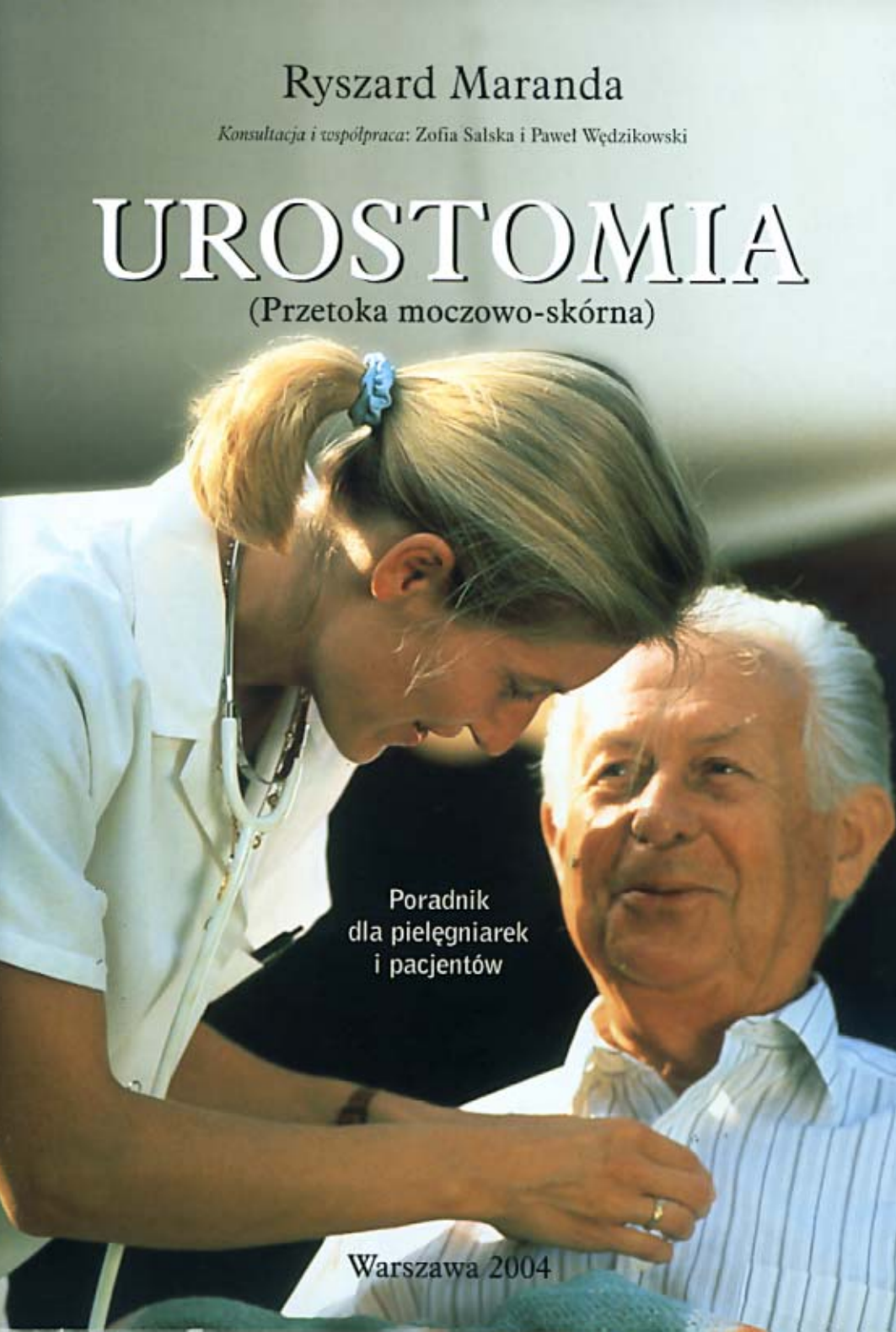


Ryszard Maranda

Konsultacja i współpraca: Zofia Salska i Paweł Wędzikowski

UROSTOMIA

(Przetoka moczowo-skórna)



Poradnik
dla pielęgniarek
i pacjentów

Warszawa 2004

Gaziki ConvaCare®

ConvaCare®



Gaziki ConvaCare® z płynem ochroniającym

- ◆ tworzą ochronną, zabezpieczającą warstwę na skórze wokół stomii
- ◆ ułatwiają gojenie zmian skórnych
- ◆ zwiększają przyleganie i szczelność sprzętu stomijnego
- ◆ gwarantują pewność i poczucie bezpieczeństwa pacjenta

Gaziki ConvaCare® do zmywania skóry wokół stomii

- ◆ zapewniają skuteczną i wygodną pielęgnację stomii oraz skóry wokół niej
- ◆ skutecznie usuwają wszystkie zanieczyszczenia i pozostałości przylepca lub płytki
- ◆ ułatwiają przyklejanie sprzętu stomijnego
- ◆ zapewniają higienę w każdej sytuacji

Oba rodzaje gazików dostępne są w ramach limitów na sprzęt stomijny ustalonych przez Ministerstwo Zdrowia



Ryszard Maranda

Konsultacja i współpraca

Zofia Salska i Paweł Wędzikowski

UROSTOMIA

(Przetoka moczowo-skórna)

Poradnik dla pielęgniarek i pacjentów

Warszawa 2004

Przedmowa

Zazwyczaj publikacje medyczne szerzące oświatę zdrowotną i przeznaczone dla pacjentów różnią się w istotny sposób od wydawnictw zaadresowanych do personelu medycznego.

Pacjenci z definitywnym odprowadzeniem moczu w procesie rehabilitacji pooperacyjnej muszą zaakceptować zmieniony obraz swego ciała, jak i poznać bardzo dokładnie wszystkie zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne, związane z opieką nad stomią. Powinni więc oni osiąść sporą wiedzę, niekiedy taką, jakiej wymaga się od pielęgniarki. Dlatego też pozwoliliśmy sobie w podtytule naszej pracy przeznaczyć ją zarówno dla pielęgniarek jak i pacjentów.

W publikacji tej pragniemy przybliżyć różne rodzaje zabiegów, w czasie których wytwarzana jest przetoka moczowo-skórna (urostomia). Chcemy omówić problemy, z jakimi spotykają się chorzy z takimi przetokami oraz przekazać wskazówki pomocne w pielęgnacji urostomii.

Autorzy

Spis treści

I.	Wstęp	str. 5
II.	Anatomia układu moczowego	str. 6
III.	Cystostomia i cystopunkcja	str. 7
IV.	Szczelna cystostomia	str. 9
V.	Przetoki moczowodowo-skórne	str. 10
VI.	Nephrostomia	str. 12
VII.	Operacje rekonstrukcyjne dróg moczowych z użyciem jelita	str. 15
VIII.	Operacja metodą Brickera i Wallace II	str. 16
IX.	Transverse colon conduit	str. 18
X.	Operacja metodą Benckrouna	str. 20
XI.	Pęcherz Moguncki I z wykorzystaniem wyrostka	str. 21
XII.	Pielęgnacja urostomii	str. 23
XIII.	Słowniczek	str. 30

1. Wstęp

Słowo „stoma” pochodzi z języka greckiego i oznacza usta lub otwarcie. W znaczeniu chirurgicznym, chodzi o operacyjne wytworzenie ujścia jelita lub dróg moczowych na powłokach brzusznych.

Urostomia oznacza, że mamy do czynienia z przetoką moczowo-skórną, czyli celowo wykonanym połączeniem układu moczowego ze skórą. Celem, jaki chcemy uzyskać wytwarzając urostomię, jest zapewnienie swobodnego odpływu moczu z dróg moczowych.

Wskazaniem do wytworzenia urostomii czasowej lub definitywnej jest zwykle:

- ▶ utrudnienie odpływu moczu z nerki, spowodowane kamicą nerkową lub moczowodową,
- ▶ nowotwory złośliwe narządów miednicy mniejszej (najczęściej pęcherza, niekiedy stercza lub dróg rodnych),
- ▶ niektóre postaci dysfunkcji neurogennej pęcherza moczowego,
- ▶ wady wrodzone pęcherza i dróg moczowych,
- ▶ urazy wypadkowe,
- ▶ powikłania pooperacyjne,
- ▶ gruźlica układu moczowego,
- ▶ zmiany popromienne (przetoki pęcherzowo-pochwowe, popromienne zwężenia moczowodów, marskość popromienna pęcherza moczowego).

Rodzaj zabiegu operacyjnego, wykonywanego w takim przypadku jest ściśle związany z zasadniczą chorobą, stopniem uszkodzenia górnych dróg moczowych, stopniem upośledzenia czynności nerek oraz zaawansowaniem procesu nowotworowego.

Istotne znaczenie dla wyboru rodzaju odprowadzenia moczu ma wiek pacjenta, stan psychiczny, jego sprawność fizyczna (chodzi np. o możliwość samoocznikowania szczelnych zbiorników u chorych z urazami kręgosłupa i rdzenia kręgowego uniemożliwiającymi sprawne posługiwanie się kończynami górnymi) oraz fakt, czy pacjent był poddany wcześniej leczeniu energią promienistą.

Odprowadzenie moczu z pominięciem cewki moczowej może być czasowe lub definitywne.

O czasowym odprowadzeniu moczu mówimy, gdy planujemy krótkoterminowe ułatwienie splywu moczu z górnych lub dolnych dróg moczowych.

Pod pojęciem definitywnego odprowadzenia moczu rozumiemy trwałe odprowadzenie moczu z ominięciem cewki moczowej.

II. Anatomia układu moczowego

Nerki leżą wzdłuż brzegów mięśni lędźwiowo-biodrowych. Obecność wątroby powoduje niższe ułożenie nerki prawej. Na przekroju nerka utworzona jest z części zewnętrznej, zwanej korą nerkową oraz wewnętrznej zwanej rdzenną. Produkowany przez nerkę mocz jest odprowadzany do kielichów, które leżą wewnątrznerkowo i są związane z miąższem nerkowym. Kielichy łączą się ze sobą, tworząc dwa lub trzy kielichy większe, dochodzące do miedniczki nerkowej. Miedniczka zwęża się ku dołowi i przyśrodkowo przechodząc w około 25-30 centymetrowy przewód zwany moczowodem. Końcowy jego odcinek przebiega przez ścianę pęcherza, uchodząc do niego.

Pęcherz moczowy jest workiem mięśniowym stanowiącym zbiornik moczu. Ma on pojemność ok. 400 ml. Z pęcherza mocz odprowadzany jest na zewnątrz cewką moczową. U mężczyzn wokół cewki moczowej w odcinku podpęcherzowym znajduje się prostata, która pełni istotną rolę w cyklu płciowym.

Pravidłowy rentgenogram układu moczowego (urografia). Widoczne układy kielichowo-miedniczkowe nerek, fragmentarycznie widoczne moczowody oraz pęcherz moczowy.



III. Cystostomia i cystopunkcja.

Jest to czasowa lub definitywna przetoka pęcherzowo-skórna, powstała poprzez punkcyjne lub operacyjne umieszczenie cewnika w pęcherzu.

Wskazaniami do zabiegu są stany chorobowe utrudniające oddanie moczu:

- ▶ urazy cewki, jej zwężenie, stany zapalne, przetoki cewkowe,
- ▶ urazy pęcherza moczowego,
- ▶ przerost gruczołu krokowego
- ▶ niektóre postacie dysfunkcji neurogennej pęcherza moczowego.

Zabieg wykonuje się najczęściej w znieczuleniu miejscowym, używając gotowych zestawów do cystopunkcji lub nakłuwając pęcherz moczowy troakarem, przez którego światło wprowadza się do pęcherza cewnik odprowadzający mocz na zewnątrz powłok. Zabieg może być również wykonywany operacyjnie, z dostępu załonowego, poprzez nacięcie skóry, tkanki podskórnej oraz ściany pęcherza i umieszczeniu w pęcherzu odpowiedniego cewnika.

Czasowa cystostomia jest również zwykle wytwarzana podczas adenomektomii (usunięcia gruczolaka stercza-prostaty) lub zabiegów na pęcherzu moczowym, w celu łatwego, stałego jego płukania, zapobieżenia powstaniu skrzepów i zapewnienia swobodnego drenażu i odpływu moczu.

Po wytworzeniu cystostomii definitywnej należy wyprowadzony cewnik połączyć ze szczelnym workiem, do którego splywa mocz. Worek jest okresowo opróżniany przez otwarcie kurka umieszczonego w jego dnie. Bardzo istotne jest okresowe płukanie pęcherza poprzez cewnik płynami odkażającymi oraz stosowanie leków odkażających drogi moczowe i zakwaszających mocz.

Do płukania stosuje się najczęściej 3% roztwór Kwasu borowego, 0,02% roztwór Chlorhexydyny lub 1% roztwór Neomycyny. Postępowanie takie zapobiega tworzeniu się inkrustacji na cewniku i powstawaniu kamicy pęcherza. Wymiana cewnika powinna być przeprowadzana przez lekarza, co ok. 2-3 tygodnie. Ze względu na możliwość pojawiania się nieznacznego wysięku przy cewniku, zalecana jest wymiana opatrunków co 2-3 dni.



Przetoka pęcherzowo-skórna wytworzona przez cystopunkcję.



Przetoka pęcherzowo-skórna pozostawiona po zabiegu operacyjnym.

IV. Szczelna cystostomia

Jest szczególnym rodzajem cystostomii, czyli przetoki pęcherzowo-skórnej z systemem zabezpieczającym szczelność pęcherza.

Zabieg polega na operacyjnym wymodelowaniu fragmentu ściany pęcherza w formie tuby, której obwodowy koniec wszywa się w powłoki. Umożliwia to okresowe wprowadzanie cewnika do pęcherza przez wytworzoną na skórze przetokę. Zabieg taki zapewnia szczelność pęcherza w okresach pomiędzy cewnikowaniami. Stosuje się go u aktywnych, zwykle młodych osób, skazanych z powodu choroby zasadniczej na stałe utrzymywanie cewnika w pęcherzu lub zmuszonych do samocewnikowania przez cewkę moczową. Szczelna cystostomia wymaga od chorego samocewnikowania przez otwór w powłokach kilka razy dziennie, co jest dla niektórych pacjentów czynnością mniej uciążliwą niż wprowadzanie cewnika przez cewkę. Pozwala na zachowanie jałowości moczu, czego nie można uzyskać przy stałej cystostomii. Do cewnikowania używa się jednorazowych cewników o średnicy 14-16 Ch. Okresowo należy płukać pęcherz płynami odkażającymi przez wprowadzony cewnik.





Wygląd szczelnej przetoki oraz pokaz samocewnikowania przez pacjenta.

V. Przetoki moczowodowo-skinne

- *Ureterocutaneostomia*
 - *Ureterostomia „in situ”*
-

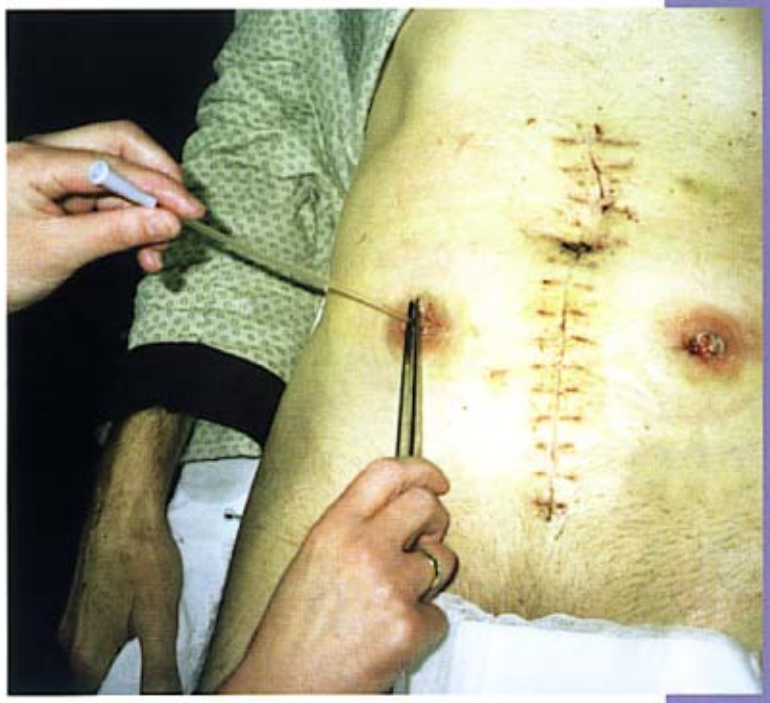
Przetoki moczowodowo-skinne;

Pierwsza, polega na wszyciu jednego lub dwóch moczowodów w skórną powłokę, po ich wcześniejszym odcięciu od pęcherza.

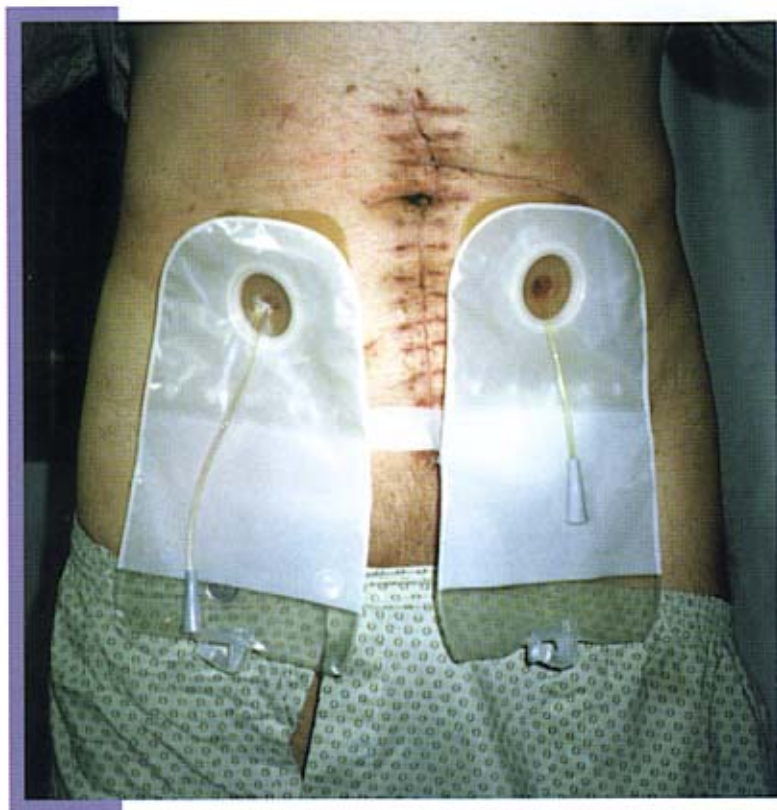
Druga, na wyprowadzeniu umieszczonego w naciętym moczowodzie cewniczka na skórną powłokę, bez przemieszczania i przyszywania moczowodów do skóry.

Tego typu odprowadzenie moczu wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym, wyjątkowo miejscowym. Zabiegi wykonuje się niekiedy w zaawansowanych nowotworach pęcherza moczowego i nowotworach narządu rodne. Stanowią one czasem zakończenie operacji usunięcia pęcherza moczowego, zwłaszcza w przypadku złego, śródoperacyjnego stanu chorego np. masywnego krwawienia.

Odprowadzenie takie wymaga zwykle zabezpieczenia pacjenta w cewniczki moczowodowe, wprowadzane przez światło moczowódów bezpośrednio do nerki. Przetoki takie można zaopatrywać również w zestawy stomijne ułatwiające higienę i pozwalające uniknąć zalewania moczem skóry. Konieczność częstej wymiany cewniczków, pobierania leków odkażających mocz oraz możliwość bezpośredniego wnikania bakterii do nerki sprawiają, że tego typu odprowadzenie uważa się za mało komfortowe, a jakość życia pacjenta po tego rodzaju zabiegach jest zwykle niezadowolająca.



Zakładanie cewniczka moczowodowego do przetoki moczowodowo-skórnej.



Przetoki moczowo-skórne zaopatrzone systemem urostomijnym Combihesive 2S.

VI. Nefrostomia

Jest to przetoka nerkowo-skórna wytworzona poprzez nakłucie nerki przez powłoki skórne lub na drodze operacyjnej.

Zabieg wykonuje się zwykle nakluwając nerkę przygotowanym fabrycznie zestawem nephrostomijnym. Korzystając z ultrasonografu, można precyzyjnie przesledzić tor wkłucia igły do poszerzonego układu kielichowego nerki, a następnie wprowadzić przez wkłutą igłę przewodnik naczyniowy i po rozszerzeniu kanału umieścić cewniczek w nerce w celu swobodnego odpływu z niej moczu z ominięciem przeszkody. Nakłucie takie wykonuje się najczęściej w nasiękowym znieczuleniu miejscowym.

Operacyjne wytworzenie nephrostomii polega na wprowadzeniu przez przeciwległe kielichy drenu z wyciętymi otworami, przez który w obu kierunkach wypływa mocz. Do tego celu służy między innymi gotowy zestaw nephrostomijny - dren „Tuszynek”, którego konstrukcję opracował profesor L.J. Mazurek. Jest to nephrostomia okrężna. Jeżeli w nerce pozostawiony jest jeden cewnik - jest to nephrostomia prosta.

Nephrostomia wytwarzana jest najczęściej z powodu zablokowania odpływu moczu z nerki lub moczowodu.

Przyczyną takiej blokady są zwykle:

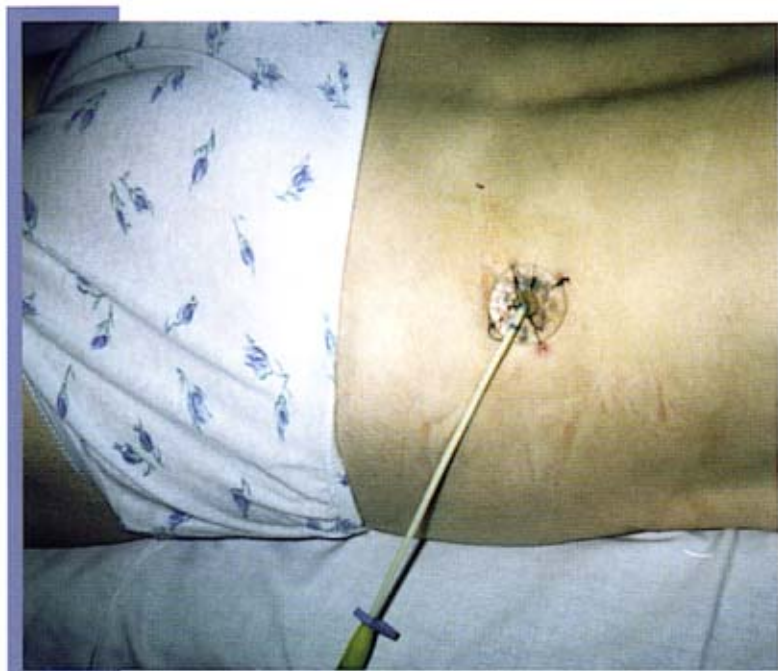
- ▶ kamień tkwiący w miedniczce lub moczowodzie,
- ▶ zwężenie pozapalne moczowodu,
- ▶ zwężenia gruźlicze moczowodu,
- ▶ urazy wypadkowe dróg moczowych,
- ▶ uszkodzenia śródoperacyjne dróg moczowych (np. śródoperacyjne podwiązanie moczowodu),
- ▶ guz moczowodu, guz pęcherza lub guz innych narządów naciekający moczowód,
- ▶ zwężenia moczowodów po napromienianiu narządów miednicy mniejszej.

Wytworzenie czasowe nephrostomii ma również miejsce podczas zabiegu PCNL, czyli usunięcia złożeń z nerki na drodze przezskórnej jej nakłucia i kruszenia kamieni przy pomocy fali uderzeniowej. Zabiegi takie wiążą się z koniecznością pozostawienia drenu w nerce, umożliwiającego swobodny odpływ moczu przez kilka dni.

Po wytworzeniu przetoki nerkowej, w celu jej długotrwałego utrzymania, na pacjencie spoczywa obowiązek dbania o należyłą jej pielęgnację. Długi dren z tworzywa sztucznego, do którego obecności pacjent nie jest przyzwyczajony, może łatwo zostać wyrwany, co wiąże się z perspektywą ponownego zabiegu.

Wymiany nephrostomii dokonuje lekarz, co ok. 4-6 tygodni. Długotrwałe utrzymywanie cewniczka w nerce bez jego wymiany, sprzyja wnikaniu bakterii do nerki oraz inkrustacji złożeń fosforanowych na cewniczku.

Pacjent powinien okresowo obserwować odpływ moczu z przetoki do worka, a w przypadku braku spływu prosić o interwencję lekarza. Wymiana nephrostomii oraz płukanie drenu tkwiącego w nerce przez samego pacjenta są niewskazane, ponieważ mogą prowadzić do uszkodzenia mięszu nerkowego lub ułatwić przenikanie infekcji z zewnątrz.



Przetoka nerkowa wytworzona poprzez nakłucie przezskórne.



Jednorazowy zestaw do wytworzenia przetoki nerkowej.

VII. Operacje rekonstrukcyjne dróg moczowych z użyciem jelita.

Rozwój technik operacyjnych oraz poznanie ogólnoustrojowych następstw włączenia odcinka jelita do dróg moczowych przy wytwarzaniu i formowaniu przetok, zbiorników na mocz ze szczelną zastawką i zastępczego pęcherza jelitowego wywołał duże zainteresowanie tego typu operacjami. Właśnie izolowany odcinek jelita jest najczęściej używany do definitywnego odprowadzenia moczu.

Zasadniczy podział metod grupujących nadpęcherzowe odprowadzenie moczu i operacje rekonstrukcyjne dróg moczowych obejmuje:

1) Przetoki moczowe nie zapewniające trzymania (kontynencji) moczu.

Do tej grupy należą metody wykorzystujące różne odcinki jelita jako wstawki między moczowodami, a skórą np. operacja Brickera, Wallace II (wstawka z jelita cienkiego), wstawki z poprzecznicy lub innego odcinka jelita grubego. Takie przetoki wymagają zaopatrzenia pacjenta w dodatkowy sprzęt tzw. sprzęt stomijny. Są to najczęściej płytki samoprzylepne z pierścieniem zatrzaskowym i mocowanym do nich workiem. Ten system zaopatrzenia przetoki zapewnia maksymalną ochronę skóry i szczelność. Zabiegi zapewniają stały, swobodny odpływ moczu z nerek, co ma szczególne znaczenie w przypadku przewlekłej niewydolności nerkowej. Wstawka jelitowa eliminuje konieczność pozostawienia cewniczków umiejscowionych w nerkach, tak jak to ma miejsce w przypadku przetok moczowodowo-skrónych, zapobiegając wtargnięciu bakterii do nerki.

2) Metody zapewniające kontynencję (trzymanie) moczu.

Do tej grupy należą:

Operacje polegające na wytworzeniu zbiornika jelitowego, wyposażonego dodatkowo w specjalny system zastawkowy, który uniemożliwia samoistny wypływ moczu na zewnątrz. System zastawkowy tworzy się zazwyczaj ze ściany jelita ukształtowanego w specjalny sposób.

Szczelny zbiornik na mocz powinien spełniać trzy warunki:

a) utrzymywać niskie ciśnienie, nawet przy dużej objętości moczu,

b) zapewniać możliwie minimalne wchłanianie wsteczne składników moczu przez śluzówkę zbiornika,

c) nie powinien powodować negatywnych skutków dla ustroju pacjenta mimo wyizolowania odcinka przewodu pokarmowego.

U chorych operowanych taką metodą, konieczne jest opróżnianie zbiornika metodą cewnikowania. Należą do tej grupy między innymi szczelne zbiorniki na mocz z wykorzystaniem wyrostka, jelita cienkiego czy jelita grubego (operacja Kocka, Benckekrouna, Mainz pouch, Indiana pouch, Lundiana pouch i inne modyfikacje).

3) Metody zapewniające kontynencję (trzymanie) moczu, ale nie należące do omawianej przez nas tzw. urostomii, polegające na:

- Wytworzeniu zastępczego pęcherza jelitowego (zbiornika zespolonego z szyją pęcherza lub kikutem cewki. Trzymanie moczu zapewnia system zwieraczowy cewki (Operacje Cameya I i II, Studera, Alciniego, Pagano i inne).
- Zabiegi polegające na wszczepieniu moczowodów do wyłączonej odbytnicy, stanowiącej zbiornik na mocz, gdzie elementem utrzymującym mocz jest zwieracz odbytu.
- Metody polegające na wszczepieniu moczowodów do jelita grubego, bez naruszania jego ciągłości. Mocz miesza się wtedy z naturalną zawartością jelita. Niestety powoduje to częste powikłania infekcyjne i zaburzenia metaboliczne.

VIII. Operacja metodą Brickera i Wallace II

Ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu przy użyciu odcinka jelita cienkiego.

Ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu przy wykorzystaniu fragmentu jelita cienkiego jako wstawki, zostało szeroko spopularyzowane przez Brickera w 1950 roku.

Różnice pomiędzy operacją Brickera i Wallace II, polegają najogólniej mówiąc, na sposobie wszczepienia moczowodów do wstawki jelitowej oraz miejscu, w którym dokonuje się zespolenia.

Przed operacją, w celu opróżnienia i przygotowania jelita do zabiegu, przewód pokarmowy chorego jest przygotowywany lekami odkażającymi

i środkami przeczyszczającymi. Podaje się również środki przeciwdziałające zakrzepom.

Przed planowanym zabiegiem operacyjnym zaznacza się na skórze miejsce przyszłej przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej, tak, aby nowo wybrane miejsce było łatwo dostępne dla chorego i umożliwiało swobodne naklejenie płytki stomijnej. Takie miejsce znajduje się najczęściej bocznie i na prawo od pępka.

W przebiegu pooperacyjnym należy kontrolować diurezę z obu pozostawionych w nerkach, a wyprowadzonych przez wstawkę cewniczków moczowodowych, oraz zapewnić uruchomienie perystaltyki jelitowej. Początkowo stosuje się ok. 48 godzinne odżywianie pozajelitowe, a następnie odżywianie doustne. Powikłania pooperacyjne po zabiegu występują bardzo rzadko, a należeć mogą do nich niedrożność porażenna, niedrożność mechaniczna, przetoki moczowe, przetoki jelitowe, zaburzenia wodno-elektrolitowe. Powikłania późne mogą polegać na pojawieniu się przepukliny okołostomijnej, zwężeniu wstawki w miejscu jej zespolenia ze skórą, z następową rozstrzenią pętli, wydłużeniu wstawki, wypadaniu przez otwór stomijny obwodowego odcinka wstawki, zwężeniu zespolenia moczowodowo-jelitowego. Problemem mogą być również zmiany zapalne skóry spowodowane uczuleniem na składniki sprzętu stomijnego lub niewłaściwym jego stosowaniem. U części chorych mogą tworzyć się kamienie nerkowe (5-10%), niekiedy też może dojść do postępującego uszkodzenia nerek.



Widoczna przetoka moczowo-skróna (operacja Bricker).



Przetoka moczowo-skinna z zamocowanym zestawem stomijnym.

IX. Transverse colon conduit

Ponadpęcherzowe odprowadzenie moczu przy użyciu odcinka poprzecznicy.

Po latach szerokiego wykorzystania wstawki z jelita cienkiego między moczowodami, a skórą w celu nadpęcherzowego odprowadzenia moczu, wielu autorów zwróciło uwagę na zalety, jakie może dać wykorzystanie jelita grubego jako wstawki. Uważa się, że największą zaletą jest wykorzystanie nienapromienianego jelita oraz możliwość „wysokiego” wszczepienia moczowodów lub wykonania zespolenia miedniczkowo-jelitowego. Takie postępowanie powinno zabezpieczyć chorych przed powikłaniami, jak przetoka jelitowa, zwężenie połączenia moczowodowo-jelitowego, zaciek moczowy, zapalenie otrzewnej i inne.

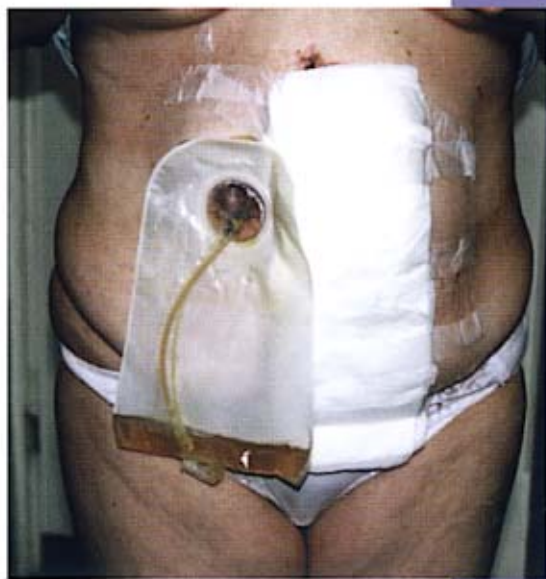
Wytworzenie wstawki z poprzecznicy jest bezpiecznym sposobem odprowadzenia moczu, zwłaszcza u chorych po rozległych uszkodzeniach narządów miednicy mniejszej po napromienianiu. Jednakże w wyjątkowych sytuacjach rezygnujemy z wykorzystania tego fragmentu jelita, a zdarza się to przy bardzo otłuszczonej i krótkiej krezce poprzecznicy i trudnościach w zlokalizowaniu naczyń. W takich przypadkach wykonujemy wstawkę z jelita krętego z wszczepieniem moczowodów w górnym piętrze jamy brzusznej (operacja Wallace II).

Zwykle w dniu poprzedzającym operację zaznaczamy miejsce na skórze powłok brzusznych chorego w pozycji leżącej, siedzącej i w pochyleniu na boki. Takie postępowanie ma na celu wybór właściwego miejsca dla dobrego przyklejenia płytki z zestawu stomijnego. Sam zabieg wymaga przygotowania przewodu pokarmowego pacjenta dietą bezresztkową, antybiotykoterapią, a w dniu poprzedzającym operację przeczyszczeniem, do którego stosujemy preparaty wywołujące biegunki.

Po zabiegu przez okres ok. 2 - 3 tygodni utrzymywane są, wyprowadzone przez przetokę na skórę, cewniczki moczowodowe, a sama przetoka moczowodowo-poprzeczniczo-skórna jest zaopatrzona zestawem stomijnym, podobnie jak po operacji Brickera.

W skład takiego zestawu wchodzi zwykle płytki samoprzylepne, naklejane bezpośrednio na skórę (fizelinowe lub stomahesive), worki z kranikiem do odprowadzenia moczu, mocowane na płycie oraz pasek dodatkowo dociskający płytkę i worek do skóry. Płytki, o ile nie ulegną wcześniejszemu odklejeniu, zaleca się wymieniać, co około 6-7 dni. Skórę przed przyklejeniem płytki należy umyć wodą z mydłem i dokładnie osuszyć.

Włosy rosnące w miejscu przyklejenia płytek powinno się okresowo golić.

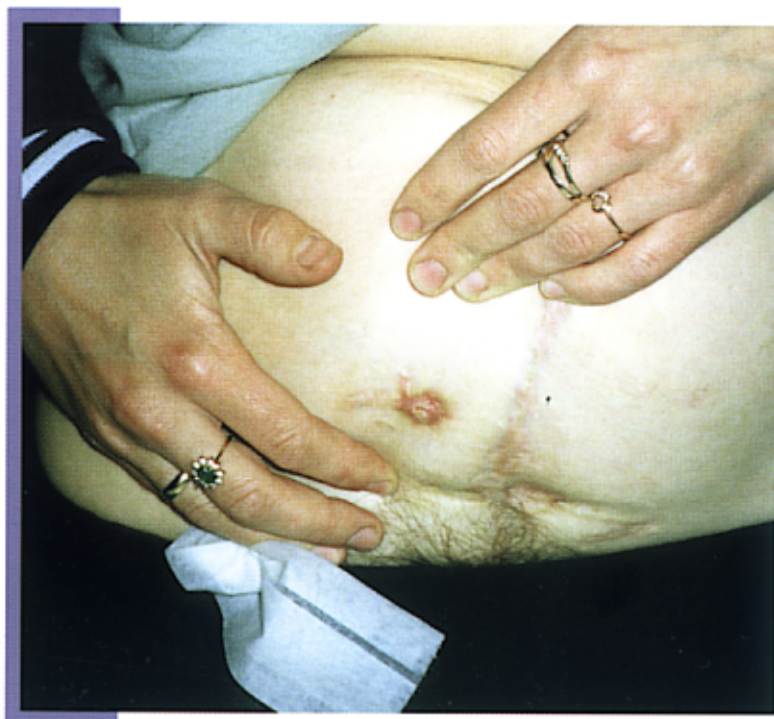


Umiejscowienie przetoki moczowej po operacji „colon conduit” (widoczne cewniczki moczowodowe, które są utrzymywane w nerkach przez około 14-21 dni po operacji).

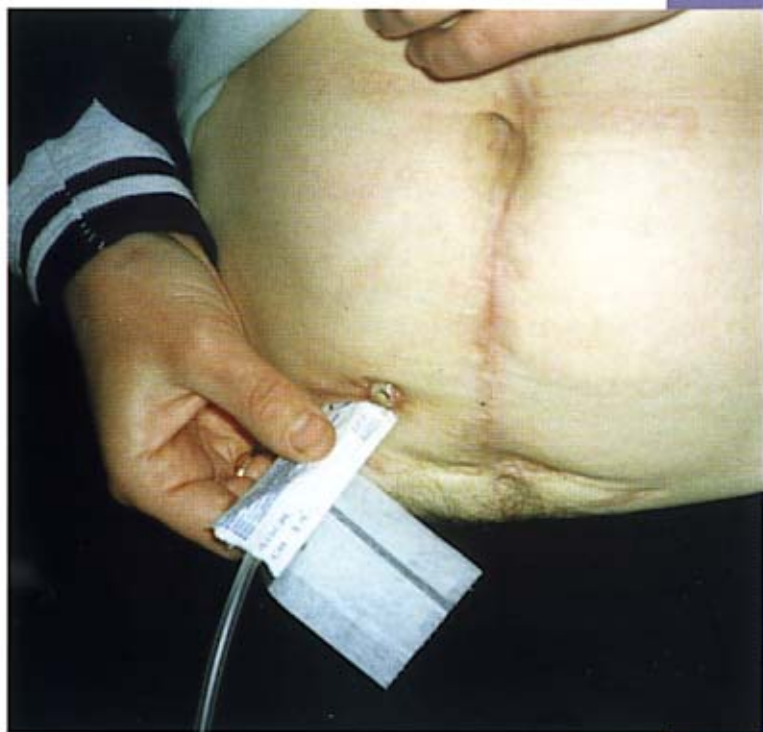
X. Operacja metodą Benckekrouna

Metoda ta opisana przez Benckekrouna z Rabatu (Maroko) wykorzystuje jelito cienkie do uformowania zbiornika i zastawki hydraulicznej do samocewnikowania zbiornika. W tym celu wydzielamy jelito długości 50-55 cm w odległości 20 cm od zastawki Bauhina. Metoda polega na uformowaniu zbiornika poprzez detubularyzację rozciętego podłużnie jelita krętego i wytworzeniu zastawki na ramieniu doprowadzającym, do którego wszczepione są moczowody. Zastawka ta zapobiega wstęcznemu odpływowi moczu. Z ramienia odprowadzającego wytwarza się zastawkę zapewniającą szczelność zbiornika, a ramię odprowadzające wszywa się w powłoki jako przetokę jelitowo-skrórną.

Co kilka godzin chory opróżnia zbiornik poprzez samocewnikowanie, wprowadzając przez otwór zastawki jednorazowy cewnik 16-18 Ch.



Widoczny na skórze otwór do samocewnikowania (metoda Benckekrouna)



Pokaz samocewnikowania zbiornika Benckrouna

XI. Zbiornik na mocz sposobem mogunckim (Mainz I) z wykorzystaniem wyrostka do samocewnikowania

Wykorzystanie wyrostka robaczkowego jako przewodu, przez który można opróżnić pęcherz z moczu zaproponował po raz pierwszy w 1980 roku Mitrofanoff, stosując ją u dzieci z dysfunkcją neurogeną pęcherza.

Mainz I, jest to szczelny zbiornik na mocz z odcinka krętniczokątniczego z wyrostkiem ułożonym podśluzówkowo. Obwodowy odcinek wyrostka wszywa się w powłoki ciała i służy on do wprowadzania cewnika do zbiornika, w celu usunięcia z niego moczu. Użycie wyrostka może wiązać się z niewielkim ryzykiem zwężenia w miejscu zespolenia ze skórą, co może wymagać korekcji operacyjnej. Badania poziomu witamin, kwasów żółciowych i kwasu foliowego nie wykazały spadku poniżej normy. U niewielkiej

grupy pacjentów obserwowano częstsze oddawanie stolca po zabiegu, wymagające zastosowania leczenia farmakologicznego. Zaburzenie to, nie występowało u pacjentów, u których podjęto próbę odtworzenia mechanizmu zastawkowego, poprzez podśluzówkowe zespolenie jelita cienkiego z okrężnicą.

Z naszego doświadczenia wynika, że operacja metodą Mainz I:

- To najlepsza metoda zapewniająca kontynencję (100%).
- Chorzy nie mają trudności we wprowadzaniu cewnika.
- Jest techniką operacyjną znacznie prostszą, niż zabiegi Kocka i Benckrouna.



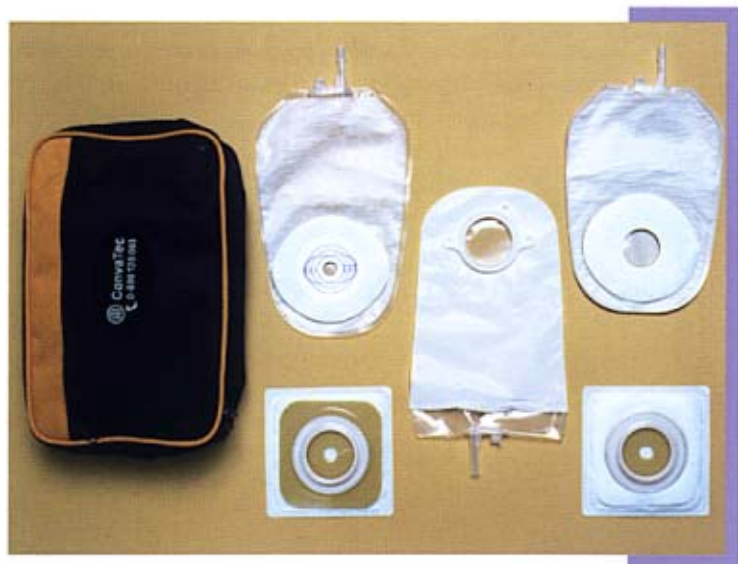
Widoczna przetoka po operacji Mainz I.

XII. Pielęgnacja urostomii.

Konieczność wytworzenia stałej przetoki moczowej, wiąże się niewątpliwie z poważną ingerencją w ciało pacjenta. Dlatego bardzo istotne jest zaakceptowanie przez niego zmienionego obrazu własnego ciała (z ang. self image), zrozumienie istoty proponowanej operacji, oraz nauczenie się podstawowych zasad pielęgnacji stomii jeszcze przed zabiegiem chirurgicznym.

Po zabiegu pacjent powinien przyswoić sobie umiejętność samocewnikowania lub zakładania i prawidłowego doboru sprzętu stomijnego tak, aby przed wypisaniem ze szpitala stał się możliwie samodzielny. Jest to podstawowy warunek trudnego procesu rehabilitacji i akceptacji przez pacjenta nowego stanu rzeczy.

Psychiczna bariera estetyczna i lęk o możliwość uszkodzenia przetoki jest przyczyną trudności z samocewnikowaniem lub wymianą sprzętu stomijnego u wielu chorych. Wcześniejsze wyjaśnienie takich problemów nie zawsze bywa możliwe i prowadzić może niekiedy po operacji do konieczności współdziałania z psychologiem lub psychoterapeutą. Skrajne przypadki braku akceptacji danej przetoki, wymagać mogą operacyjnej zmiany sposobu odprowadzenia moczu.



Zestaw urostomijny: sprzęt jedno- i dwuczęściowy.

Pierwszą metodą operacyjną zapewniającą szczelność wytworzonego jelitowego zbiornika na mocz, wykonywaną w naszym szpitalu (1983 r.), była operacja Kocka. Wśród powikłań po tej operacji, obserwowaliśmy odglabianie się zastawki oraz zagięcie ramienia odprowadzającego. Pierwszy typ powikłań powodował nieszczelność i moczenie się, drugi trudności w cewnikowaniu. Wszyscy ci chorzy wymagali korekcji operacyjnej. Większość chorych po operacji Kocka miało kamice zbiornika spowodowaną wytwarzaniem złogów na zszywkach tantalowych, służących do uformowania zastawek, co również wymagało jednorazowych lub wielokrotnych zabiegów endoskopowych kruszenia i usuwania złogów.

W naszym oddziale zbiornik Kocka został „wyparty” przez operację Benčekrouna i zbiornik moguncki typu pierwszego. Stało się tak również po części z przyczyn ekonomicznych, ponieważ uniknęliśmy konieczności używania drogich zszywaczy. Zabiegi te są również mniej skomplikowane technicznie i przez to mniej czasochłonne. Jednak i takie operacje mogą przysparzać problemów chorym.

Pacjentów samocewnikujących się należy poinstruować, aby cewnikowali się cewnikami 16 - 18 Ch, co około 4 godziny, z wydłużeniem przerwy nocnej. Część z nich, w pewien czas po zabiegu ma problemy i trudności z wprowadzaniem cewników do przetok. Może to być spowodowane zwężeniem lub zwłóknieniem pierścienia skórnoego lub bolesnością skóry w okolicy otworu przetoki. W takim przypadku zaleca się stosowanie miejscowo maści zmiękczających skórę wokół przetoki. U części chorych mogą wystąpić trudności z umieszczeniem cewnika w dnie zbiornika, co może być spowodowane zagięciem kanału przetoki.

Takie problemy mogą powodować znaczne obniżenie „jakości życia” pacjenta (quality of life). W skrajnych przypadkach należy rozważyć zmianę sposobu odprowadzenia moczu.

Po operacjach Brickera, Wallace II czy Colon conduit, na skórze powłok znajduje ujście fragment jelita stanowiący wstawkę pomiędzy układem moczowym, a skórą.

Należy wyjaśnić, że podobnie jak w przetokach kałowych, wyłoniona na skórę przetoka moczowo-jelitowa nie posiada zakończeń nerwów czuciowych, co oznacza, że jej mycie i dotykanie nie sprawia bólu. Dotykając urostomii, dotykamy jelita, którego wewnętrzna strona została wywinięta w czasie operacji i kontaktuje się ze skórą.

Ponieważ błona śluzowa jelita zawiera dużą ilość naczyń krwionośnych, podczas zabiegów pielęgnacyjnych, związanych z wymianą płytek czy samocewnikowaniem, mogą wystąpić niewielkie krwawienia.

W przypadku przetok, do których wytworzenia użyto jelita, pacjenci obserwować mogą duże ilości śluzu, zawartego w moczu. Pojawianie się śluzu w moczu, stanowi istotny problem dla chorych samocewnikujących się. U tych pacjentów konieczne jest okresowe płukanie zbiornika („przeplukiwanie pęcherza jelitowego”), ponieważ śluz może być przyczyną nie tylko przeszkody w odpływie moczu przez cewnik, ale daje też możliwość łatwego rozmnażania się bakterii i tworzenia kamieni w zbiorniku.

Podobne problemy mogą wystąpić u chorych po operacjach z użyciem wstawki jelitowej (operacje Brickera, Wallace II, Çolon conduit). Zwężenie pierścienia skórnoego może uniemożliwić swobodny wypływ moczu i śluzu z pętli oraz doprowadzać do nadmiernego rozszerzenia pętli i zastojów moczu w górnych drogach moczowych. Pacjenta należy uczulić na konieczność okresowej kontroli (przynajmniej raz w miesiącu), szerokości otworu stomijnego. Kontrolę przeprowadza się przez wprowadzenie palca w jałowej rękawiczce, do otworu przetoki. Wczesne zauważenie zwężenia może zapobiec uszkodzeniu górnych dróg moczowych i infekcji nerek.

Powikłania późne mogą polegać również na pojawieniu się przepukliny okołostomijnej, wydłużeniu wstawki, a niekiedy na wypadaniu przez otwór stomijny obwodowego odcinka wstawki jelitowej. Znacznego stopnia zwężenie pierścienia skórnoego lub wycisnienie ściany jelita, wymaga korekcyjnej. Podobnie zabiegu chirurgicznego wymagają przetoka okołostomijna oraz przepuklina okołostomijna.



Przepuklina okołostomijna po operacji Brickera.

Odrębnym problemem są zmiany zapalne na skórze chorych z urostomią. Zmieniona zapalnie, zmacerowana skóra jest bolesna, a sprzęt stomijny łatwo się od niej odkleja.

Zmiany zapalne skóry jak już wspomnieliśmy spowodowane mogą być uczuleniem na składniki sprzętu stomijnego, lub niewłaściwym jego stosowaniem. Niewłaściwe zabezpieczenie przetoki moczowej może powodować wyciekanie moczu na skórę i w konsekwencji jej podrażnienie i macerację.

Należy zwrócić szczególną uwagę na to, aby przy każdej wymianie płytki stomijnej dokładnie umyć skórę wodą z mydłem, a przed założeniem sprzętu stomijnego dokładnie skórę osuszyć. Przy myciu unikamy środków takich jak eter czy benzyna oczyszczona, które nadmiernie wysuszają skórę.



Widoczne zmiany zapalne o charakterze kontaktowym wokół przetoki do samocewnikowania (met. Benčekrouna).

Niekiedy obok zmian zapalnych pojawiają się na skórze grudki ropne oraz zmiany przerostowe i inkrustacje.



Bliznowate zwężenie wokół przetoki moczowej spowodowane zmianami zapalnymi.

Postępowanie w takim przypadku powinno być dwufazowe:

- ▶ **leczenie ogólne** infekcji dróg moczowych poprzez zastosowanie celowanej (zgodnie z posiewem moczu) antybiotykoterapii oraz
- ▶ **leczenie miejscowe**, poprzez zastosowanie past ochronnych i gojących.

Do najchętniej używanych przez nas preparatów miejscowych należy maść cynkowa. Godne polecenia są również pasty uszczelniająco-gojące i gojące Stomahesive, produkowane przez firmę ConvaTec. Można wówczas wykonać szeroki otwór w płytce (szerszy niż kanał przetoki) smarując zmienione zapalnie miejsce maścią gojącą.

Ważne jest również okresowe golenie włosów wokół przetoki, aby uniknąć zapalenia mieszków włosowych i ułatwić przyklejenie płytki.

Bardzo istotna jest częsta wymiana worków urostomijnych i podłączanie ich na noc do specjalnego zbiornika nocnego.

W przypadku wystąpienia grudek zapalnych i nadżerek, pomocne może okazać się lapisowanie zmian 25% roztworem azotanu srebra.

Przy uporczywych zmianach zapalnych zaleca się dodatkowo zdjęcie na kilka dni płytki stomijnej i wprowadzenie do wstawki jelitowej grubego cewnika, w celu odprowadzenia moczu.

W naszym oddziale, aby zapobiec pojawianiu się zmian zapalnych, wylaniamy na skórę jelita, unikając jego nadmiernego wywijania. Dzięki takiej technice, wewnętrzna, bogato unaczyniona powierzchnia jelita, jest mniej narażona na uszkodzenia mechaniczne i infekcję.

Ważnym zagadnieniem związanym z zabiegami z wykorzystaniem fragmentu jelita są skutki pobrania i wbudowania wyizolowanego fragmentu jelita w drogi moczowe. Najistotniejszą, jest możliwość występowania kwasicy hiperchloremicznej, gdzie zasadniczą rolę może odgrywać czas kontaktu moczu ze ścianą jelita oraz czas, jaki upłynął od operacji (jest to związane z procesem atrofii kosmków i z ich splaszczaniem, co prowadzi do ograniczenia wchłaniania). U takich pacjentów może zostać uruchomiony mechanizm buforowania kostnego, doprowadzający do demineralizacji kośćca, wymagający niekiedy podawania preparatów wapnia i witaminy D3. Jest to istotny problem zwłaszcza u chorych z zaawansowaną osteoporozą. U takich pacjentów, mogą się również tworzyć kamienie w drogach moczowych. Tworzeniu się kamieni może też sprzyjać, często obecna w zbiornikach jelitowych, flora bakteryjna rozkładająca mocznik.

Pacjent powinien pamiętać o wypijaniu odpowiedniej ilości płynów, w celu uzyskania prawidłowej diurezy oraz zapobiegania tworzeniu się kamieni.

Innym, rzadkim na szczęście problemem, związanym z użyciem fragmentu jelita do rekonstrukcji dróg moczowych jest możliwość rozwoju nowotworu w jego śluzówce. U naszych chorych nie spotkaliśmy się nigdy z tego rodzaju powikłaniem, ale w literaturze medycznej pojawiały się doniesienia o występowaniu nowotworów, głównie w jelicie grubym. Takie zjawisko może występować jednak również w innych odcinkach jelita.

Każda nieprawidłowość funkcjonowania urostomii wymaga konsultacji z urologiem. Zbyt późne wkroczenie instrumentalne lub operacyjne może spowodować nieodwracalne uszkodzenie nerek, przeoczenie wznowy procesu nowotworowego, a nawet zagrożenie życia chorego.

XIII. Słowniczek

- Adenomektomia** - operacyjne usunięcie gruczołu krokowego - prostaty.
- Antybiotykoterapia** - stosowanie środków bakteriobójczych lub bakteriostatycznych w celu zwalczania procesu infekcyjnego.
- Cystektomia** - zabieg operacyjny polegający na usunięciu pęcherza moczowego.
- Cystopunkcja** - nakłucie pęcherza z pozostawieniem w nim rurki do odprowadzenia moczu.
- Cystoskopia** - oglądanie wnętrza pęcherza przy pomocy endoskopowego urządzenia, zaopatrzonego w źródło zimnego światła.
- Cystostomia** - operacyjnie wytworzona przetoka pęcherzowo-skróna
- Detubularyzacja** - rozcięcie jelita, a następnie zszyte go w taki sposób, aby uzyskać optymalne warunki przechowywania w nim moczu.
- Diureza** - wydzielanie moczu przez nerkę.
- Dysfunkcja neurogenna pęcherza** - zaburzenia w oddawaniu moczu spowodowane nieprawidłowościami regulacji nerwowej.
- Elektrolity** - substancje będące składnikiem płynów ustrojowych.
- Esica** - końcowy fragment jelita grubego.
- Hiperchloremia** - zwiększenie poziomu jonów chlorkowych w surowicy.
- Kątnica** - początkowy fragment jelita grubego.
- Kwasica** - zaburzenie równowagi kwasowo-zasadowej ustroju.
- Mikcja** - zamierzone oddanie moczu przez cewkę moczową.
- Nephrostomia** - przetoka nerkowo-skróna.
- Onkologia** - dziać medycyny, nauka o nowotworach i metodach ich leczenia.
- Osteoporoza** - rozrzedzenie kości na skutek utraty wapnia.
- PCNL** - zabieg usuwania złoów z nerki na drodze endoskopowej.
- Paliatywne leczenie** - przynoszące chwilowà ulgę, usmierzające, łagodzące objawy, ale nie leczące choroby.
- Perystaltyka** - automatyczne ruchy jelit, przelyku, żołądka, moczowodów, powodowane falami skurczów mięśni okrężnych w ścianach tych narządów, wywołujące przemieszczanie zawartości narządu.
- Ponadpęcherzowe** - z ominięciem pęcherza moczowego jako zbiornika na mocz.
- Poprzecznicza** - fragment jelita grubego.
- Patologiczny** - nieprawidłowy stan odbiegający od normy.

Profilaktyka - ogół środków i postępowanie zapobiegające powstawaniu chorób.

Proksymalny - początkowy.

Prowadnik - cienki elastyczny drut służący do nadawania określonego kierunku ruchu innemu elementowi (np. cewniczce).

Przeciwnakrzepowa profilaktyka - przeciwdziałająca powstawaniu zakrzepów.

Przepuklina - wrodzone lub nabyte przemieszczenie narządów (zwykle jelit) z położenia prawidłowego pod skórę lub do sąsiednich jam ciała.

Przetoka - nieprawidłowy kanał łączący narząd wewnętrzny lub tkankę z drugim narządem, skórą albo śluzówką, wrodzony, pourazowy lub powstały w przebiegu choroby.

Roponercze - zakażone wodonercze.

Stercz - gruczoł krokowy - prostata.

Trzymanie moczu - stan utrzymywania moczu w obrębie układu moczowego.

Urolog - lekarz specjalista od chorób narządów moczowych.

Wodonercze - wywołane utrudnieniem odpływu moczu rozciągnięcie miedniczki i kielichów nerkowych, któremu towarzyszy różnego stopnia zanik miąższu nerkowego.

Zwieracz - mięsień okrężny, tworzący pierścienie mięśniowe dookoła naturalnych otworów ciała.

© Bristol-Myers Squibb Polska Sp. z o.o., Warszawa 2004
Wydanie drugie

Wszystkie prawa zastrzeżone, łącznie z prawem reprodukcji
części lub całości publikacji w jakiegokolwiek formie.

Wydawca: Bristol-Myers Squibb Polska Sp. z o.o.
00-609 Warszawa, ul. Armii Ludowej 26
tel. (22) 579 66 66, fax (22) 579 66 44,
www.convatec.pl
Bezpłatna infolinia: 0-800 120-093

Projekt i realizacja: Dado line

Zdjęcia: Ryszard Maranda, Leszek Putkowski

Bezpłatny dodatek do kwartalnika TROSKA ISSN 1506-3208

Pasta Stomahesive **uszczelniająco-gojąca**



- Wykonana z materiału Stomahesive®, który posiada właściwości gojące
- Służy do wypełniania i uszczelniania nierówności skórnych wokół stomii (faldy, blizny)
- Stosowana pod płytkę zwiększa jej przyleganie do skóry i szczelność oraz wydłuża czas noszenia
- Zabezpiecza przed przedostaniem się treści jelitowej pod płytkę
- Chroni i leczy skórę wokół stomii
- Łatwa i wygodna w użyciu
- Polecana do stosowania we wszystkich rodzajach przetok

Oba rodzaje past dostępne są w ramach limitów na sprzęt stomijny ustalonych przez Ministerstwo Zdrowia

Pasta Stomahesive **gojąca**



- Wykonana z materiału Stomahesive®, który posiada właściwości gojące
- Stosowana jest na zmienioną chorobowo skórę w okolicy przetoki
- Przeznaczona jest głównie do pielęgnacji kolostomii
- Łatwa i wygodna w użyciu
- Ma tłustą konsystencję i dlatego wymaga dokładnego usunięcia przed założeniem sprzętu stomijnego (najlepiej ciepłą wodą i gazikiem ochronnym ConvaCare)



Kocham
aktywne
życie

Dzięki
Esteem™ URO
nadal
je prowadzę

komfort
bezpieczeństwo
dyskrecja

 **ConvaTec**
A Bristol-Myers Squibb Company

Esteem™
Uwzględniamy Twoje potrzeby

Bezpłatna infolinia: 0-800 120-093

Bristol-Myers Squibb Polska Sp. z o.o.
(Dział ConvaTec)
Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa
e-mail: dzial.pomocy@bms.com
www.convatec.pl

Esteem™ URO – nowoczesny
jednoczęściowy system
do zaopatrzenia urostomii