

Specifika ošetrovatelské péče o pacienty s ureteroileostomií

Mgr. Ludmila Hranická

Urologické oddělení, FN Ostrava

Vytvoření ureteroileostomie se v posledních letech stává častým řešením onemocnění urologického systému. Důvodem je vzrůstající počet pacientů s karcinomem močového měchýře, který je nejčastější indikací k uvedené derivační operaci. Ošetřování pacienta s ureteroileostomií má svá specifika a vyžaduje orientaci v dané problematice.

Klíčová slova: derivace moče, ureteroileostomie, urostomie, ošetrovatelská péče.

The specifics of nursing care for patients with ureteroileostomy

Lately ureteroileostomy becomes common solution to dealing with diseases in urinary system. Reason for that is in increasing number of patients diagnosed with bladder cancer that is most frequently the indication to stated derivation surgery. Medical treatment of patient with ureteroileostomy has its own specifics and it requires specialization in this issue.

Key words: urina derivation, ureteroileostomy, urostomy, nursing care.

Úvod do problematiky močových derivací

Jednotlivé úseky vývodných močových cest na sebe funkčně navazují. Je-li některý z anatomických úseků vyřazen, je nutné jeho funkci zajistit náhradním způsobem, tj. zabezpečit odvádění moči jinou cestou, než přirozenou. Tato náhradní funkce se označuje jako derivace moči. Konkrétně se užívá termín derivace moči u stavů, kdy je vyřazen močový měchýř a termín derivace označuje náhradu močového měchýře.

Optimální formou derivace je stav, při kterém se nahradí obě základní funkce močového měchýře – evakuační i střídací. Takováto derivace je **kontinentní**. Pokud to možné není, je nutné nahradit alespoň funkci evakuační, tj. zabezpečit volné odvádění moči. V tomto případě je derivace **inkontinentní**. Pro močové derivace se využívají některé části zažívacího traktu, nejčastěji střeva. Výběr konkrétní močové derivace je třeba u pacienta provést ještě před operací. Volba optimální metody pro každý individuální případ zásadním způsobem ovlivňuje

kvalitu dalšího pacientova života. Rozhodujícím kritériem pro výběr vhodné derivace je celkový zdravotní stav pacienta, věk, stadium nádorového onemocnění a renální funkce. Zvolená forma močové derivace musí být pro pacienta onkologicky bezpečná a pacientem akceptovatelná (1).

Z jiných pohledů lze také derivace členit na **zevní** (vyústěné na povrch těla – ureteroileostomie) a **vnitřní** (ústící uvnitř těla – ureterosigmoideostomie), respektive na metody, využívající určité střevní segmenty (všechny ureteroenterostomie).

Kontinentní močové derivace

Metoda kontinentní derivace moči spočívá ve vytvoření rezervoáru ze střeva. Rezervoár musí mít dobře fungující uzavírací mechanismus bránící úniku moči. Podle Mezinárodní společnosti pro inkontinenci se dělí kontinentní derivace podle umístění rezervoáru. Na prvním místě jsou **ortotopické náhrady močového měchýře**, kdy je po cystektomii rezervoár umístěn na místo původního močového měchýře. Je přišitý k mo-

čové trubici, a tím se využívá přirozený uzavírací mechanismus. K vyšší rezervoáru se nejčastěji využívá ilea. Další formou jsou **heterotopické náhrady močového měchýře**, kdy jsou rezervoáry uloženy v dutině břišní a jsou vyprazdňovány katetrizací. Poslední formou jsou **kontinentní náhrady využívající anální svěrač**, kdy se k jímání moči využívá sigmoideum a rektum. Zachování kontinence zajišťuje anální sfinkter (2).

Inkontinentní močové derivace

Inkontinentní derivace moči jsou všechny druhy derivací, u nichž nedochází ke shromažďování moči v měchýři, nebo v jeho náhradě. Moč je neustále odváděna do speciálních jímáčů. Patří zde například **nefrostomie**, kožní **ureterostomie** a **ureteroileostomie**.

Operační technika ureteroileostomie

Ureteroileostomie (dále **urostomie**) patří mezi **trvalé** a **inkontinentní močové derivace**.

Obr. 1. Ureteroileostomie



Operační technika spočívá v exkluzi asi 15 cm preterminálního ilea, do jehož orálního konce jsou implantovány uretery. Levý ureter je protažen na pravou stranu pod radixem mezenteria. Střevní klička neslouží jako rezervoár a svou peristaltikou zabezpečuje transport moči ven. Existuje několik variant provedení ureterointestinální anastomózy, princip však vždy spočívá ve vytvoření co nejširší komunikace mezi močovody a střevem, bez snahy bránit refluxu. Původně byly uretery implantovány jednotlivě, dnes se však používá způsob popsaný Wallacem. Ten spočívá ve vytvoření ploténky, která vzniká vzájemným izoperistaltickým (Wallace I), nebo anizoperistaltickým (Wallace II) sešitím obou ureterů po jejich předchozím podélném nastřížení v délce asi 2 až 3 cm. Urostomie vzniká protažením aborálního konce střevní kličky břišní stěnou a jejím vyšitím v evertované formě ke kůži. Vzniklá urostomie je červeno-růžové barvy, v ideálním případě je vyvýšená nad povrch pokožky (obrázek 1). Sliznice stomie je vlhká a lesklá, nenacházejí se v ní nervová zakončení, proto není citlivá na bolest. Tvar může být kulatý nebo oválný. Stomie se nachází na stěně břišní, v pravé polovině podbřišku. Neumísťuje se do operační rány, do blízkosti kostních výčnělků, žívez a kožních záhybů (3).

Komplikace urostomie

Komplikace urostomie dělíme na **časné** a **pozdní**.

Časné komplikace urostomie

Z důvodu možných časných komplikací je v pooperačním období kladen důraz na pečlivé sledování stavu urostomie. Některé komplikace však vznikají také špatnou konstrukcí urostomie a jejím nevhodným umístěním.

Nevhodné umístění urostomie způsobuje špatnou fixaci stomických pomůcek, následné odlepování a podtékání moči. Toto je příčinou kožních infekcí, ulcerací a dermatitid. Prevencí je vyznačení budoucí urostomie v předoperačním období.

Ischemie až nekróza je způsobena nedostatečným cévním zásobením. Příčinou může být jednak chybná operační technika, případně nedostatečně vystřižený otvor v podložce, jehož okraje traumatizují sliznici střeva. Prevencí je vystřihávání dostatečně velkého otvoru do stomické podložky. Částečná nekróza se může vyhojit bez následků, ev. retrakce a nerovnosti okrajů urostomie. Pokračuje-li však nekróza do peritoneální dutiny, je nutné provést operační revizi. K odhalení těchto komplikací je nutná důsledná kontrola urostomie v pooperačním období. Z tohoto důvodu je vhodné používat průhledné stomické pomůcky.

Krvácení vzniká buď z celkových, nebo lokálních příčin. Drobné krvácení z lokálních příčin se může objevit při nešetrné výměně stomické pomůcky a kontaktem s urostomií, která je bohatě prokrvená. Toto krvácení obvykle spontánně odezní ve velmi krátké době. Déletrvající krvácení může způsobit užívání některých léků, např. antikoagulancií.

Stenóza a retrakce jsou komplikace, které spolu často souvisí. Stenóza se bez retrakce objevuje, ale retrakce bez stenózy je velmi vzácná. Stenóza vzniká postupným zužováním vlivem zjizvení. U mírné stenózy je prevencí šetrná dilatace urostomie plastovým dilatátorem, prstem, event. močovým katétre. Pro dosažení optimálního průměru se doporučuje minimálně dvakrát týdně. Pokud nelze stenózu řešit konzervativně, je nutné chirurgické řešení. Potíže s retrahovanou urostomií lze řešit výběrem konvexních pomůcek.

Další méně časté komplikace v pooperačním období jsou *kožní změny v peristomální oblasti*, jako jsou alergické reakce, kontaktní dermatitida, iritace a macerace pokožky. V těchto případech je nutné vyřešit prvotní příčinu komplikace výběrem správné pomůcky k zabránění podtékání moče, u alergické reakce provést alergický test na hmoty z podložky (aplikací na předloktí).

Pozdní komplikace urostomie

Parastomální kýla patří mezi nejčastější pozdní komplikace urostomií. Vzniká oslabením břišní stěny a částečným nebo úplným uvolněním fascie od střevní kličky. Kýlu kompenzujeme břišním pásem, event. operační plastikou.

Prolaps neboli výhřez urostomie bývá způsoben příliš velkým otvorem ve stěně břišní, nedostatečnou fixací střeva či trvale zvýšeným nitroabdominálním tlakem (ascites, úporný kašel). Střevo může vyhřeznout i několik centimetrů

před stěnu břišní. Zvětšuje se při tělesné námaze ve stoje a při kašli. Menší prolaps pacienta neobtěžuje, problémy však nastávají u výhřezů větších jak 8 cm. Sliznice střeva je lehce zranitelná, krvácí a mohou se na ní tvořit vředy. Čerstvý prolaps lze opatrně reponovat, způsobuje-li však komplikace, je vhodné operační řešení.

Problémy s peristomální kůží jsou problémy, které velmi ovlivňují kvalitu života stomika. Kůže může být drážděna mechanicky, chemickými vlivy (moč) a může se také objevit infekce a alergie. Mezi nejčastější kožní problémy patří **macerace** vlivem zvýšené vlhkosti. Kůže je bílá a objevují se i vrásky. Může být způsobena používáním nevhodné pomůcky a zatékáním moči. Na vlhké kůži dochází ke ztenčení ochranné vrstvy a ke zvýšenému výskytu bakteriálních a houbových infekcí. Naopak *nadměrně suchá kůže* může souviset s věkem, kdy klesá množství lipidů a vody v keratinové vrstvě. Na extrémně suché kůži vznikají trhliny a je zde větší riziko infekce. Při *podráždění – iritaci* je kůže zarudlá, svědí a někdy až pálí. K podráždění dochází působením sekretů, odíráním drsným povrchem, nebo agresivními čistícími prostředky. Je-li pokožka neustále mechanicky drážděna, zarudnutí může pokračovat až ke ztrátě vnější vrstvy kůže a mohou se přidat další kožní problémy. Mezi nejčastější kožní *infekce patří infekce způsobená candidou albicans*. Toto houbové onemocnění se projevuje červenými skvrnami a malými puchýřky. *Folikulitida*, neboli zánět chlupových váčků, bývá vyvolán jejich traumatickým vytržením při výměně stomické pomůcky. *Granulace* v okolí urostomie se projevuje červenými výrůstky, připomínající polypy. Jde o banální komplikaci, kterou je možné vyřešit poleptáním výrůstků, ev. jejich operačním odstraněním (4).

Ošetrovatelská péče o pacienta s urostomií

„Každý stomik má právo na kvalitní a profesionální lékařskou a ošetrovatelskou péči i psychosociální podporu v předoperačním i pooperačním období, v nemocnici i své komunitě.“

Charta práv stomiků (5)

Ošetrovatelská péče o pacienta s urostomií se dělí na *předoperační* a *pooperační*.

Předoperační péče z hlediska psychické přípravy začíná již ve chvíli, kdy pacient dostává informaci o plánovaném vytvoření urostomie. Cílem předoperační přípravy je připravit pacienta psychicky

Obr. 2. Ureteroileostomie – 6. pooperační den

a fyzicky na operaci, při níž mu bude urostomie založena. Předoperační příprava má tedy nejen předejít komplikacím, ale také snížit psychický stres pomocí kvalitně provedené edukace. Ta vyžaduje kvalifikovaného odborníka, který se nazývá stomasestra, neboli stomická sestra. Předhospitalizační edukaci pacienta a jeho blízkých stomasestrou by měl nabízet lékař již při objednávání pacienta k operaci. První kontakt stomasestry s nemocným je velmi důležitý pro budoucí spolupráci. Nejčastěji probíhá formou neformálního rozhovoru. Stomická sestra ukáže na obrázku nebo modelu místo pro vytvoření urostomie, představí stomické prostředky a příslušenství, vysvětlí individuální použití a manipulaci s jednotlivými systémy. Nabídne písemné edukační materiály, CD, DVD a vysvětlí jejich obsah. V poslední době se v praxi osvědčila technika tzv. „fantomu ureteroileostomie“. Jedná se o možnost, vyzkoušet si v domácím prostředí život s urostomií ještě před operací. Pokud pacient projeví zájem si tuto techniku vyzkoušet, stomická sestra v průběhu edukace zakreslí místo pro budoucí urostomii a aplikuje na toto vyznačené místo stomickou pomůcku, částečně naplněnou malým množstvím tekutiny. Pacientovi je doporučeno celodenní nošení této imitace budoucí urostomie a provádění běžných aktivit.

Dva až tři dny před výkonem je pacient plánovaně přijat na lůžkové oddělení. V případě, že pacient odmítl, nebo neměl možnost navštívit předhospitalizační edukaci, má stomická sestra stále dostatek času na rozhovor. V této fázi stomická sestra samostatně ev. při nejasnostech ve spolupráci s operatérem zakresluje místo pro budoucí urostomii. Zakreslení je nejdůležitější úkon v předoperační přípravě, který ovlivňuje kvalitu pooperačního ošetřování. Zakreslení předchází výběr vhodného místa. Mobilnímu pacientovi sestra ve stoje prohlédne odhalené břicho, kde se zaměří převážně na nerovnosti, kožní řasy a jizvy. Prohlédne si břicho i při pohybu (leh, sed, předklon, dřep) a na vtypované místo

přiloží stomickou podložku. Pokud tato podložka nepůsobí pacientovi subjektivní potíže (pocit nepohodlí, tlaku, atd.), místo v den operace zakreslí nesmazatelným fixem. Ke krátkodobé přípravě dále patří: změna diety na tekutou, příprava střeva, sledování hydratace pacienta, holení operačního pole, zajištění centrálního venózního katétru, premedikace a miniheparinizace.

Pooperační péče se dělí na bezprostřední a následnou.

Bezprostřední pooperační péče probíhá na JIP nebo ARK (dle závažnosti stavu) a spočívá v monitorování životních funkcí, aplikaci umělé výživy, péči o ránu, péči o žilní vstupy a drény a v neposlední řadě tišení bolesti. Drenáž močových cest zajišťují ureterální cévky (obrázek 2). Je nutné sledovat jejich funkčnost, ev. dle ordinace lékaře provádět proplach. V pooperačním období se na urostomii aplikuje průhledný sáček, který umožní sledovat tvar, barvu, velikost a otok urostomie.

Následná pooperační péče probíhá již po překladi pacienta na standardní ošetrovatelskou jednotku urologického oddělení. Pooperační fáze je pro stomika fyzicky a psychicky velice náročná. Přichází první kontakt s vlastní urostomií a přiznání si reality nového vzhledu. Je vhodné nechat na pacientově rozhodnutí, kdy se chce na urostomii poprvé podívat. Doporučuje se před prvním vizuálním kontaktem urostomii řádně očistit. První pohled je z psychologického hlediska nesmírně důležitý. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je edukace. Individuální plán u stomika vede stomická sestra, ale ošetřit urostomii by měla umět každá sestra bez odborného dohledu. V procesu edukace je pacientovi předáváno velké množství teoretických informací, a zároveň je kladen důraz na praktické zvládnutí ošetřování urostomie a výměnu stomického systému. Nároky kladené na

pacienta vyžadují správné naplánování edukačního procesu. Prvních deset dní po výkonu jsou v urostomii zavedeny ureterální cévky, proto je výměna podložky náročnější. V tomto období je vhodné edukaci zaměřit na teoretickou výuku – stomické pomůcky a příslušenství, způsob použití, limity atd. (tabulka 1). Pacient se také může zapojit do jiných činností spojených s péčí o urostomii jako je například ošetřování okolí urostomie, úprava podložky dle velikosti urostomie atd. Edukace má být postupná, individuální a nenucená. Po odstranění ureterálních cévek se přechází k praktické edukaci výměny stomického systému. Hlavním cílem je úplná nebo částečná soběstačnost pacienta v ošetřování urostomie. Edukaci sestru realizuje individuálně s ohledem na zdravotní, fyzický, psychický a mentální stav. Edukaci předchází výběr vhodných stomických pomůcek. Ten je ovlivněn nejen vzhledem samotné urostomie a peristomálním okolím, ale také věkem, pohlavím, manuální zručností pacienta a jeho požadavky. U pacientů hendikepovaných sestru edukuje pověřenou blízkou osobu. Praktická edukace by měla probíhat ve vhodně vybavené místnosti (přenosné zrcadlo, stolek na přípravu pomůcek, stomické pomůcky, lehátko, židle).

Pravidla doporučených postupů pro výměnu stomického systému

- Podložku odlepujeme pomocí odstraňovače náplasti. Pomůcka se nesmí z těla strhávat násilně. Mohou vzniknout drobné trhliny na kůži.
- Následně kůži v okolí urostomie dobře omyjeme a osušíme.
- Na suchou kůži nanese ochranný film, který pokožku nejen chrání, ale také pod-

Tab. 1. Měsíční limity spotřeby stomických pomůcek a příslušenství pro urostomiky

Typ prostředku	Limit	Max. výše úhrady
podložky urostomické	15 ks za měsíc	max. 4 500 Kč za 15 ks
urostomické dvoudílné sáčky	30 ks za měsíc	max. 5 500 Kč za 30 ks
urostomické jednodílné sáčky	30 ks za měsíc	max. 9 000 Kč za 30 ks
pásky a přídržné prostředky	max. 2 ks za rok, RL*)	max. 600 Kč za 2 ks
prostředky stomické vyplňovací a vyrovnávací		100 %
prostředky stomické čistící		max. 350 Kč za měsíc
odstraňovače stomické podložky		max. 300 Kč za měsíc
prostředky stomické ochranné		max. 1 000 Kč za měsíc
prostředky stomické deodorační	RL*)	max. 350 Kč za měsíc

*) RL – po schválení revizním lékařem

Při diagnóze stomie lze předepisovat nejenom pomůcky ze skupiny 03 (Pomůcky stomické), ale i některé prostředky skupiny 01 (např. gáza skládaná, netkaná textilie čtverce, vata buničitá).

Množství a výši úhrady určuje VZP v Úhradovém katalogu, který se může měnit.

poruje přilnavost podložky. Je s výhodou používat pro ošetřování stomií pouze prostředky k tomu určené. Předcházíme tím různým nepříjemným kožním komplikacím.

- Ve stomické podložce vystříhneme otvor přizpůsobený velikosti a tvaru urostomie. Otvor má být větší asi o 1 až 2 mm, aby podložka mechanicky nedráždila sliznici urostomie. Nevystřihujeme příliš velký otvor, podložka chrání kůži před obsahem urostomie.

mie. Nevystřihujeme ani malý otvor, mohlo by docházet k podtékání.

- Před přiložením je vhodné pomůcku nahřát. Je měkčí a poddajnější a lépe a rychleji přilne k pokožce.

Závěr

V současnosti se v nemocnicích měří kvalita léčebné péče, kvalita ošetrovatelské péče a spokojenost pacientů. Nemocnice procházejí různými certifikačními a akreditačními proce-

sy, a proto je také kladen důraz na vzdělávání a vysokou odbornou úroveň zdravotníků. Ošetrovatelská péče o pacienty s urostomií je z hlediska znalostí a dovedností sester náročný a složitý proces. Celý ošetrovatelský tým by měl mít na paměti, že nedostatek profesionality v poskytované péči může nepříznivě ovlivnit nejen psychiku pacienta, ale také jeho celkový zdravotní stav.

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Jarolím L. Derivace moči po cystektomii. Urologické listy. 2008; 4(2): 53–59.
2. Dvořáček J, et al. Urologie. 1. vyd. Praha: ISV nakladatel-

ství, 1998: 1567.

3. Dvořáček J, Babjuk M. Onkourologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2005: 185.

4. Zachová V, a kol. Stomie. 1. vyd. Praha: Grada, 2010: 151–167.

5. Informace pro stomiky, Coloplast, Brožura pro pacienta.