniranjem in/ali
- občutek, da se mehur ne izprazni popolnoma;
- uhajanje urina pri kašljanju, kihanju, smejanju ali dvigovanju težkih predmetov;
- motnje v zadrževanju in odvajanju blata – včasih je treba z roko pritisniti na izboklino, da se lahko črevesje izprazni;
- nelagodje, bolečina ali zmanjšana občutljivost med spolnim odnosom;
- pogostejše okužbe mehurja (cistitis).

Nekateri od zgoraj naštetih simptomov morda niso neposredno povezani z zdrsom medeničnih organov.

5.6 KAKO DIAGNOSTICIRAMO ZDRS MEDENIČNIH ORGANOV?

Zdrs diagnosticiramo na osnovi pogovora in kliničnega pregleda. Ginekolog s pregledom natančno ugotovi, kateri organ je vključen v zdrs. Zdrse razvrstimo glede na stopnjo, od 0 do 4. Stopnji 0 in 1 sta fiziološki in ne povzročata težav. Bolnice običajno zaznajo moteče simptome v trenutku, ko zdrs doseže ali preseže raven vhoda v nožnico, to je pri stopnji 2 ali več. Če so prisotne težave z zadrževanjem in uhajanjem urina, se opravijo še preiskave za opredelitev uhajanja vode.

Ženske, ki imajo bližnje sorodnice z zdrsom medeničnih organov, imajo v primerjavi z ženskami brez družinskega pojavljanja zdrsa medeničnih organov kar 2,7 x višje tveganje, da se tudi pri njih pojavijo te težave.

5.7 ZDRAVLJENJE ZDRSA MEDENIČNIH ORGANOV

• Ali je zdravljenje nujno potrebno?

Ne. Zdrs medeničnih organov ni življenjsko ogrožajoče stanje, zato se lahko bolnice odločijo, da bodo počakale na izboljšanje simptomov. Pri tem se je treba zavedati, da se lahko simptomi stopnjujejo, kar lahko poslabša kakovost življenja.

• Kakšne so možnosti zdravljenja?

Možnosti zdravljenja so odvisne od vrste in stopnje zdrsa medeničnih organov, starosti, splošnega zdravstvenega stanja, spolne aktivnosti, predhodnih trebušnih ali medeničnih operacij ter želje po spočetju otroka. Namen vseh navedenih možnosti

je olajšati simptome in zmanjšati napredovanje zdrsa medeničnih organov.

Spremembe življenjskega sloga, ki se svetujejo, so naslednje.

- izguba telesne teže v primeru prekomerne telesne teže;
- prenehanje kajenja;
- zdravljenje dolgotrajnega kašlja;
- izogibanje zaprtju;
- izogibanje dvigovanju težkih bremen;
- izogibanje telesni aktivnosti, ki vpliva na medenično dno (npr. teku ali skakanju po trampolinu).

Ob spremembah življenjskega sloga priporočajo tudi že omenjene **vaje za krepitev mišic medeničnega dna** oz. Keglove vaje. Pri tem skrčimo mišico dvigalko zadnjika in zmanjšamo težave z odvajanjem vode. Izvajajo se v različnih položajih (leže, stoje, čepe). Mišice je treba stisniti in zadržati, kot da bi želeli prekiniti curek urina in istočasno zaustaviti uhajanje vetrov iz črevesja, pri tem pa ne zadrževati dihanja, stiskati zadnjice ali močno stiskati trebušnih mišic. Stisk naj bo čim močnejši in naj traja vsaj 5 sekund, nato pa je treba sprostiti mišice ter večkrat ponoviti vajo. Vaje ne bodo dokončno pozdravile zdrsa medeničnih organov, bodo pa pomembno

Podatki kažejo, da se ob začetku zdravljenja dve tretjini žensk odločita za zdravljenje s pesarjem.

prispevale k izboljšanju simptomov in izboljšale izid v primeru kirurškega zdravljenja. Prav tako so priporočljive v primeru odsotnosti simptomov, saj bodo preprečile njihov pojav. Dokazano je, da je primerno število izvedenih vaj med 45 in 60 na dan, razdeljenih v od 2 do 3 sklope, fizioterapevtski trening mišic medeničnega dna pa naj traja vsaj 16

tednov. Če so vaje učinkovite, se svetuje, da se z izvajanjem nadaljuje.

Način ublažitve simptomov in zmanjšanja napredovanja zdrsa je tudi **pesar** (Slika 10). Gre za silikonski pripomoček, ki se prilega nožnici in predstavlja oporo medeničnim organom. Pesarji so primerni za večino žensk, zanj pa se odločajo predvsem ženske, ki razmišljajo o spočetju otrok, in ženske, ki ne želijo ali ne morejo biti kirurško zdravljene. Pesarji so različnih velikosti

Prve podatke o uporabi pesarjev najdemo v egipčanskih papirusih. Skozi stoletja so se za pesarje uporabljali različni materiali – polovica granatnega jabolka, v kis namočene gobice, pripomočki iz bombaža, medenine ali plute ter nato tudi gume.

in oblik – najpogosteje se uporabljajo takšni v obliki obročka, a je potrebno posvetovanje z ginekologom, ki posameznicam priporoči najustreznejšo obliko zanje. Ker so tako raznoliki, je možno, da prvi vstavljen pesar ne ustreza, kar je treba povedati ginekologu. Ta poda tudi navodila, kako ga vstaviti, odstraniti in čistiti. To naj bi storili na vsake tri do šest mesecev, v našem okolju to običajno opravi izbrani ginekolog. Z določenimi oblikami pesarjev lahko imajo bolnice spolne odnose, čeprav se ga nekatere odločijo odstraniti pred spolnim odnosom in ga nato ponovno vstavijo. Ob kakršnih koli težavah ali vprašanjih se je treba obrniti na ginekologa. Če so vaje za krepitev mišic medeničnega dna učinkovite, jih je priporočljivo izvajati sočasno z uporabo pesarja.



Slika 10: Prikaz različnih oblik pesarjev. Najpogosteje se uporablja pesar v obliki obročka (na sliki spodaj desno).

Postmenopavznim ženskam ginekolog običajno predpiše **estrogensko zdravljenje** v obliki tablet, mazila ali obročka, ki se vstavi v nožnico. Estrogeni izboljšajo elastičnost tkiva in preprečijo rane zaradi pritiska organa na steno nožnice ter tako zmanjšajo nelagodje, ki ga povzroča zdrs medeničnih organov. Predpišejo jih tudi ženskam, ki imajo pogoste rane nožnice in krvavitve ob uporabi pesarjev.

Kirurško zdravljenje je zadnja možnost, če prej navedene rešitve ne pomagajo. Z vsako operacijo je povezano določeno tveganje, slednje pa je večje za kadičke in bolnice s povišano telesno težo ali z drugimi zdravstvenimi težavami. Če bolnica načrtuje družino, ji bo ginekolog svetoval odložitev operacije, saj lahko nosečnost in porod povečata tveganje za ponoven pojav zdrsa medeničnih organov.

- **Kakšne so različne možnosti operacije?**

Obstaja več kirurških načinov zdravljenja zdrsa medeničnih organov. Najustreznejšo možnost bolnici svetuje ginekolog.

Ženske, ki imajo zdrs maternice in jo želijo ohraniti, se odločajo za kolporafijo (kirurški dvig sprednje ali zadnje stene nožnice), Manchesterjev poseg (skrajšanje materničnega vratu) ali sakrohisteropeksijo (maternico se s pomočjo mrežice prišije na vez, ki poteka pred križnico). Ženske, ki maternice ne želijo ohraniti, se poleg omenjenih posegov lahko odločijo za vaginalno histerektomijo (odstranitev maternice) ali odstranitev zgornjega dela maternice, maternični vrat pa ostane. S posegom, ki se imenuje sakrocervikopeksija, se maternični vrat s pomočjo mrežice prišije na vez, ki poteka pred križnico.

Ženske, ki imajo zdrs krna nožnice, se odločajo za vaginalno sakrospinozno fiksacijo (vrh krna nožnice prišijejo na sakrospinozno vez na križnici) ali laparoskopsko sakrokolpopeksijo z mrežico (vrh krna nožnice s pomočjo mrežice prišijejo na križnico). Za ženske, ki ne želijo več imeti vaginalnih spolnih odnosov, je primerna tudi kolpoplekiza (delno ali popolno zašitje nožnice). Slednje se pri nas izvaja zelo redko.

- **Kakšne so možnosti anestezije?**

Možnosti anestezije bolnicam glede na njihovo zdravstveno stanje predstavi ginekolog in anesteziolog; glede na način operacije obstajajo splošna anestezija (pri kateri zaspite), spinalna anestezija (pri kateri ne čutite bolečine od pasu navzdol) in lokalna anestezija (omrtviči le določeno področje).

- **Kaj so prednosti in tveganja operacije?**

Prednosti: prijetnejši občutek in manj težav z odvajanjem vode ter blata.

Pogosta tveganja po operaciji: krvavitev, okužba, bolečine med spolnim odnosom in povrnitev zdrsa medeničnih organov – lahko se zgodi, da se odvajanje vode ne bo izboljšalo oz. bo prišlo celo do uhajanja urina.

Manj verjetna tveganja: poškodba mehurja ali črevesja, tvorba strdka v nogah ali pljučih in nastanek medeničnega ognjka.

- **Kako poteka okrevanje po operaciji?**

Bolnice po operaciji ostanejo v bolnišnici nekaj dni – trajanje hospitalizacije je odvisno od vrste operacije in hitrosti okrevanja. Priporočeno je izogibanje dvigovanju težkih bremen in spolnim odnosom od 6 do 8 tednov po operaciji.

- **Kako uspešna je operacija?**

Nobena operacija ne zagotavlja 100-% ozdravitve zdrsa medeničnih organov, večina pa izboljša simptome. Podatki pravijo, da se pri 25–30 % žensk zdrs ponovi, večje tveganje za to pa imajo ženske s povišano telesno težo, z dolgotrajnim zaprtjem in dolgotrajnim kašljem ter ženske, ki se ukvarjajo z napornejšo fizično aktivnostjo.

Viri:

1. Abrams et al. The Standardisation of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2): 167–78.
2. Delovna skupina za motnje mikcije otrok in mladostnikov. Navodila za vaje za mišice medeničnega dna. Združenje za pediatrijo, SZD, 2017. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: https://www.kclj.si/dokumenti/NAVODILA_ZA_VAJE_ZA_MISICE_MEDENICNEGA_DNA_za_starse.pdffglesia CB, Smithling KR. Pelvic Organ Prolapse. *Am Fam Physician* 2017; 96(3): 179–185.
3. Klinični oddelek za urologijo. Vaje za krepitev mišic medeničnega dna – vaje po Keglu. KC Ljubljana, 2013. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: https://www.kclj.si/dokumenti/NP_KRG_KOZU_004_Vaje_za_misice_medenicnega_dna.pdfRoyal College of Obstetricians and Gynecologists. Information for you – Pelvic Organ Prolapse. Dosegljivo januarja 2025 s spletne strani: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/browse-our-patient-information/pelvic-organ-prolapse>José Marcio N Jorge, Leonardo A. Bustamante-Lopez. Pelvic floor anatomy. *Ann Laparosc Endosc Surg* 2022; 7: 20.
4. NICE Guidance - Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management. *BJU Int* 2019; 123(5): 777–803.
5. Raizada V, Mittal RK. Pelvic floor anatomy and applied physiology. *Gastroenterol Clin North Am* 2008; 37(3): 493–509.
6. Strohbehn K. Normal pelvic floor anatomy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(4): 683–705.
7. Takač I, Geršak K (ur.). Ginekologija in perinatologija. Medicinska fakulteta, 2016.

6 SLOVARČEK IZRAZOV

Tinkara Studen

B

- Disparevnija
Boleč spolni odnos, ki je lahko posledica poškodb ali motenj v delovanju medeničnega dna, vnetij, brazgotin ipd.

C

- Cistokela
Zdrs sprednje stene nožnice, pri katerem se mehur zaradi oslabiljene podpore spusti v nožnico.

D

- Detruzor
Gladko mišičje mehurja, odgovorno za krčenje in praznjenje mehurja. Za prekomerno aktivni sečni mehur je značilna prekomerna aktivnost detruzorja.
- Dizurija
Bolečina, pekoč občutek ali nelagodje med uriniranjem, kar je pogosto povezano z vnetji sečil.
- Dnevnik mokrenja
Spremljanje vnosa tekočin in pogostosti ter količine izločenega urina v obdobju nekaj dni. Pomaga pri diagnostiki in vrednotenju zdravljenja inkontinence ali prekomerno aktivnega mehurja.

F

- Fekalna inkontinenca
Nenadzorovano uhajanje blata. Pogosto nastane zaradi okvar mišic medeničnega dna ali poškodbe živčnih poti, ki nadzorujejo mišico zapiralko zadnjika.
- Frekvenca
Povečana potreba po uriniranju, ki presega običajno število obiskov stranišča (več kot 8-krat na dan).

G

- Genitalna odprtina

Odprtina v medeničnem dnu med mišicami, skozi katero prehajata sečnica in nožnica, ki zagotavlja njihovo gibljivost.

M

- Medenično dno
Skupina mišic, fascij in vezi, ki zapirajo izhod iz medenice ter podpirajo mehur, sečnico, maternico, nožnico in danko.
- Mešana urinska inkontinenca
Sočasna prisotnost stresne in urgentne urinske inkontinence.

N

- Nokturija
Potreba po pogostem vstajanju in uriniranju ponoči. Lahko je povezana s prekomerno aktivnostjo sečnega mehurja, z zmanjšano kapaciteto mehurja ipd.

O

- Obotavljanje
Zamuda pri začetku uriniranja kljub občutku nuje, kar lahko kaže na oviro v izločanju urina ali slabšo funkcijo mehurja.
- Prekomerno aktiven sečni mehur
Sindrom, ki ga zaznamujejo pogosto uriniranje, urgenca (nenaden močan poziv k mokrenju) z ali brez urgentne inkontinence ter pogosto nočno vstajanje zaradi poziva na vodo (nokturije).

P

- Pesar
Medicinski pripomoček (običajno silikonski ali gumijast obroč ali čašica), ki se vstavi v nožnico in podpira maternico, nožnico, mehur ali danko za preprečevanje oz. omilitev zdrsa.
- Porodna poškodba
Poškodbe mišic, vezivnega tkiva ali živcev v predelu medeničnega dna, ki lahko nastanejo med porodom in so eden glavnih dejavnikov za nastanek poznejših motenj v delovanju medeničnega dna.

R

- Rektokela
Zdrs danke skozi zadnjo steno nožnice zaradi oslabljenih ali raztegnjenih podpornih tkiv.

- Rezidualni urin
Količina urina, ki ostane v mehurju po uriniranju. Večja količina lahko nakazuje na motnje v praznjenju mehurja.

S

- Stresna urinska inkontinenca
Uhajanje urina ob povečanju trebušnega pritiska (npr. pri kihanju, kašljanju, smejanju, dvigovanju bremen) zaradi oslabljenih podpornih struktur okoli sečnice.

T

- Tanek curek
Slab ali oslavljen tok urina, ki je lahko znak obstrukcije v spodnjih sečilih ali oslabelosti mišic mehurja.
- Trening sečnega mehurja
Postopno podaljševanje časovnih intervalov med posameznimi uriniranj, da se poveča zmogljivost in/ali izboljša nadzor nad mehurjem.

U

- Urinska inkontinenca: Vsako nenadzorovano uhajanje urina, ki predstavlja socialni ali higienski problem. Ločimo stresno, urgentno, mešano in druge oblike inkontinence.
- Urgenca
Nenadna, močna potreba po uriniranju, ki jo je težko odložiti, pogosto povezana z uhajanjem urina (urgentno inkontinenco).
- Urgentna urinska inkontinenca
Nenadzorovano uhajanje urina, ki je neposredno povezano z nenadnim, močnim pozivom k uriniranju (z urgenco).
- Urodinamske preiskave
Skupina diagnostičnih preiskav, ki ocenjujejo delovanje spodnjih sečil (merjenje tlaka, volumna, pretoka urina ipd.) ter pomagajo pri ugotavljanju vzroka inkontinence ali drugih motenj uriniranja.

V

- Vedenjska terapija
Nefarmakološki pristop k zdravljenju motenj v delovanju sečil (npr. urinske inkontinence, prekomerno aktivnega sečnega mehurja). Vključuje vedenjsko svetovanje, trening sečnega mehurja in druge tehnike.

Z

- Zdrs medeničnih organov
Zdrs enega ali več medeničnih organov (npr. mehurja, maternice, danke) v nožnico ali skozi njo zaradi oslabitve oziroma poškodb podpornih struktur medeničnega dna.
- Zdrs krna nožnice
Zdrs vrha nožnice (lahko po odstranitvi maternice – histerektomiji), pri čemer se lahko vrh nožnice spusti do vhoda ali celo skozi vhod v nožnico.
- Zdrs maternice
Zdrs maternice navzdol v nožnico ali skozi nožnično odprtino.