



## Urostomia – przetoka moczowo-skórna (część I)

Nasi czytelnicy często proszą nas o informacje na temat urostomii (przetoki moczowo-skórnej). Ponieważ ten typ przetoki nie był dotychczas szczegółowo omawiany na łamach naszego magazynu, poniżej przedstawiamy pierwszy z trzech artykułów poświęcony temu zagadnieniu. Omawia on istotę i przyczyny wytworzenia urostomii. W następujących numerach „Naszej Troski” zaprezentujemy materiał zawierający informacje na temat zasad pielęgnacji oraz najczęstszych powikłań urostomii i sposobów ich leczenia.

Urostomia (przetoka moczowo-skórna) jest chirurgicznie wykonanym połączeniem układu moczowego ze skórą. Wykonuje się

ją w celu umożliwienia odpływu moczu z dróg moczowych na zewnątrz w sytuacjach, w których z powodu choroby nie jest to możliwe w sposób naturalny.

W prawidłowo funkcjonującym układzie moczowym moczu, który jest wydzielany przez nerki, spływa przez moczowód do pęcherza moczowego. Pęcherz moczowy to rodzaj worka stanowiącego zbiornik moczu. Z pęcherza moczu odprowadzany jest na zewnątrz przez cewkę moczową. Jeżeli z pewnych powodów pęcherz moczowy nie spełnia swojej funkcji lub musi zostać usunięty (np. z powodu nowotworu albo urazu), wykonuje się rekonstrukcję dróg moczowych, w celu umożliwienia odpływu moczu na zewnątrz.

Wskazaniami do chirurgicznego wytworzenia przetoki moczowej są najczęściej:

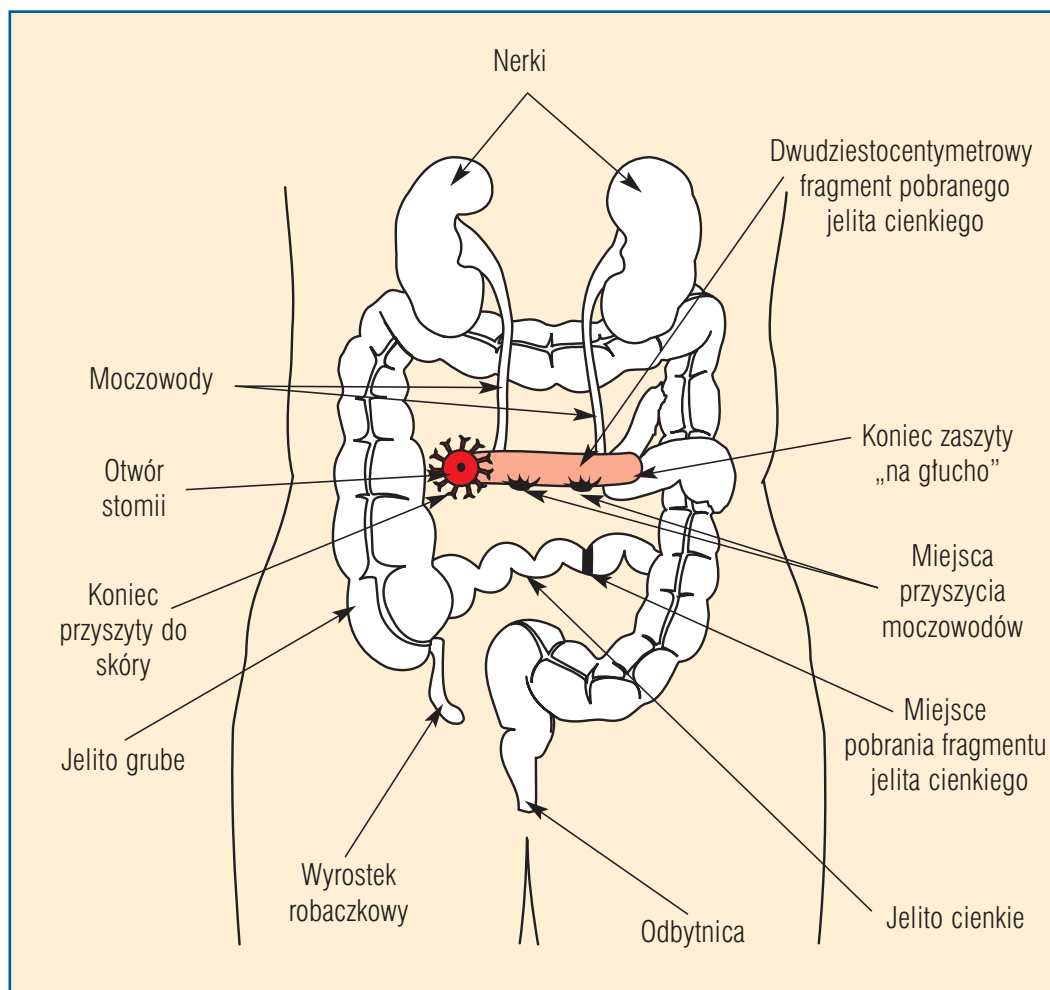
- nowotwory pęcherza moczowego oraz guzy nienowotworowe upośledzające drożność dróg moczowych,
- choroby zapalne pęcherza moczowego,
- marskość pęcherza moczowego,
- wady wrodzone pęcherza i dróg moczowych,
- urazy pęcherza i dróg moczowych.

Najczęstszą przyczyną wyłonienia urostomii są nowotwory złośliwe pęcherza moczowego. Stanowią one 2-3% wszystkich złośliwych nowotworów występujących u człowieka i spotyka się je trzykrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet.

W krajach, w których prowadzone są badania epidemiologiczne, stwierdza się stały wzrost zachorowań na raka pęcherza moczowego, szczególnie wśród mężczyzn.

Jednym z najbardziej komfortowych i najmniej okaleczających dla pacjenta sposobów nadpęcherzowego odprowadzenia moczu (po wycięciu pęcherza moczowego z powodu nowotworu) jest wytworzenie przez chirurga pęcherza zastępczego z jelita cienkiego, z zachowanym zwieraczem cewki moczowej. Umożliwia to choremu trzymanie moczu. Oddawanie moczu odbywa się przez cewkę moczową, chociaż pacjent musi regularnie je wywoływać celem opróżnienia zastępczego pęcherza – nie ma jednak stomii.

W sytuacji gdy wytworzenie zastępczego pęcherza nie jest możliwe, najczęściej wyłania się urostomia. Ma ona charakter stały. Oznacza to, że nie istnieje później możliwość odtworzenia ciągłości dróg moczowych i za-



Ryc. 1. Schemat dróg moczowych z wyłonioną urostomią.

mknięcia stomii, co jest czasami możliwe u pacjentów z kolo- oraz ileostomią.

Wycięcie pęcherza moczowego wraz z wytonieniem stomii wykonuje się podczas jednej operacji – najczęściej tzw. sposobem Brickera. U mężczyzn pęcherz moczowy wycina się wraz ze stercem, pęcherzykami nasiennymi i zaotrzewnowymi węzłami chłonnymi, a u kobiet – z częścią przedniej ściany pochwy, macicą i cewką moczową. W następnym etapie operacji izoluje się i wycina z przewodu pokarmowego fragment jelita cienkiego o długości ok. 20 cm (Ryc. 1.). Jeden koniec w formie brodawki przyszywa się do skóry, a drugi zaszywa „na glucho”. Następnie oba moczowody wraz z umieszczonymi w nich cewnikami zeszywa się z wyizolowanym fragmentem jelita. Od tej chwili mocz wypływający z nerek będzie spływał przez moczowody do tego wyizolowanego odcinka jelita cienkiego, a z niego wydostawał się na zewnątrz, przez stomię (Ryc. 1.).

Wygląd i cechy moczu wypływającego ze stomii są takie same jak u osób zdrowych. Jedyna różnica polega na tym, że mocz u pacjentów z urostomią wypływa przez moczowody na zewnątrz przez krótki odcinek jelita cienkiego, które cały czas produkuje śluz. Mocz pacjentów z urostomią może zawierać widoczną domieszkę śluzu i jest to zjawisko zupełnie naturalne.

Mocz z urostomii wypływa ciągle i nie można kontrolować jego wydalania. Jest to powodem konieczności stosowania specjalnych, plastikowych, zewnętrznych woreczków stomijnych przyklejanych na skórę wokół stomii, które służą do zbiórki moczu.

Znajdująca się na skórze stomia ma postać dużej brodawki o średnicy 3-4 cm



Fot. 1. Pacjent po operacji wytonienia stomii

(Fot. 1.). Dotykając urostomii, dotykamy jelita, którego wewnętrzna strona została wyninięta w czasie operacji i kontaktuje się ze skórą. Urostomia, podobnie jak inne typy



Fot. 2. Urostomia z przyklejoną płytką systemu dwuczęściowego Combihesive® 2S

stomii, nie posiada zakończeń czuciowych, co oznacza, że jej mycie i dotykanie nie sprawiają bólu.

Bezpośrednio po operacji wytonienia stomii wyprowadzone są przez nią na zewnątrz dwa cewniki moczowodowe, których zadanie polega na modelowaniu moczowodów zeszytych z wyizolowanym fragmentem jelita. Usuwa się je po 10-12 dniach od czasu operacji. Od tego momentu pacjent powinien używać sprzętu stomijnego.

Wytworzenie urostomii wiąże się ze znacznym upośledzeniem jakości życia pacjenta i wymaga od niego zmiany dotychczasowego sposobu postępowania. Niezwykle ważnymi etapami rehabilitacji są: akceptacja nowego obrazu własnego ciała, nauczenie się podstawowych zasad pielęgnacji przetoki oraz zakładania i prawidłowego doboru sprzętu stomijnego.

Przygotowanie do życia ze stomią powinno rozpocząć się jeszcze przed zabiegiem jej wytonienia. Każdy pacjent przed operacją powinien obowiązkowo otrzymać wyczerpujące informacje na temat:

- rodzaju choroby i typu planowanego zabiegu operacyjnego (od lekarza),
- pielęgnacji urostomii i prawidłowego doboru sprzętu stomijnego (od pielęgniarki).

Korzystne jest również zapoznanie się jeszcze przed operacją z drukowanymi materiałami informacyjnymi na temat urostomii i ewentualnie kontakt z innym pacjentem (wolontariuszem POL-ILKO), który przeszedł taki zabieg.

Każdy pacjent przed zabiegiem powinien mieć również wyznaczone przez lekarza lub pielęgniarkę miejsce przyszłej przetoki. Po ustaleniu lokalizacji, często przymierza się „na sucho” sprzęt stomijny, w celu sprawdzenia, czy płytka (w sprężenie dwuczęściowym) lub przylepiec (w sprężenie jednoczęściowym) dobrze przylegają podczas przybierania różnych pozycji ciała. Przyklejenie płytki lub przylepca na skórę pozwala również stwierdzić, czy pacjent nie jest przypadkiem uczulony na dany sprzęt stomijny (świadczy o tym np. zaczerwienienie skóry pod płytką). Najlepszym wyborem są płytki i przylepce wykonane z materiału Stomahesive®, który posiada właściwości ochronne i gojące. Z tego materiału wykonane są płytki systemu dwuczęściowego

wym) lub przylepiec (w sprężenie jednoczęściowym) dobrze przylegają podczas przybierania różnych pozycji ciała. Przyklejenie płytki lub przylepca na skórę pozwala również stwierdzić, czy pacjent nie jest przypadkiem uczulony na dany sprzęt stomijny (świadczy o tym np. zaczerwienienie skóry pod płytką). Najlepszym wyborem są płytki i przylepce wykonane z materiału Stomahesive®, który posiada właściwości ochronne i gojące. Z tego materiału wykonane są płytki systemu dwuczęściowego



Fot. 3. Przezroczysty worek urostomijny z kranikiem przypięty do płytki

Combihesive 2S oraz przylepce systemu jednoczęściowego Stomadress Plus firmy ConvaTec (Fot. 2. i 3.). Również przylepce jednoczęściowego systemu Esteem, który będzie dostępny na polskim rynku od lutego 2004 r., wykonane są z materiału Stomahesive®.

W szpitalu przez pierwsze 10-12 dni po operacji wszystkie czynności pielęgnacyjne powinny być wykonywane przez pielęgniarkę. Pacjenci leżą wtedy w łóżku, aby zapobiec wysunięciu się cewników wystających ze stomii. Już wtedy chorzy mogą próbować nauki prawidłowej pielęgnacji skóry wokół urostomii oraz postugiwania się sprzętem stomijnym. Pacjenci zawsze powinni pilnie obserwować zabiegi pielęgniarstwa i w miarę możliwości pomagać w prostych czynnościach, takich jak np. zapinanie worka. Później pacjent stopniowo może wykonywać coraz więcej zadań samodzielnie. Przed wypisaniem ze szpitala nowo operowana osoba powinna potrafić samodzielnie zmieniać sprzęt stomijny.

O prawidłowej pielęgnacji, najczęstszych powikłaniach urostomii oraz sposobach ich leczenia napiszemy w następnych numerach „Naszej Troski”.