

# STOME, RANE, INKONTINENCA – AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

*Simpozij z mednarodno udeležbo*



3., 4. in 5. marec 2011,  
**Mladinsko zdravilišče in letovišče  
Debeli rtič, Ankaran**

# STOME, RANE, INKONTINENCA – AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

*simpozij z mednarodno udeležbo*

Zbornik predavanj

3., 4. in 5. marec 2011

Mladinsko zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankaran

Organizator:

ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE - ZVEZA  
STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN  
ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

# STOME, RANE, INKONTINENCA – AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI

*Simpozij z mednarodno udeležbo*

3., 4. in 5. marec 2011

Urednici:	Suzana Majcen Dvoršak mag. Darija Ščepanovič
Recenzenta:	mag. Tamara Štemberger Kolnik Igor Karnjuš
Organizacijski odbor:	mag. Tamara Štemberger Kolnik Boža Hribar Dragica Tomc
Programski odbor:	Suzana Majcen Dvoršak Vanja Vilar Anita Jelar Slatner Renata Batas
Lektor:	Teo Šinkovec
Oblikovanje:	Studio Ark, Manca Švara
Založila in izdala:	Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji
Tisk:	Camera d.o.o.
Naklada:	200 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-008.22-083(082)

616-089.86-083(082)

STOME, rane, inkontinenca - aktivnosti v zdravstveni negi :  
simpozij z mednarodno udeležbo, 3., 4. in 5. marec 2011, Mladinsko  
zdravilišče in letovišče Debeli rtič, Ankarana : zbornik predavanj /  
organizator Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza  
strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih  
tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni  
terapiji ; [urednici Suzana Majcen Dvoršak, Darija Ščepanovič]. -  
Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza  
strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih  
tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni  
terapiji, 2011

ISBN 978-961-91336-9-9

1. Majcen Dvoršak, Suzana 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege  
Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in  
zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester v  
enterostomalni terapiji

254883584

# KAZALO

Uvodnik <b>Tamara Štemberger Kolnik, Suzana Majcen Dvoršak</b>	7
INKONTINENCA – DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE	
Razvoj uroginekologije na Slovenskem in sodobni pristopi zdravljenja <b>Adolf Lukanovič</b>	11
Urinska inkontinenca: etiologija, razdelitev in diagnostika <b>Matija Barbič</b>	18
Proces zdravstvene nege pacientke z urinsko inkontinenco <b>Rozalija Jeglič</b>	25
Pacientka z inkontinenco - naše izkušnje <b>Anita Jelar Slatnar</b>	34
Etične dileme –pacient z inkontinenco <b>Darinka Klemenc</b>	41
SKRB ZA PACIENTA Z INKONTINENCO	
Konzervativno zdravljenje urinske inkontinence pri ženskah <b>Darija Ščepanović</b>	57
Ukrepi za zdrav življenjski slog pri osebi z urinsko inkontinenco <b>Lidija Žgur, Darija Ščepanović</b>	69

## ČREVESNE STOME

Zdravstvena nega bolnika operiranega zaradi kronične vnetne črevesne bolezni (prikaz primera)

**Irena Felicita Nadižar** 81

Koncept zdravstvene nege pacijenata sa enterostomom

**Živka Madžić** 93

Uticaj preoperativnog obeležavanja mesta stome na pojavu komplikacija u postoperativnom toku

**Dušica Bioćanin** 95

Uloga zdravstvenog tehničara u izvodjenju ex tempore biopsije kod operacija kolorektalnog karcinoma

**Nenad Živanović** 97

## ŽIVLJENJE S ČREVESNO STOMO

Stoma patients care at home in Finland

**Ulla Kuusela** 101

Obravnava pacienta s črevesno stomo v domačem okolju

**Alenka Petek** 102

Težave pacientk s stomo v času nosečnosti in poroda ter načini, kako se z njimi spopadajo

**Manca Pajnić** 110

Nosečnica s stomo (prikaza primera)

**Renata Batas** 118

## URINSKE STOME

Kontinenta urostoma

**Igor Sterle, Aleš Sedlar** 129

Zdravstvena nega pacienta z urostomo <b>Anita Jelen</b>	<b>136</b>
Perkutna nefrostoma <b>Igor Sterle, Aleš Sedlar</b>	<b>148</b>
Zdravstvena nega pacienta z nefrostomo <b>Vesna Vrbanec</b>	<b>157</b>
Intermitentna urinska kateterizacija <b>Zdenka Dimnik Vesel</b>	<b>165</b>
RANA – KAJ PA ZDAJ?	
Akutna in kronična rana <b>Dragica Tomc</b>	<b>173</b>
Obravnava pacientov z inkontinenčnim dermatitisom v Splošni bolnišnici dr. Jožeta Potrča Ptuj <b>Jasmina Kropfl, Lidija Lazar, Mirjana Bušljeta</b>	<b>179</b>
Predstavitev Društva za oskrbo ran Slovenije – Kje smo? <b>Nataša Čermelj</b>	<b>190</b>
Liječenje pacienata sa kroničnim ranama u Hrvatskoj <b>Suzana Tunuković</b>	<b>193</b>
Previjanje opekline hidrofiber tehnologijom i modernim oblogama <b>Suzana Tunuković</b>	<b>195</b>
Ali lahko s timskim pristopom izboljšamo kvaliteto oskrbe bolnikov z RZP? <b>Asja Jaklič</b>	<b>205</b>



---

# UVODNIK

---

*mag. Tamara Štemberger Kolnik  
Suzana Majcen Dvoršak*

Enterostomalna terapija je področje v zdravstveni negi, ki pokriva obsežno delovanje medicinskih sester. Razteza se na primarni, sekundarni in terciarni nivo zdravstvenega varstva. Pacient, ki potrebuje znanje s strani enterostomalnega terapevta ni omejen s starostjo; v vseh starostnih obdobjih so namreč pacienti s stomo, rano ali inkontinenco. Prav tako lahko enterostomalni terapevt s svojim znanjem deluje na področju zdravstvene nege kirurškega, internističnega, nevrološkega, ginekološkega... pacienta. Širina, ki jo prinaša specializacija iz enterostomalne terapije za zdravstveni sistem omogoča racionalno in kakovostno obravnavo pacienta s stomo, rano in inkontinenco, saj z znanjem medicinska sestra enterostomalni terapevt omogoči pacientu z najnižjimi možnimi stroški, zadovoljstvo in kakovost življenja, kljub spremembam, ki jih v življenje vnese izpeljana stoma, kronična rana ali inkontinenca.

Inkontinenca je problem današnjega časa, prisoten v vseh starostnih obdobjih. V otroštvu se sprašujemo, do kdaj lahko otrok nekontrolirano izloča urin. Povezujemo psihološke dejavnike pri otrocih, ki do poznega otroštva močijo posteljo v nočnem času, med spanje pa vendar ugotavljamo, kako jim lahko pomagamo, kakšne pripomočke lahko ponudimo. Neaktiven življenjski slog je posledica pogoste stresne inkontinence, ki se pojavi relativno hitro po porodu. Seveda pa je glede na staranje vse populacije in to v svetovnem merilu vedno več starostnikov z inkontinenco urina in blata. Pripomočki za inkontinenco so eden od največjih stroškov, ki bremenijo zdravstveno blagajno.

Izločalne stome, ki so tokrat predstavljene v zborniku, pomenijo za pacienta sicer zdravljenje, za nekatere ozdravitev. Pa vendar vemo, da je pri vseh pacientih z izločalno stomo zmanjšana kakovost življenja. Po operativnem posegu prehajajo preko različnih faz, ki omogočijo v prvi vrsti sprejemanje spremenjene telesne podobe, navajanje na spremenjene potrebe, nato



vključevanje in sprejemanje družine in seveda tudi socialno življenje pacienta, ki je neizbežno. Človek je družbeno bitje, brez sočloveka ni kakovosti življenja. Enterostomalni terapevt je tisti, ki ima znanje in pridobljene veščine, s katerimi lahko pacienta nauči samooskrbe, mu svetuje, kateri so primerni pripomočki in mu pomaga pri resocializaciji.

Rana, predvsem kronična, pomeni obremenitev za organizem, posameznika in zdravstveno blagajno. Postopoma se začnemo zavedati začaranega kroga, ki nastopi kot posledica kronične rane; kronična rana je posledica motenj v delovanju organizma, nato pa kronična rana povratno povzroči zaplete, ti lahko nastopijo ob dolgotrajnem ali celo nepravilnem zdravljenju, vpliva na organizem in ga izčrpava. Enterostomalna terapevtka lahko s svojim znanjem in celostnim pristopom ta začaran krog prekine, pospeši celjenje, zmanjša stroške, prepreči socialno izolacijo in pacienta čim hitreje vrne na pota do kakovostnega življenja.

Pred vami je zbornik, ki obravnava problematiko vseh treh strokovnih področji obravnave pacienta s področja enterostomalne terapije. V prispevkih lahko vsaka medicinska sestra, babica ali zdravstveni tehnik najde usmeritve za preventivo, prepoznavanje in reševanje problemov, s čimer lahko omogoči pacientu kakovostno in učinkovito zdravstveno negovalno oskrbo.

---

# INKONTINENCA – DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE

---





---

# RAZVOJ UROGINEKOLOGIJE NA SLOVENSKEM IN SODOBNI PRISTOPI ZDRAVLJENJA

## DEVELOPMENT OF UROGYNECOLOGY IN SLOVENIA AND MODERN APPROACHES TO TREATMENT

---

*doc. dr. Adolf Lukanovič, dr.med., svetnik*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

*Ginekološka klinika*

*adolf.lukanovic@guest.arnes.si*

### **KLJUČNE BESEDE**

uroginekologija, razvoj dejavnosti, zdravljenje, sodobne metode

### **KEY WORDS**

urogynecology, development of subspeciality, treatment, modern methods

### **IZVLEČEK**

Avtor opisuje razvoj področja uroginekologije v Sloveniji, razloge zanj in kronološko navaja večje dogodke in dosežke. Posebej poudarja pomen skrbi za kvaliteto življenja žensk in pomembnost mednarodnih povezav za kontinuirano utrjevanje strokovnega znanja, ki omogoči izvedbo teh ciljev. V drugem delu opisuje glavne novosti v sodobnem pristopu k zdravljenju urinske inkontinence in disfunkcije medeničnega dna pri ženski.

## **ABSTRACT**

The development of urogynecology as a subspecialty of gynecology in Slovenia is being described: the reasons for it and chronological listing of major events and achievements. The emphasis is given to the impact of quality of life care in women, and the importance of relations with international experts for continuing strengthening of the knowledge permitting the achievement of these goals. Additionally, the main novelties in the modern approach to the treatment of urinary incontinence and pelvic floor dysfunctions in women are being dealt with.

## UVOD – ZAČETKI UROGINEKOLOGIJE

V prizadevanju za ohranitev strokovnega nivoja uroginekologije kot sub-specialne vede ginekologije in porodništva ter zaradi uvajanja novih načinov zdravljenja, smo v UKC Ljubljana leta 1986 ustanovili znotraj kliničnega oddelka za ginekologijo samostojen oddelek za uroginekologijo. Zaradi razširjenosti uroginekoloških obolenj in aktualnosti problematike, ko bolnice vse bolj spoznavajo pomembnost preventivnih in terapevtskih postopkov za izboljšanje kvalitete življenja, je ta dejavnost postala v naši sredini vse bolj prepoznavna. To je nedvomno dokaz o izboljševanju ravni zdravstvenega sistema in motiviranosti ženske populacije za krepitev telesne kondicije in lastnega zdravja. Tradicija uvajanja sodobnih metod zdravljenja uroginekoloških obolenj sega v davno preteklost. Nekdanji direktor Ginekološke klinike, akademik prof. Franc Novak, ki je bil svetovno poznan po uvedbi modifikacije radikalne histerektomije po Wertheimu je že davno posvečal pozornost številnim postoperativnim urološkim komplikacijam. Takrat je bil v ospredju problem reševanja sečevodnih fistul. V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, se je v Ljubljani (UKC, Fakulteta za elektrotehniko, Inštitut Jožef Štefan), kot v enem od prvih svetovnih centrov, začela razvijati elektrostimulacija kot oblika zdravljenja urgentne urinske inkontinence - nujnostno nenadzorovano uhajanje urina pri ženskah (Lukanovič, 2004).

## MEDNARODNA PREPOZNAVOST UROGINEKOLOGIJE

Mednarodno združenje za inkontinenco (International urogynecological association, IUGA) je bilo ustanovljeno leta 1976 v Mexico Cityju, v času zasedanja Svetovne zveze ginekoloških združenj, FIGO. Takrat je 11 vodilnih strokovnjakov s področja uroginekologije spoznalo potrebo po ustanovitvi enovite organizacije za to specifično področje ginekologije. Med ustanovnimi člani je bil tudi predstavnik Slovenije, prof. Božo Kralj (Dwyer, Riss, 2004; O' Dowd, Philipp, 2000).

Neprestano stremljenje k popolnosti je lastno vsakemu dobremu kirurgu, hkrati pa je tudi stalnica strokovnega razvoja. Vsakodnevno delo v operacijskih dvoranah, spremljano z iskanjem teoretičnih resnic, ni uspešno brez stalnega povezovanja znotraj stroke, krepitve medsebojnih povezav in brez izmenjav kliničnih izkušenj. Zato smo leta 2000 ustanovili Društvo za uroginekologijo Slovenije. Po uspešnem in odmevnem prvem slovensko-avstrijskem skupnem srečanju, novembra 2002 v Vrbi/Vrbsko jezero, smo se septembra 2004 slovenski in avstrijski uroginekologi ponovno sestali na skupnem simpoziju v

Portorožu. Obravnavali smo moderne kirurške tehnike zdravljenja urinske inkontinence. Ginekološka klinika je leta 1998 med prvimi v Evropi uvedla v rutinsko klinično uporabo minimalno invaziven kirurški pristop za kirurško zdravljenje stresne urinske inkontinence pri ženskah, t.im. sling operacijo (ne-napetostni vaginalni trak).

Sledimo razvoju kirurških tehnik zdravljenja povešenosti rodil, predvsem pri bolnicah, pri katerih želimo ohraniti maternico. Tako smo leta 2006 uvedli rekonstrukcijo medeničnega dna s sintetično mrežico in doslej smo operirali že več kot 100 bolnic po tej sodobni metodi. Rezultate smo predstavili na Evropskem kongresu endoskopske kirurgije v Portorožu, septembra 2007, organizirali smo ga v sodelovanju s European Society for Gynecological endoscopy. Ker se zavedamo pomena prenosa znanja, naše izkušnje posredujemo na učnih delavnicah v regijskih bolnišnicah po Sloveniji in številnih ustanovah v tujini.

Zdravniki oddelka za uroginekologijo so bili pogosto vabljeni kot predavatelji doma in v tujini, objavili so številne prispevke v domači in tuji strokovni literaturi. Zgodovinsko tradicionalne povezave naših učiteljev so prinesle mednarodno prepoznavnost ljubljanske kirurške tehnike. V decembru 2007 smo organizirali jubilejni 30. kirurški tečaj za italijanske ginekologe. Že pred dvajsetimi leti smo v Ljubljani gostili 12. letno srečanje IUGA (International Urogynecological Association). Leta 1976 smo organizirali v Portorožu in nato leta 1989 v Ljubljani, letno srečanje ICS (International Continence Society), (Kirschen. 1984; McFall, Yerkess, 1998).

Z namenom hitrejšega pretoka informacij, kar na področju uroginekologije kot kirurške stroke predstavlja neposredno kirurško delo z bolnico v operacijski dobi in v želji po prenosu znanja na mlajše kolege, smo se odločili, da verificiramo teoretično in praktično, razvojno strokovno in akademsko delo v različnih fazah. V prvi fazi smo pristopili h projektu certifikacije kakovosti in v lanskem letu pridobili certifikat ISO-9001. V naslednji fazi pa želimo ustanoviti referenčni center za uroginekologijo in rekonstruktivno kirurgijo medeničnega dna v Sloveniji, ter kandidirati za enakovreden evropski naziv.

Prenos znanja v nerazvita področja sveta, vzpodbujanje in motiviranje ginekologov in porodničarjev za poglobljanje znanja uroginekologije, predvsem v smeri uvajanja svetovanja in preventivnih ukrepov, ter uvajanja novih metod diagnostike in zdravljenja so stalnica delovanja Mednarodnega združenja IUGA. Kot evropski predstavnik v International board of IUGA

sem na skupščini združenja, leta 2007 v Cancunu, predlagal, naj združenje, z namenom realizacije navedenih ciljev, organizira regionalne simpozije v različnih predelih sveta. Zaupali so nam organizacijo prvega regionalnega simpozija v Ljubljani za področje JV Evrope. Naslednji regionalni simpoziji so se odvijali v Hong Kongu in Tel Avivu (Lee, 2000).

Na prvem regionalnem simpoziju, ki je potekal 3. in 4. oktobra 2009 v Kliničnem centru v Ljubljani, so predavali mednarodno priznani strokovnjaki s področja uroginekologije: predsednik združenja IUGA, prof. Willy Davila s Floride (Cleveland Clinic); najvidnejši strokovnjak z Nizozemske, prof. Vervest; predsednik sorodnega združenja iz Italije, prof. Cervigni; profesorica Ranee Thakar iz Londona; svetovno priznana specialistka s področja fizioterapije, prof. Karin Bo; ter vodilni avstrijski ginekologi iz 5 univerzitetnih klinik: prof. Tamussino, prof. Ralph, prof. Riss, prof. Hanzal, prof. Umek. Na simpoziju smo sodelovali strokovnjaki obeh slovenskih Kliničnih centrov - Ljubljane in Maribora. Posebnost teh izobraževalnih tečajev je, da potekajo v sklopu univerzitetnih ustanov, in ker jih finansira Mednarodno združenje, ob minimalni podpori industrije, je zanje kotizacija minimalna, tako da so praktično dostopni vsakomur. Ob simpoziju je izšel tudi zbornik predavanj.

Zaradi svoje dejavnosti in mednarodne prepoznavnosti je Mednarodno združenje uroginekologov (IUGA) sprejelo Društvo za uroginekologijo Slovenije kot pridruženega člana. Tako imamo vsi člani brezplačen dostop do internetnih novic in člankov, brezplačen izvod revije International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction ter znatno znižano kotizacijo za udeležbo na mednarodnem letnem srečanju. Članarino mednarodnega združenja, ki znaša 80 USD, smo doslej plačevali z zbranimi sponzorskimi in donatorskimi sredstvi.

## **SODOBNI PRISTOPI ZDRAVLJENJA UROGINEKOLOGIJE**

Sodobni pristopi zdravljenja uroginekoloških obolenj so povsem spremenili dosedanje načine zdravljenja, tako konzervativnega kot operativnega. V novih načinih konzervativnega zdravljenja moramo omeniti nove tehnološke izboljšave merilnih naprav za izvajanje treninga mišic medeničnega dna s pomočjo bio feed back metode. Veliko si obetamo od rezultatov zdravljenja z izventelesno elektromagnetno stimulacijo, ne samo pri težavah z prekomerno aktivnostjo sečnega mehurja, pač pa tudi pri zdravljenju kronične pelvične bolečine medeničnega dna, kjer doslej nismo bili zelo



uspešni. S ciljem doseči čim večjo selektivnost delovanja antimuskarinikov farmacevtska industrija zadnja leta pospešeno predstavlja tržišču vedno nove učinkovine za zdravljenje prekomerne aktivnosti sečnega mehurja, ki je vzrok urgentne urinske inkontinence.

Na področju kirurškega zdravljenja se je obdržal minimalno invaziven pristop. Pri uporabi sintetičnih mrežic je zadnja leta opaziti večjo kritičnost. Ob nepravilni kirurški tehniki in neustreznem izboru materialov, ter indikacijah za poseg, je odstotek komplikacij vse večji. Ob sočasnem pritisku proizvajalcev na ustanove, naj bi te tehnike uvedle v redno klinično delo, se postavlja tudi vprašanje pravne odgovornosti za nastale zaplete, v kolikor ti pogoji niso spoštovani. Iz literature in klinične prakse namreč vemo, da določene komplikacije ni mogoče ozdraviti oziroma puščajo trajne posledice, te pa močno vplivajo na kvaliteto življenja bolnice. Proizvajalci si prizadevajo sintetizirati mrežico, tako da bi bila ob največji možni trdnosti, hkrati tudi elastična in inertna, in bi povsem nadomestila oslABLJENO endopelvično fascijo. Vse več je razlogov za uporabo bioloških materialov. Žal proizvajalci vztrajajo pri visokih nabavnih cenah, tako da moramo v naših težavnih ekonomskih razmerah dobro razmisliti o osnovnih indikacijah za uporabo.

Drugo področje napredka v svetu in tudi pri nas predstavlja uporaba t.im. zatesnitvenih materialov (bulking agents) za učvrstitev mišice zapiralke sečnega mehurja. Tudi tu proizvajalci tekmujejo v sintetiziranju snovi, ki bi imela optimalne lastnosti za uporabo, predvsem inertnost in stabilnost obstoja. Do sedaj uporabljeni materiali so imeli namreč težnjo po razgradnji in migraciji, tako da je bil klinični efekt prisoten največ dve leti, potem pa je bilo postopek potrebno ponoviti. Zato se je pojavila ideja za uporabo stabilnejše snovi (Politano e tal., 1973). Matične celice autologni mioblasti, ki jih odvzamemo iz nadlehtne mišice, jih v laboratoriju namnožimo in s posebno tehniko pod kontrolo intrauretralne ultrazvočne sonde apliciramo v mišico zapiralke so obetajoč nov pristop za zdravljenje stresne urinske inkontinence pri ženski. Mioblasti se postopoma vrastejo v mišico, ki tako pridobi na moči. Na Ginekološki kliniki v Ljubljani smo, poleg klinike v Innsbrucku, drugi center v Evropi, ki je začel s to revolucionarno metodo.

## ZAKLJUČEK

Zaradi skrbi za kvaliteto življenja bolnic se je oblikovalo interdisciplinarno področje, ki ga opredeljujemo kot uroginekologija. Gre za timsko obravnavo

težav, ki so posledica disfunkcije medeničnega dna. V Sloveniji smo že v 80 letih prejšnjega stoletja začeli s to organizirano subspecialno dejavnostjo ginekologije.

---

## LITERATURA

1. Dwyer PL, Riss P. Urogynaecology as a subspeciality. Guideliness to training. V: Gynaecological Forum, 2004;1: 34 – 36.
2. Kirschen AJ, Cape RDT. A History of Urinary Incontinence. J Am Geriat Soc 1984; 32: 686 – 688.
3. Lee HS.J (ed.) Dates in Obstetrics & Gynecology, New York: The Parthenon Publishing Group, 2000.
4. Lukanovič A., Historical Overview of Urogynecology. V: Lukanovič A, Tamussino K. (eds) Urogynecology Today, Portorož: Slovene Urogynecological Society and Austrian Society for Urogynecology and Pelvic Reconstructive Surgery, 2004: 11-12.
5. McFall SL, Yerkess AM. Targets, messages and channels for educational intervention on urinary incontinence. J Applied Gerontol. 1998; 17: 403- 418.
6. O' Dowd MJ, Philipp EE. The History of Obstetrics&Gynaecology. New York: The Parthenon Publishing group, 2000, 491-502.
7. Politano VA, Smal MP, Harper JM, Lynee CM. Periurethral teflon injection for urinary incontinence. Trans Am Assoc Genitourin Surg 1973; 65 : 54- 57.

---

# URINSKA INKONTINENCA: ETIOLOGIJA, RAZDELITEV IN DIAGNOSTIKA

## URINARY INCONTINENCE: ETIOLOGY, CLASIFICATION AND DIAGNOSIS

---

*doc.dr. Matija Barbič*  
*Univerzitetni klinični center Ljubljana*  
*Ginekološka klinika*  
*matija.barbic@guest.arnes.si*

### IZVLEČEK

Urinske inkontinence delimo na tiste, pri katerih urin uhaja skozi sečnico – *uretralne urinske inkontinence* in tiste, pri katerih urin uhaja na plano preko nenormalnih povezav, fistul; to so *ekstrauretralne urinske inkontinence*. Uretralne urinske inkontinence so veliko pogostejše, glede na simptome in znake pa jih razvrščamo v več skupin. Etiološke vzroke oziroma diagnozo uretralnih urinskih inkontinenc ugotavljamo z anamnestičnimi, kliničnimi in laboratorijskimi postopki, v kompleksnejših primerih tudi z urodinamskimi meritvami in slikovnimi metodami. Kljub zapletenim postopkom nismo vedno uspešni, posledično pa je lahko manj uspešno tudi zdravljenje.

### ABSTRACT

Urinary incontinence is usually divided on *urethral urinary incontinence*, when urine leakage is observed through urethra, and *extraurethral urinary incontinence*, when urine leakage is observed through non-physiological channels, i.e. fistulas. Considering symptoms and signs, more common urethral urinary incontinence can be further divided. Etiology and diagnosis of urethral urinary incontinence can be obtained by anamnestic, clinical and laboratory procedures. In more complex cases urodynamic investigations

and imaging procedures are needed. Nevertheless, complex procedures not always assure proper diagnosis and consequently successful treatment.

## **KLJUČNE BESEDE**

uretralna urinska inkontinenca, ekstrauretralna urinska inkontinenca, urodinamske preiskave

## **KEY WORDS**

Urethral urinary incontinence, Extraurethral urinary incontinence, Urodynamic investigations

## UVOD

Urinska inkontinenca je pojav, ki se po različnih kriterijih poizvedovanja v splošni populaciji pojavlja v 27 – 45% (Thomas et al, 1980; Vetter et al, 1981). S staranjem populacije se številke vzpenjajo, zaradi višjih standardov življenja pa je pričakovati, da bo vse več posameznikov iskalo strokovno pomoč. V razvitem svetu tovrstnih težav ne lajšajo le zdravniki urologi in ginekologi, pač pa tudi strokovno usposobljene medicinske sestre in zdravstveni tehniki. Pomembno je, da ob strokovnih znanjih higijene in fizioterapije razumejo tudi etiološke vzroke za nastanek urinske inkontinence, kar v kratkem opisujemo v sledečem prispevku.

## ETIOLOŠKI VZROKI IN RAZVRSTITEV

Etiologija urinske inkontinence je kompleksna. Kadar urin uhaja skozi nefiziološke povezave med sečili in zunanostjo, govorimo o *ekstrauretralni urinski inkontinenci*. Ekstrauretralna urinska inkontinenca je redka, vzroki pa so lahko prirojeni – npr. ektopično ležeč ureter, ali pridobljeni – npr. vezikovaginalna fistula. Veliko pogosteje pa urin uhaja po fiziološki poti – skozi sečnico; govorimo o uretralni urinski inkontinenci. Poenostavljeno povedano sta vzroka le dva - bodisi nekompetenten sfinkterski mehanizem sečnice ali prekomerna aktivnost stene mehurja – detruzorja (Khullar, Cardozo, 2001). Ob nekompetentnem uretralnem sfinkterskem mehanizmu urin uhaja, ker ostenje sečnice ne tesni in se lumen cevi sečnice odpira. Iztekanje je stalno ali le občasno, odvisno od stopnje okvare uretralnega sfinkterskega mehanizma. Pri prekomerni aktivnosti stene mehurja pa je vzrok v povečani napetosti v steni mehurja, kar poveča pritisk v mehurju do te mere, da ta preseže zapiralni pritisk sečnice. Posledično se pojavljajo različni simptomi in znaki, ki jih mednarodno združenje za kontinenco (International Continence Society – ICS) glede na nova spoznanja razvršča v različne skupine. O simptomu urinske inkontinence govorimo, ko bolnica toži o nehotenem uhajanju urina, o znaku pa, ko nehoteno uhajanje urina opazujemo med pregledom bolnice.

V nadaljevanju povzemamo trenutno veljavno razvrstitev simptomov in znakov uretralne urinske inkontinence, podkrepjeno z etiološko razlago (Haylen et al., 2010).

Med uretralnimi urinskimi inkontinencami, so najpogostejši simptomi in znaki t.i. *stresne urinske inkontinence*. Bolnica pove, da ji urin uhaja med fizično aktivnostjo ali pri kašljanju ali kihanjem, kar lahko opazujemo tudi

med pregledom. Zaradi napačnega povezovanja stresne urinske inkontinence s psihičnim stresom, kar je značilno za določena govorna področja (tudi slovensko govorno področje), ICS/IUGA priporočata izraz *urinska inkontinenca med naporom*. Urinska inkontinenca med naporom se pojavlja zaradi nekompetentnega sfinkterskega mehanizma sečnice. Vzroki so večinoma v slabosti prečnoprogaste miškulature sečnice, slabši trofiki uretralne sluznice in oburetralnih tkiv, ter v slabosti podpornih tkiv sečnice (DeLancey, 1988).

Druga najpogostejša oblika uretralne urinske inkontinence je *urgentna urinska inkontinenca*. Bolnice z urgentno urinsko inkontinenco o simptomih povedo, da jim urin uhaja potem, ko se nenadoma pojavi zelo močan občutek siljenja na vodo. Tak nenaden način siljenja na vodo lahko pri nekaterih bolnicah izzovemo med pregledom, npr. z močenjem rok s tekočo vodo. Vzrok za urgentno urinsko inkontinenco je v prekomerni aktivnosti stene mehurja, ki ima lahko zelo različne vzroke; od nevrogenih, ko je vzrok obolenje centralnega živčevja, do nenevrogenih, kjer vzroke iščemo v obstrukciji iztoka urina iz mehurja, procesih staranja, motnjah delovanja struktur medeničnega dna, vnetnih in nevnetnih spremembah struktur stene mehurja in senzornih motnjah stene mehurja (Barbič, 2008).

Pri *mešani urinski inkontinenci* bolnica opisuje tako simptome, značilne za urinsko inkontinenco ob naporu, kot simptome značilne za urgentno urinsko inkontinenco. Tudi etiološki razlogi za to obliko urinske inkontinence so lahko tako v nekompetentnem sfinkterskem mehanizmu sečnice, kot v prekomerno aktivni steni mehurja.

Omenjene tri oblike uretralne urinske inkontinence so najpogostejše. Poleg teh pa IUGA/ICS definirata še simptome urinske inkontinence, katerih vzroki so etiološko slabše definirani. Sem spadajo simptomi *nočne enureze*, ko bolnica opisuje uhajanje urina med spanjem. Etiološki vzroki so lahko endokrinološki (diabetes insipidus), lahko je vzrok nekompetentni sfinkterski mehanizem ali pa prekomerna aktivnost stene mehurja. *Posturalna urinska inkontinenca* je nov termin, za katerega je poglavitni simptom uhajanje urina ob spremembi položaja telesa, npr. iz ležečega v stoječi položaj. Tudi tukaj je lahko vzrok tako v nekompetentnem sfinkterskem mehanizmu sečnice kot v prekomerno aktivni steni mehurja. Za simptome *kontinuirane (stalne) urinske inkontinence* je značilno neprekinjeno odtekanje urina. Razlogi so v izrazito okvarjenem uretralnem sfinkterskem mehanizmu sečnice, ali pa ekstrauretralna urinska inkontinenca – torej nenormalna povezava med sečili in površino telesa. Pri *nezavedni urinski inkontinenci*, ki je definirana na novo, bolnica nehotenega uhajanja urina ne čuti, opaža

zgolj mokro perilo. Vzroki so ponavadi v nekompetentnem sfinkterskem mehanizmu sečnice. Tudi *koitalna urinska inkontinenca* je definirana na novo, pojavlja pa se med koitusom, bodisi med penetracijo ali orgazmom. Vzroki so v nekompetentnem uretralnem sfinkterskem mehanizmu uretre in prekomerno aktivni steni mehurja.

## DIAGNOSTIKA URINSKE INKONTINENCE

Diagnostični postopki pri bolnicah z urinsko inkontinenco zajemajo natančno anamnezo, klinični pregled, laboratorijske preiskave urina, urodinamske meritve in nekatere slikovne metode. Omenjene preiskave niso nujno potrebne pri vsaki bolnici; včasih zadostuje že anamneza in ginekološki pregled. V kompleksnejših primerih se zapleteni proceduri le ne moremo ogniti, kombinacija preiskav pa je odvisna od diagnostičnih metod, ki jih imamo na voljo in ocene terapevta.

*Anamneza* bolnice z urinsko inkontinenco je usmerjena v opis simptomov urinske inkontinence in iskanje vzrokov zanje. Kot smo omenili v predhodnem poglavju, je urinska inkontinenca najpogosteje posledica nekompetentnosti uretralnih sfinkterskih mehanizmov ali prekomerne aktivnosti stene mehurja. Z anamnezo skušamo probleme osvetliti, kar omogoča nadaljnjo izbiro diagnostičnih postopkov. Ponekod v svetu uporabljajo standardizirane vprašalnike, predvsem za kvantificiranje simptomatike. Enega izmed njih, International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire – Urinary Incontinence (short form) (ICIQ-UI), imamo prevedene ga in prirejenega tudi za slovensko govorno področje (Rotar et al., 2009). Nadalje v diagnostiki sledi *klinični pregled*, ki je usmerjen v oceno kožnih sprememb okoli spolovila, morebitnih atrofičnih sprememb vaginalne sluznice in ocene sprememb položaja rodil in spodnjih sečil. Slednje opišemo s pomočjo točkovanika (Pelvic Organ Prolapse quantification score – POP-Q), ki ga priznava in prireja ICS (Haylen, 2010). Pri kliničnem pregledu iščemo tudi znake morebitnih nenormalnih povezav med spodnjimi sečili in površino telesa – fistulami. *Laboratorijske preiskave* prilagajamo simptomatiki in kliničnim izsledkom, najosnovnejše pa zajemajo bakteriološke preiskave urina, osnovne krvne preiskave, le redko kdaj pa tudi morebitne hormone preiskave ali specialne biokemične preiskave.

Pomemben del diagnostičnega postopka pri bolnici z urinsko inkontinenco so *urodinamske meritve*. Te nam omogočijo uvid v funkcionalne sposobnosti spodnjih sečil, torej oceno uretralnih sfinkterskih sposobnosti in aktivnosti stene mehurja. Pri tem merimo vrednosti uretralnih pritiskov v mirovanju in med fizično aktivnostjo, ter pritisk v lumnu mehurja med

polnjenjem mehurja s fiziološko raztopino. Osnovne meritve uretralnih pritiskov imenujemo »statični in dinamični profil uretralnih pritiskov«, meritev pritiska v mehurju med polnitvijo pa »cistometrijo«. Te preiskave včasih kombiniramo z meritvami pretoka urina (t.i. »uroflow«). Standarde meritev določa ICS, zahtevajo pa kompleksno opremo in dobro izurjeno medicinsko osebje.

Del diagnostičnega postopka bolnic z urinsko inkontinenco so lahko tudi slikovne metode. Te so lahko invazivne – predvsem radiološke metode (npr. videocistografija), za oceno sprememb v steni mehurja in oceno uretralnih sfinktrov pa se uporablja tudi ultrazvok. Pri diagnostiki bolnikov, pri katerih je urinska inkontinenca posledica nevroloških obolenj ali disfunkcij, uporabljamo tudi nuklearno magnetno resonančno slikanje možganov in v zadnjem obdobju zapleteno metodo funkcionalne nuklearne magnetne resonance.

## ZAKLJUČEK

Kljub novim spoznanjem in uporabi sodobnih diagnostičnih metod, je razumevanje in odkrivanje vzrokov za urinsko inkontinenco mnogokrat nezadostno. Posledično je lahko neučinkovito tudi zdravljenje. Pri tem nismo nikakršna izjema, s podobnimi težavami se srečujejo povsod po svetu. Pri obravnavi takega bolnika nam zato ne preostane drugega, kot da mu to odkrito povemo in težave vsaj omilimo.

---

## LITERATURA

1. Barbič M., Pathophysiology of the overactive bladder. In: Lukanovič A, ed. Urogynecology : from science to practice / IUGA first regional symposium, October 3-4 2008, Ljubljana ; [organized by International Urogynecological Association - IUGA, Slovene Society for Urogynecology, Department of Obstetrics & Gynecology University Medical Centre Ljubljana. Ljubljana : Društvo za uroginekologijo = Slovene Society for Urogynecology ; [Pompano Beach] : International Urogynecological Association - IUGA;2008:37-9.
2. DeLancey JOL. Structural aspect of the extrinsic continence mechanism. *Obstet Gynecol.* 1988;72:296 – 301.



3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Floor Dysfunction. *Neurourol Urodyn* 2010;29:4 – 20.
4. Khullar V, Cardozo L. History and examination. In: Cardozo L, Staskin D, eds. *Textbook of female urology and urogynaecology*. London: ISIS Medical Media;2001:153 – 65.
5. Rotar M, Tršinar B, Kisner K, Barbič M, Sedlar A, Gruden J, Vodusek DB. Correlations between the ICIQ-UI short form and urodynamic diagnosis. *Neurourol Urodyn* 2009;28:501 – 5.
6. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *Br Med J*. 1980; 281: 1243 – 45.
7. Vetter NJ, Jones DA, Victor CR. Urinary incontinence in the elderly at home. *Lancet* 1981;2(8258):1275 – 77.

---

# PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PACIENTKE Z URINSKO INKONTINENCO

## NURSING CARE PROCESS OF PATINET WITH URINARY INCONTINENCE

---

*Rozalija Jeglič, dipl.m.s.  
Univerzitetni klinični center Ljubljana  
Ginekološka klinika  
rozalija.jeglic@kclj.si*

### **IZVLEČEK**

Namen prispevka je predstaviti zdravstveno nego pri pacientki z urinsko inkontinenco. Kot metoda dela je uporabljena študija primera pacientke z urinsko inkontinenco po operativnem posegu nenapetostne podpore sečnice s prolenskim trakom. Obravnava postopke in posege zdravstvene nege pri pacientki za doseg uspešne rehabilitacije. Omenja možne zaplete v procesu izvajanja aktivnosti zdravstvene nege ter iskanje rešitev za sprotno prilagajanje novonastalim situacijam. Velik pomen daje zdravstveni negi, ki temelji na konceptualnem okviru, v katerem je pacientko v ospredju, medtem ko medicinska sestra vzpodbuja aktivnosti pacientke glede na njeno zdravstveno stanje, sposobnosti in predpisan terapevtski program. Medicinska sestra obravnava pacientko celostno, po procesni metodi in posebno pozornost namenja psihični podpori. V zaključku je predstavljeno psihofizično stanje pacientke ob zaključku zdravljenja. Medicinskim sestram daje smernice za zdravstveno obravnavo pacientk z urinsko inkontinenco.

### **KLJUČNE BESEDE**

študija primera, pacientka, proces zdravstvene nege, urinska inkontinenca in operativni poseg

## **ABSTRACT**

The purpose of this article is to present the nursing care of a patient suffering from urinary incontinence. A case study of a patient with urinary incontinency after a Tension-Free Vaginal Tape surgery was chosen as the method of work. It describes nursing care processes and procedures required to achieve successful rehabilitation of a patient. Moreover, it states possible complications during nursing care activities and deals with finding possible solutions to adapt to newly arisen situations. Great emphasis is placed on nursing care, which is based on a conceptual framework, focused on the patient. In addition, the nurse encourages the patient's active role with regards to her the patient is treated as a whole, according to the process method with special attention to the psychological support. Patient's psychological and physical state at the end of treatment process is presented in the conclusion. This article also provides guidelines for nurses how to treat patients with urinary incontinency.

## **KEY WORDS**

case study, patient, nursing care process, urinary incontinency and surgical procedure

## UVOD IN TEORETIČNA IZHODIŠČA

Članek se nanaša na zdravstveno nego pacientke po nenapetostni podpori sečnice s prolenskim trakom. Prispevek poudarja pomen celostne obravnave pacientke po procesni metodi dela, velik poudarek pa namenja psihološki zdravstveni oskrbi. Kvalitetna zdravstvena nega je pogoj za uspešno rehabilitacijo pacientke. Medicinska sestra ima v procesu zdravljenja pomembno vlogo. Od njenega znanja in strokovne usposobljenosti je odvisno izvajanje standardov aktivnosti zdravstvene nege. Pri svojem delu se sooča z razvojem in inovacijami. Temu lahko sledi le, če osvojeno znanje, spretnost, navade in sposobnost izpopolnjuje in dopolnjuje. Poznavanje anatomije in fiziologije človeškega telesa je osnova za prepoznavanje posameznih obolenj.

Urinsko inkontinenco definiramo kot stanje nehotnega uhajanja urina, ki predstavlja pacientki higienski in socialni problem in ga lahko objektivno dokažemo. Urinska inkontinenca je pogosta težava pacientk. Raziskave kažejo, da ima v naši populaciji 26 odstotkov pacientk v reproduktivnem obdobju težave z uhajanjem urina, v postmenopavzi pa že preko 50 odstotkov. Z njo se srečujejo otroci, moški in ženske vseh starosti. V določenem življenjskem obdobju se s tovrstnimi težavami srečajo vsaka četrta ženska in vsak osmi moški. Pomoč poišče vsaka tretja pacientka. Številna stanja in obolenja dajejo simptome in znake urinske inkontince. Natančen diagnostičen postopek pred začetkom zdravljenja omogoča pravilno izbiro in uspešnost zdravljenja (Lukanović, 2004).

## VRSTE URINSKE INKONTINENCE

Pri pacientkah je najpogostejša oblika urinske inkontinence stresna urinska inkontinenca. Sledi ji urgentna inkontinenca. Veliko pacientk se srečuje z obema oblikama inkontinence, z mešanimi bolezenskimi znaki (Lukanović, 2004).

Ko pacientka poroča o bolezenskih znakih urinske inkontinence, je treba pred postavitvijo diagnoze, bodisi stresne, urgentne ali mešane urinske inkontinence, izločiti znake drugih patoloških sprememb. Pri tem je treba upoštevati podatke o predhodnih zdravljenjih, zlasti po poškodbah glave, vratu ali hrbta in druge dejavnike, na primer sladkorno bolezen, športne dejavnosti, družinsko anamnezo, analizo urinskih testov in rezultate kliničnega pregleda. Analiza bolezenskih znakov vključuje navedene primere inkontinence in njihovo naravo. Da bi preverili možnost okužbe v mehurju ali sečilih in izključili hematurijo, je treba opraviti tudi analizo urina. Če je izvedljivo, je pacientki treba dati navodila za izpolnjevanje dnevnika uriniranja, v katerem naj navede tako čas uriniranja kot količino urina pri

praznjenju mehurja, ter količino in naravo zaužite tekočine. Pri kliničnem pregledu bi morali preveriti zaprtje, spuščanje notranjih organov (prolaps), fistule, okvare ob nosečnosti, porod in predhodne operativne posege ali poškodbe. V primeru poškodbe glave, multiple skleroze, Parkinsonove ali Alzheimerjeve bolezni je treba podati oceno nevroloških bolezenskih znakov in duševnega stanja (Lukanović, 2004).

Stresna urinska inkontinenca je vsakršno nehotno uhajanje urina, bodisi ob naporu ali napenjanju, kihanju ali kašljanju. Največkrat gre za uhajanje manjše količino urina, lahko pa je to tudi bistveno večje (Borko E., 1998).

Urgentna inkontinenca se nanaša na detruzorsko prekomerno dejavnost mehurja, pri čemer se skoraj ali povsem brez opozorila poveča potreba po uriniranju, ki ga pogosto spremlja uhajanje urina. Uhajanje je pri težkih primerih močno. Pojavita se lahko pogosto uriniranje - več kot osemkrat na dan in nokturija - enkrat ali večkrat na noč (Borko E., 1998).

Pri mešani inkontinenci ima pacientka bolezenske znake stresne in urgentne inkontinence. Glede na najnovejše smernice na tem področju Mednarodna komisija za inkontinenco priporoča najprej zdravljenje prevladujočih bolezenskih znakov (Borko E., 1998).

Pri funkcionalni inkontinenci gre za pacientkino nezmožnost priti do stranišča zaradi telesne okvare oziroma duševne motnje ali zaradi oslabelosti.

## ZDRAVLJENJE

Na splošno velja, da so vaje za krepitev mišic medeničnega dna prva oblika zdravljenja stresne inkontinence. Z njimi okrepimo podporo mehurja in pritisk ob zaprtju sečnice. Če pacientko napotimo k fizioterapevtu, zagotovimo pravilno izvajanje vaj in doseganje zelenih rezultatov. Preveriti je treba kakovost uživanja hrane in tekočin, zmanjšati telesno težo in kajenje. Ljudje s prekomerno telesno težo so zaradi povečanega pritiska v trebušni votlini dovzetnejši za stresno inkontinenco. Kadirki pogosteje kašljajo, kar povečuje pogostost uhajanja urina (Šćepanović, 2003). Pacientka ne sme piti ne preveč ne premalo. Omejeno uživanje tekočin z namenom, da bi zmanjšala potrebo po uriniranju, lahko razdraži mehur in povzroči okužbo. Izogibati se je mora uživanju kofeina, gaziranim pijačam in alkoholu, saj te snovi prav tako lahko razdražijo mehur (Šćepanović, 2003).

Obisk specialista, ki se ukvarja z inkontinenco in je bodisi urolog bodisi uroginekolog, je naslednji korak. Odločitev je odvisna od posamezne pacientke.

Zdravnik bo izbral in pacientki predlagal ustrezno obliko zdravljenja stresne urinske inkontinence. V zadnjih letih se je uveljavila metoda nenapetostne podpore sečnice s prolenskim trakom (Lukanović, 2004).

## METODE DELA

Izbrana metoda dela je deskriptivna, izbrana strategija pa študija primera. Potek zbiranja podatkov je kronološki z opazovanjem in spraševanjem. Pri tem so bili uporabljeni že izdelani obrazci, veliko težo pa nosijo tudi dnevna poročila zdravstveno negovalnega tima (sprejemni dokument zdravstvene nege, List zdravstvene nege 1 in 2).

## REZULTATI

53-letna pacientka NN je bila 03.01.2011 sprejeta na Univerzitetno ginekološko kliniko v Ljubljani na operativno terapijo. Po opravljenih predoperativnih preiskavah in administrativnih formalnostih je sprejem na bolniški oddelek potekal po uveljavljenem standardu K.O. za ginekologijo.

## SPREJEMNI DOKUMET ZDRAVSTVENE NEGE:

Pacientka je v bolnišnico prišla sama, od doma, na načrtovani operativni poseg z medicinsko diagnozo Stresna UI (S.U.I.). Povedala je, da živi z družino, ima končano osnovno šolo in je upokojenka.

**Komunikacijske zmožnosti:** pacientka je budna, nima bolečin, nima vrtočev, je orientirana, pripravljena na sodelovanje, govori slovensko, razločno in normalno sliši, pri branju uporablja očala in jih ima s seboj. Vonj, dotik, spomin in refleksi so normalni.

**Negovalna anamneza:** pacientka pove, da je razlog sprejema uhajanje vode. Pove tudi, da je bila že leta 2001 hospitalizirana zaradi raka na materničnem vratu. Takrat so ji operativno odstranili maternico z jajčniki in bezgavke. Na Onkološkem inštitutu je po tem operativnem posegu prejela še radioterapijo. Nima poznanih alergij. Zdravi se zaradi povišanega krvnega tlaka. Redno jemlje predpisano zdravilo Prexanil, 1 x dnevno.

**Funkcijski status:** pacientka pove, da je desničarka. Sposobna je popolne samooskrbe. Zaužije štiri obroke dnevno, nima diete in zaužije do dva litra tekočine dnevno.

Težav s hranjenjem nima. Ima težave zaradi uhajanja urina, zaradi česar ji je pogosto neprijetno. Redno odvaja blato, 1 x dnevno. Spi dobro. Prvo menstruacijo je dobila pri 15 letih in jo je imela redno do operativnega posega, leta 2001.

**Telesni pregled:** vitalni znaki: tel. temp.: 36,3°C; krvni tlak: 152/89; telesna teža: 77kg; telesna višina: 167 cm; srčni utrip: 78/minuto, močan; frekvenca dihanja: 14/ minuto, normalno. Oči brez posebnosti. Ustna sluznica normalna. Zobje sanirani. Koža je rožnata, brez edemov in vidnih poškodb ali razjed, turgor je normalen. Ocena po Waterlow shemi je 11. Ocena nevarnosti za padec je 15.

Drugih posebnosti pacientka ne navaja. Nima nobenih razvad. Prosti čas rada preživlja v naravi.

Pacientka je dobila dovolj informacij v zvezi z diagnozo in zdravljenjem. Ima realna pričakovanja. Glede na izkušnje ob prejšnji operaciji, ki je bila zelo zahtevna in zdravljenje daljše, sedaj ni posebej zaskrbljena. Zaupa zdravniku operaterju. Upa, da bo operacija uspešna.

### **Sprejemne negovalne diagnoze (in/ali kolaborativni problemi):**

1. Urin, S.U.I.- uhajanje urina ob kašljanju, kihanju, naporu, vzročni dejavnik oslABLJENE MIŠICE MEDENIČNEGA DNA.
2. Nevarnost infekcije sečil, dejavnik tveganja S.U.I., zvišana ogroženost s patogenimi organizmi iz okolja.
3. Pomanjkljivo znanje, ne pozna vira informacij, nov režim zdravstvene obravnave. Pacientka postavlja pogosta vprašanja.
4. Neuravnovešena prehrana - več kot telo potrebuje, za 10 odstotkov višja telesna teža od optimalne (previsoka telesna teža), pomanjkljiva telesna aktivnost.
5. Nevarnost nizkega samospoštovanja. Dejavnik tveganja je uhajanje urina.
6. Anksioznost. Pacientka ima nelagodni občutek. Vzročni dejavnik je operativni poseg.

## **LIST ZDRAVSTVENE NEGE**

Na podlagi sprejemnih negovalnih diagnoz je medicinska sestra pripravila načrt zdravstvene nege. Pacientka je dobila ustrezne informacije o postopkih priprave na operativni poseg, načrtovan za naslednji dan. Uporabljala bo svoje vložne podloge. Popila bo do tri litre tekočine in zaužila le čisto juho za večerjo. Dobila je odvajalo po naročilu zdravnika. Kontrola vitalnih znakov po standardu. Medicinska sestra je sproti ugotavljala spremembe in potrebe po zdravstveni negi. Pacientko je večkrat oskrbela s kratkimi zdravstveno-vzgojnimi nasveti, bodisi v ustni ali pisni obliki. S kratkimi pogovori ji je nudila psihično podporo. Pri izvajanju drugih življenjskih aktivnosti je bila pacientka samostojna. Pacientka je bila na operativni poseg dobro pripravljena, bila je mirna in naspana.

**04.01.2011** je bila pacientka operirana. Pojavile so se **vmesne negovalne diagnoze**, ki so zahtevale sprotno postavljanje cilja, načrta, izvajanja, vrednotenja in dokumentiranja zdravstvene nege:

1. *Nevarnost za prenizek volumen tekočin zaradi predoperativnega odvajanja.* Cilj: pacientka naj ne bi imela znakov za nevarnosti prenizkega volumna. Načrt: spremljanje bilance tekočin.
2. *Bolečina, nesposobnost obvladovanja zaradi stanja po operativnem posegu.* Cilj: pacientka naj ne bi imela bolečin oziroma z oceno po VAS lestvici<sup>1</sup> do 3. Načrt: ocenjevanje bolečine po VAS lestvici, zagotavljanje udobja, ustrezen terapevtski položaj, pacientka bo dobila predpisano analgetično terapijo po naročilu zdravnika pri oceni po VAS lestvici nad 3.
3. *Nauzea, pacientka poroča, da jo sili na bruhanje.* Cilj: pri pacientki preprečiti bruhanje. Načrt: s pravočasno aplikacijo zdravila preprečimo bruhanje, izvajanje aktivnosti zdravstvene nege in zagotavljanje udobja.
4. *Nevarnost retence urina.* Cilj: pacientka naj bo brez zastoja urina v sečnem mehurju. Načrt: morebiten zastoj urina bo potrebno takoj prepoznati in ukrepati.
5. *Nevarnost infekcije sečil.* Cilj: pacientka naj ne bi imela znakov infekcije sečil do konca hospitalizacije. Načrt: ustrezen higiensko-dietetiki režim.
6. *Samostojna nega - zmanjšana zmožnost za samostojno osebno higieno II. stopnje.* Cilj: zagotovljena osebna higiena. Načrt: pomoč pri osebni higieni.
7. *Nevarnost padcev ob prvem vstajanju po posegu.* Cilj: pacientka naj ne bi padla ali zdrsnila. Ocena po operaciji je MLP: 35. Načrt: pacientko informiramo glede preprečevanja padcev. Pacientki razložimo, da je pri prvem vstajanju po operativnem posegu, vedno prisotna medicinska sestra, ki jo pokliče s klicno napravo. Po prvem vstajanju pacientko podučimo, naj naslednjič, preden vstane, najprej leži na boku, nato nekaj časa sedi v postelji in šele zatem počasi vstane.
8. *Nevarnost za neuravnovešen volumen tekočin po posegu.* Cilj: da pri pacientki ne bi prišlo do elektrolitskega neravnovesja. Načrt: spremljanje vitalnih funkcij in nadzor nad zaužito tekočino in hrano.
9. *Nepopolna tkiva po operativnem posegu.* Cilj: celjenje rane po operativnem posegu brez znakov okužb. Načrt: izvajanje zdravstvene oskrbe rane po standardu.

---

<sup>10</sup> brez bolečine, 2-3 rahla bolečina, 4-6 srednje močna bolečina, 7-9 huda bolečina, 10 nevzdržna bolečina



10. *Nevarnost okužbe krvi zaradi žilnega pristopa.* Cilj: pacientka naj bi bila brez znakov okužbe krvi. Načrt: opazovanje in zdravstvena nega vbodnega mesta žilnega pristopa po standardu.

### **05.01.2011**

Vrednotenje prvi dan po operativnem posegu glede na zastavljene cilje. Ugotovimo, da izmerjena bilanca tekočin ne kaže tekočinskega deficita. Najvišja ocena bolečine je 3. Pacientka ni bruhala, je spontano urinirala, brez znakov za zastoj urina, ni bilo znakov za okužbo sečil, rane in krvi. Vitalne funkcije so bile stabilne. Ponoči je dobro spala in ni prišlo do padca. Pacientka se je prvi dan po operativnem posegu počutila dobro in je bila odpuščena. Dobila je pisna in ustna navodila za izvajanje življenjskih aktivnosti v domačem okolju.

### **Odpustne negovalne diagnoze**

1. *Bolečina, nesposobnost obvladovanja zaradi stanja po operativnem posegu.* Cilj: pacientka naj ne bi imela bolečin. Načrt: pacientka bo dobila predpisano analgetično terapijo po naročilu zdravnika.
2. *Seksualna disfunkcija zaradi operativnega posega.* Cilj: gospa naj bi došla navodila o spolni aktivnosti takoj po posegu.
3. *Nevarnost infekcije zaradi operativnega posega.* Cilj: preprečitev infekcije pri pacientki tudi v domačem okolju.
4. *Nevarnost retence urina.* Cilj: znake morebitnega zastoja urina naj bi gospa takoj prepoznala in poiskala pomoč pri nas.

## **ZAKLJUČEK**

Pacientka je bila ob zaključku zdravljenja zadovoljna in vesela. Spoznala je, da je bila operacija uspešna. Inkontinenca predstavlja težko fizično, psihično in socialno obremenitev za posameznika in njegovo okolico. Pogosto lahko inkontinenca pripelje posameznika v depresijo, do zmanjšanja samospoštovanja, v socialno osamo, izogibanje intimnim stikom in spolnosti. Inkontinenca močno zmanjša kakovost življenja in predstavlja težko ekonomsko breme za posameznika, kakor tudi za celotno družbo. Kakovost življenja inkontinentnemu posamezniku lahko izboljšamo z ustreznim informiranjem glede zdravljenja.

---

## LITERATURA

1. Borko E., Gorišek B., Kralj B., Takač I., Ginekologija, Maribor, Visoka šola za zdravstvo, 1998.
2. Lukanović A., Uogynecology today, Slovensko združenje uroginekologov, 2004.
3. Šćepanović D., Trening mišic medeničnega dna. Obzor Zdr. N. 2003; 37: 125–31.
4. Šćepanović D., Konzervativna obravnava motenega delovanja medeničnega dna pri odraslih osebah. Rehabilitacija, 2010, 1.
5. Gordon M., Negovalne diagnoze – priročnik, Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2003.

---

# PACIENTKA Z INKONTINENCO – NAŠE IZKUŠNJE

## PATIENT WITH URINARY INCONTINENCE – OUR EXPERIENCE

---

*Anita Jelar Slatnar, dipl. babica*  
*Univerzitetni klinični center Ljubljana*  
*Ginekološka klinika*  
*anita.slatnar@kclj.si*

### IZVLEČEK

Avtorica v prispevku govori o kvaliteti življenja ljudi, ko se jim fiziološke potrebe spremenijo, a se tega običajno niti ne zavedajo in o tem ne razmišljajo. Življenje samo nauči ljudi prepoznavati stvari, ki so nujne, "urgentne". To so stvari, dogodki in dejanja, ki jim ogrožajo življenje. Pozabljajo, da je lahko "nujno" že samo dejstvo, ki jim ogroža kvaliteto življenja. Znano je, da je nemogoče oziroma težko nadgraditi življenje, če osnovne potrebe niso izpolnjene. Biti srečen, zadovoljen sam s sabo, samozavesten, vse to so stvari, ki omogočijo uspešno življenje in dober socialni status. To so pogoji za uspešno življenje. In ko je človek zadovoljen sam s sabo, so mu stvari v življenju bolj jasne in lažje izvedljive.

Zdravstveni delavci so poslušalci in spremljevalci ljudi, prizadevajo si za izboljšanje njihove kvalitete življenja. Zdravniki so tisti, ki jim težave rešujejo, medicinske sestre pa jim nato pomagajo preživeti težka obdobja in jim znajo svetovati, kako si lajšati težave, vsaj dokler se medicinsko ne razrešijo. Namen članka je vzpodbuditi k razmišljanju zdravstvene delavce, kako je treba jemati v obzir tudi kvaliteto življenja pacientk z urinsko inkontinenco in jih opomniti, da ne obravnavajo le pacientov z diagnostično nevarnimi boleznimi, za katere je potrebno nujno in takojšnje ukrepanje, temveč da imamo opraviti tudi z obolenji, ki drastično spremenijo življenje ljudem, čeprav lahko z njimi preživijo. Že preventivno varstvo in poučevanje ljudi je tisto, ki je ključnega pomena za uspešno in kakovostno življenje.

## **KLJUČNE BESEDE**

samopodoba, socialno okolje, kvaliteta življenja

## **ABSTRACT**

The present article presents quality of life when physiological needs are changed. These are needs, when in normal life, people do not think about. Life itself teaches people, how to recognize urgent moments. These are events who threat peoples life. They forget, that if quality of life is threatened , that is also emergency. It is well known, that is hard to improve life, if basic needs are not completed. To be happy, have great life, high self esteem, good opinion about yourself...all these are factors which makes lifes great, good social status. And when people are satisfied, then it is easy to solve problems. Medical people are responsible to help all others to easily overcome problems and help them to get better quality of life. The point of this article is, to prepare medical stuff start thinking about quality of good life and that there are other situations which needs quick action. Sometimes to work on preventive health care is crucial for good quality of life.

## **KEY WORDS**

self image, social environment, quality of life

## UVOD

Urinska inkontinenca je nehotno uhajanje urina. Pojavlja se tako pri ženskah kot pri moških. Najpogosteje se pojavlja pri starejših ženskah, ni pa to konstanten in spremljajoči pojav staranja. Vzrok za inkontinenco pri ženskah so oslABLJENE mišice medeničnega dna, ki zadržujejo urin v mehurju. Pri uriniranju se mišice mehurja krčijo in potiskajo urin iz mehurja, mišice zapiralke, ki obdajajo sečnico, pa se pri tem sprostijo. Do uhajanja urina lahko prihaja, ko se mišice v steni mehurja nenadoma skrčijo, ali ko se zapiralki nenadoma sprostita. Najpogostejše oblike inkontinence pri ženski so: stresna (uhajanje urina ob kašljanju, napenjanju, kihanju...), urgentna (prekomerno aktiven sečni mehur) in mešana urinska inkontinenca.

Pri otroku se njegovo odraščanje in zorenje meri s tem, kdaj začne nadzorovati svoje izločanje. Že otroku se samozavest poveča, ko ugotovi, da je plenička suha. Zato je razumljivo, da se odraslemu človeku samopodoba zmanjša, ko naenkrat ugotovi, da izločanja ne zmore več nadzorovati in se je povrnil v vlogo majhnega otroka.

Samopodobo sestavljajo štiri glavne predstave o samem sebi: osebnostna identiteta, telesna podoba, samospoštovanje ali samovrednotenje in zaznavanje družbene vloge posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del običajnega človekovega življenja, pride do motenj samopodobe, najbolj do motenj v telesni samopodobi. Odstopanja v telesni podobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora nad telesno funkcijo, izgubo telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConnell, Linton, 1997).

Doživljanje samopodobe in motenj funkcij izločanja in odvajanja je odvisno tudi od bolnikovega spola in življenjskega obdobja, ker se to pridružuje še drugim bolnikovim osebnostnim problemom, kot so: nezmožnost izbire partnerja, okrnjena spolna funkcija, nezmožnost spolnega življenja. Motenj pri izločanju ne smemo obravnavati zgolj kot bolnikov fizični problem, še manj pa kot izključujoči medicinski ali negovalni problem, kar se v večini primerov dogaja (Šmitek, 2004).

Ker vemo, da lahko inkontinenca nastopi tudi po porodu, si lahko mislimo, da imajo to težavo pogosto tudi mlajše ženske, mamice, zaradi česar se ne morejo sproščeno igrati s svojim malčkom.

## METODE IN NAMEN PRISPEVKA

Namen prispevka je, na podlagi nekajletnih opazovanj pacientk z urinsko inkontinenco, prikazati njihovo psihofizično počutje. Na Kliničnem oddelku za ginekologijo Univerzitetnega kliničnega centra smo v kvalitativni raziskavi zajeli 100 pacientk z diagnozo stresne urinske inkontinence in z intervjuji pridobili pomembne podatke, te pa smo nato primerjali z razmišljanjem in psihofizičnim počutjem gospe M., katere zgodbo smo povzeli iz literature.

Uporabili smo deskriptivno študijo primera in pregledali literaturo. Izvedli smo nestrukturirane intervjuje, iz katerih je nastala ganljiva zgodba. Kot primerljivo izpod čustev smo povzeli kot že zgoraj omenjeno zgodbo gospe M., ker se v njej skrivajo čustva in si s tem bralec lahko lažje predstavlja vso tegobo in nesrečo ob doživljanju uhajanja urina.

## REZULTATI

Najprej bomo predstavili celotno zgodbo gospe M., saj smo jo imeli za izhodišče naših ugotovitev.

“Ko sem nekega decembrskega dne, leta 1997, po prometni nesreči čakala na pregled pri fiziatru, je k meni v čakalnici prisedla ženska in se začela z menoj pogovarjati. Pripovedovala mi je, da ji uhaja voda in kakšne težave ji urinska inkontinenca povzroča v službi. Nemo sem jo poslušala in si mislila: Le kako ti lahko uhaja voda? Nato sem se prav kmalu, že v začetku leta 1998, tudi sama srečala z urinsko inkontinenco, vendar je takrat nisem prepoznala in nisem storila nič. Opazila sem vlažne hlačke in to pripisala slabemu brisanju. Ko sem odšla na pregled k svojemu ginekologu zaradi povsem drugih ginekoloških težav, mi je zdravnik med pregledom povedal, da mi uhaja voda. Napotil me je k strokovnjaku, ki se je ukvarjal z diagnostiko in zdravljenjem urinske inkontinence. Po nekajmesečnem čakanju sem prišla na pregled in med drugim mi je bil predstavljen operativni poseg, ki naj bi bil pri meni potreben. Zdravnik mi je povedal tudi, da mi bo med drugim opravil operacijo mehurja, s katero bo odpravil urinsko inkontinenco. Operirana sem bila februarja 1998. Operacijo sem dobro prestala, moja kalvarija in prava bitka z inkontinenco pa se je šele začela. Imela sem namreč okužbo mehurja, ki me je pripeljala v urgentno urinsko inkontinenco do te mere, da mehurja sploh nisem čutila niti ga nisem več mogla nadzorovati in voda mi je preprosto odtekala, kjerkoli sem bila. Ko mi je

voda iztekla na javnem mestu, se mi je življenje sesulo in zaprla sem se med štiri stene. Stanovanje sem zapuščala le ob izjemno nujnih primerih, kot je bil odhod k zdravniku ali v trgovino, ki je zraven bloka. S seboj sem nosila tudi vso potrebno garderobo, da sem se v primeru, če mi je iztekel urin, lahko v najbližjem stranišču preoblekla, saj mi žal nihče od medicinskega osebja ni povedal, da obstajajo pripomočki za inkontinenco in negovalna kozmetika.” (Meglič)

Prav zaradi težav ob soočenju z inkontinenco, je gospa ustanovila Društvo Mena, ki ima sedež je v Mariboru.

Večina pacientk je navajala soočanje s podobnimi težavami pred samim operativnim posegom. Ugotovili pa smo, da ni veliko pacientk, ki bi po operativnem posegu imele težave, kot jih je opisala gospa M. Večji del naših intervjuvank po posegu ni imelo težav in so suhost primerjale s soncem, ki posije po hudem dežju.

Najpogosteje so intervjuvanke izpostavljale, kako težko je v vsakdanjem življenju prepoznati urinsko inkontinenco. To nam pove, da bi se morali zdravstveni delavci in vsi vključeni v zdravstveno varstvo posvečati zlasti preventivi in to realizirati v praksi. Pacientke je potrebno pravočasno seznanjati z ukrepi za krepitev mišic medeničnega dna in o pripomočkih, za katere bi vedele, če bi bile bolj osveščene.

Na Kliničnem oddelku za ginekologijo se vsakodnevno srečujemo s pacientkami, ki imajo težave s stresno urinsko inkontinenco, to danes sicer zdravimo operativno, a v našem zdravstvenem sistemu še vedno prepogosto menimo, da operativno zdravljenje lahko počaka, saj ni življenjsko pomembno. Res je, da inkontinenca ne ogroža življenja, ogroža pa njegovo kvaliteto. Mar ni to ravno tako pomembno?

Z osveščenostjo in uporabo pripomočkov je moč kvalitetno živeti z inkontinenco urina. Kvalitetno živeti ne pomeni, da težave izginejo, ampak da ženske ne doživljajo zadrege zaradi težav z mokroto in neprijetnega vonja. Pacientke povedo, kako so menile, da je inkontinenca prehodnega značaja, da bo minila. Potem pa so ugotovile, da se težave celo stopnjujejo. Šele takrat so poiskale pomoč. Najprej pri izbranem zdravniku, nato pri ginekologu in nazadnje v specialistični ambulanti, kamor so bile napotene.

Po postavitvi diagnoze, za kateri tip urinske inkontinence gre, se seveda pri vseh pacientkah poskuša najprej s konzervativnim zdravljenjem, in šele če

to ni uspešno (pri stresni urinski inkontinenci), jim zdravnik svetuje operativno zdravljenje.

Pacientke imajo vsaka svojo zgodbo, kako so si morale zaradi svojih težav organizirati vsakdanje življenje. Povedo, da jim uhajanje urina narekuje način življenja. Zdravila za odvajanje vode ali kavo pijejo samo zjutraj, saj drugače popoldan ne bi upale od doma. Vsakodnevno si skrbno zapisujejo urnik uriniranja, a še preden se jim mehur napolni, morajo na stranišče. Pazijo, da izberejo pravilno inkontinenčno predlogo. Ni jim lahko nenehno skrbeti, da ostanejo suhe, zlasti v javnosti, saj se bojijo socialne izolacije. Zgovoren je tudi podatek, da večina pacientk težav ne zaupa niti svojemu partnerju.

## **PREGLED UGOTOVITEV**

Že v uvodu smo navedli pomen nadziranja izločanja urina in s tem povezano odraščanje. Prav zaradi teh trditev v uvodu, v povezavi s pridobljenimi podatki iz intervjujev, smo lahko dojeli globino težave, ki jih pacientkam povzroča inkontinenca.

Ko pa se pojavijo težave, jih je potrebno zgodaj prepoznati in takoj začeti z metodami zdravljenja. Potrebno je osveščati ljudi o inkontinenci in to naj bi bila naloga osebnih zdravnikov, različnih društev, v katera se starejši ljudje radi vključujejo, in vseh tistih, ki o tem nekaj vedo. Vsak lahko znanje poda naprej drugemu oziroma komur ga potrebuje. Če bi vse zgoraj našete kriterije bolj množično upoštevali, bi bilo ljudem z inkontinenco gotovo lažje. Uporabimo lahko prisposodbo: Zakaj bi bolelo, ko pa imamo analgetike? Podobno lahko rečemo: Zakaj bi se nekdo moral izogibati družbi zaradi neprijetnega vonja in mokrote, če pa imamo pripomočke za oskrbo inkontinence?

## **SKLEP**

Ta razmišljanja se “zdravim” ljudem gotovo ne zdijo nič posebnega in pogosto celo zdravstveni delavci neopravičeno menijo, da pacientka pretirava, da dela iz muhe slona, ko jim zaupa svojo stisko.

Vsak, ki bo prebral pričujoči prispevek, bo ugotovil, da moramo vsi, ki delamo s pacientkami z urinsko inkontinenco, brez zadržkov spregovoriti o tem in inkontinenco poskušati predstaviti kot bolezen, saj z leti lahko doleti vsakega izmed nas, in kako lahko kljub temu ohranimo pozitivno samopodobo.



Poleg tega se bomo bolj pogosto osredotočali na preventivo, naj bo v praksi ali zgolj z edukacijo. Kako že pravijo? Preventiva je boljša kot kurativa.

---

## LITERATURA

1. Matteson MA, McConnell ES, Linton AD. Gerontological nursing: concepts and practice. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1997.
2. Meglič L., Moje srečanje z inkontinenco. Revija Naša lekarna. Dostopno na: [www.nasalekarna.si/clanki/clanek/moje-srecanje-z-inkontinenco/](http://www.nasalekarna.si/clanki/clanek/moje-srecanje-z-inkontinenco/)
3. Šmitek J., Etika v praksi - izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. Obzornik zdravstvene nege Slovenije, 2004; 38: 319-24.

---

# ETIČNE DILEME V ZDRAVSTVENI NEGI – PACIENT Z INKONTINENCO

## ETHICAL DILEMMAS IN NURSING CARE – PATIENT WITH INCONTINENCE

---

*Darinka Klemenc, dipl.m.s.*

*Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih  
društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije  
predsednica@zbornica-zveza.si*

### IZVLEČEK

**Uvod:** Urinska in/ali fekalna inkontinenca pomenita za posameznika in njegovo okolico hudo psihično, telesno, socialno in ekonomsko obremenitev; gre za osebni, družinski, zdravstveni in družbeni problem prizadetega in njegovih bližnjih. S tem področjem se soočajo tudi medicinske sestre enterostomalne terapevtke. Pri svojem delu se srečujejo z vrsto situacij, predpisov, etičnih dilem, povezanih zlasti s pacientovimi pravicami. V prispevku so opisani osnovni pojmi za razumevanje zdravstvene obravnave pacientov z inkontinenco tudi v odnosu na etični vidik. Naštete so nekatere etične dileme iz kliničnih okolij, s katerimi se medicinske sestre pogosto srečujejo, ko se morajo odločati med dvema možnostma in nobena ni posebno dobra za pacienta; tehtajo strokovne odločitve, kaj bi bilo najboljše za pacienta in njegovo okolico. Ob tem ne moremo prezreti pacientovih pravic, npr. pravico do zasebnosti in spoštovanja človekovega dostojanstva. V zaključku so podani konkretni izkustveni primeri, koristni za vsakdanjo prakso pri delu z inkontinentnimi pacienti.

**Metoda:** Izveden je bil pregled literature. Za iskanje so bile uporabljene naslednje baze podatkov: Virtualna knjižnica Slovenije, Obzornik zdravstvene nege in brskalnik Google.

**Rezultati:** S pregledom literature je bilo ugotovljeno, da s strokovnega področja etike v zdravstveni negi v povezavi z inkontinenco ni veliko zapisa-nega, zlasti ne v domači strokovni literaturi. Obstaja pa v R Sloveniji več

zakonskih in etičnih določil s tega področja, ki ščitijo človekove/pacientove pravice; del teh lahko prenesemo tudi na zdravstveno nego pacientov z inkontinenco. Medicinske sestre se srečujemo z etičnimi dilemami, na katere ni vedno mogoče dobiti enoznačnih odgovorov.

**Razprava:** Strokovne odločitve pomenijo temelje zdravstvene nege; temeljiti morajo na protokolih, strokovnih smernicah, standardih, ob upoštevanju poklicnega kodeksa, zakonskih predpisov in dobrih praks. Vsako strokovno odločitev je potrebno pretehtati tudi skozi prizmo poklicne etike in predvideti možne posledice sprejetih odločitev ali opustitev posameznih aktivnosti z vidika telesnega, duševnega, socialnega, pravnega, ekonomskega, družbenega vidika, zlasti še s stališča osebnega pacientovega doživljanja. Pri aktivnosti izločanja posegamo v najintimnejše področje človekove biti.

**Sklep:** Strokovna na/vodila, ki vključujejo človeka kot celoto in ga presojujejo tudi skozi prizmo etičnih načel in pravic, so lahko dobra osnova za ocenjevanje, kaj je prav in dobro za pacienta, pa tudi za zaposlene v zdravstveni negi, ki naj bi se s tem področjem nenehno ukvarjali in o tem kontinuirano izraževali, tako na ožjih strokovnih področjih, kot na področju zdravstvene zakonodaje in poklicne etike.

**Ključne besede:** inkontinenca, medicinska sestra, etika, zdravstvena nega

## ABSTRACT

**Introduction:** Urinary and / or faecal incontinence means for the individual and his surroundings severe psychological, physical, social and economic burden, it is a personal, family, health and social problem affected patients and their relatives. This area has also been facing by nurses-enterostomal therapists. Nurses in their workplace find the variety of situations, regulations, ethical dilemmas, particularly related to patients' rights. The paper describes the basic concepts for understanding the treatment of patients with incontinence, including ethical aspect. Some ethical dilemmas in clinical environments are frequently encountered by nurses, where it is needed to decide between two alternatives where none is good for the patient, weighing the good professional decisions for the patient and his surroundings. We must think about patients' rights, for example a right to privacy and human dignity. In conclusion there are given some concrete practical examples, useful for everyday practice in working with incontinent patients.

**Method:** An overview of the literature. To search were used the following databases: Virtual Library of Slovenia, Obzornik zdravstvene nege and a browser with Google.

**Results:** The literature review found that the professional ethics of nur-

sing care in conjunction with incontinence is not much written, especially in the domestic literature. In Slovenia there are legal and ethical norms in this field, which protects human / patient rights, most of them can also be found for the patients' care with incontinence. Nurses are faced with ethical dilemmas, which is not always possible to obtain unique answers.

**Discussion:** Professional decisions of nursing care must be based on protocols, professional guidelines, standards, having regard to professional ethical code, legal requirements and best practices. Every professional decision should be considered through the prism of the professional ethics, while providing for the possible consequences of the act or omission of individual activities in terms of physical, mental, legal, economic, social aspects, especially in terms of patients' personal experiences. Regarding incontinence nurses manage into the most intimate area of human being. **Conclusion:** The professional guidelines, including human being as a whole, further through the prism of ethical principles and patients' rights are a good basis for continuous evaluation of what is right and what is good for patients and staff in health care, to be with This area is constantly engaged and continually educate both the immediate areas of expertise such as in health law and professional ethics.

**Key words:** incontinence, nurse, ethics, nursing care

## UVOD

Izločanje (urina) in odvajanje (blata) spadata med osnovne življenjske aktivnosti, brez katerih si ne moremo predstavljati življenja. Obe aktivnosti omogočata organska sistema, ki ju sestavljajo posamezni organi z različnimi osnovnimi funkcijami. Od izpada dejavnosti posameznih organov je odvisen način zdravstvene obravnave pacienta. Po rojstvu se normalno vzpostavi vse osnovne življenjske aktivnosti, tudi izločanje in odvajanje. Odsoten pa je nadzor nad omenjenima funkcijama, ki je povezan z bio-psiho-socialnim razvojem človeka/otroka. Otrok šele pri približno treh letih starosti razvije sposobnost nadzora nad izločanjem in odvajanjem. Pri tem ima pomembno vlogo tudi družbeno okolje oziroma pričakovanja (Šmitek, 2004). Inkontinenca ni bolezen, niti ni neogibna posledica staranja. Je le simptom ali skupek simptomov, ki so rezultat različnih motenj. Nekatere od njih bi lahko preprečili ali uspešno zdravili. Tudi pri tistih, ki jih ne moremo ozdraviti, lahko izboljšujemo kakovost življenja. Približno do petega leta starosti se človek nauči izločati telesne izločke na socialno sprejemljivem kraju in ob socialno primernem času. To sposobnost imenujemo kontinenca. Ko to sposobnost izgubimo, nastopi inkontinenca. Poleg dojenčkov in majhnih otrok, ki so edina skupina z dopustno inkontinenco, so lahko inkontinentni tudi šolski otroci, mladostniki, odrasli in starostniki (Klemenc, 1995).

Podatki raziskave, ki je bila opravljena v treh domovih za starejše - v Koprju, Izoli in Novi Gorici - kažejo, da ima težave z urinsko inkontinenco kar 45,4 odstotkov anketirancev (Trobec, Ličen, Žvanut et al., 2010). Statistični podatki kažejo, da je v slovenskih domovih za starejše inkontinentnih kar 57 odstotkov žensk (Lukanovič, 2002, Trobec, Ličen, Žvanut et al., 2010). Kontinenca blata in urina je namreč tudi pričakovana družbena norma in predstavlja pomemben korak pri otrokovi neodvisnosti. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na otrokov - človekov razvoj in njegovo zavedanje dostojanstva. Ker predstavlja družbeno normo in se pojmuje kot nekaj normalnega, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dožemanju človekove samopodobe. Ko pacient izgubi nadzor nad izločanjem in ga opredelimo kot inkontinentnega, mu to lahko povzroči hudo duševno travmo in spremeni njegovo samopodobo. Samopodoba je sestavljena iz štirih glavnih predstav o sebi: *osebnostne identitete, telesne podobe, samospoštovanja ali samovrednotenja in zaznavanja družbene vloge* posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del normalnega človeka ali življenja, pride do motenj v samopodobi, najbolj do motenj telesne samopodobe. Odstopanja v telesni samopodobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora

nad telesno funkcijo, izgube telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConell, Linton, 1997, Šmitek, 2004).

Po Klemenc (1995) so skupne značilnosti in težave inkontinentnih pacientov:

- pacient mora vedno premišljevati o tem, kako bo prišel do stranišča, pa naj gre v službo (pogoste so bolniške odsotnosti in predčasne invalidske upokojitve), trgovino (vedno obiskuje iste trgovine), gledališče ali na obisk (postopoma opusti družabno življenje);
- zaradi neprestanega strahu pred odkritjem problema, pred neprijetnim vonjem in vidno mokroto, se izogiba bližine drugih ljudi in je nesproščen v komuniciranju;
- težavo skriva pred drugimi, včasih celo pred partnerjem, ki ga tudi intimno zavrača;
- brez razlage se umika v samoto;
- izogiba se telesnim naporom, nošenju težjih bremen in športu;
- izogiba se potovanjem, predvsem prevozu z javnimi sredstvi;
- zbrane ima vse informacije o javnih straniščih v mestu; pogosto jih tudi uporablja, da preveri svoje stanje »za vsak primer« (Klemenc, 1995).

Poleg zgoraj omenjenih in še dodatnih težav so z inkontinenco povezani tudi finančni izdatki. Ne glede na kraj oskrbe inkontinentnega pacienta (bodisi na domu, v domu starostnikov, v bolnišnici) moramo mokre predloge pogosto menjavati. Mnogokrat moramo zamenjati tudi spodnje perilo in celo zgornja oblačila. Vzdrževanje vsega naštetega povečuje izdatke in terja čas. Poleg ekonomske je tu navzoča še psihična obremenitev, tako za pacienta kot za negovalca. Tu lahko dodamo še mnogokrat prezrto stisko starejših ljudi, ki se niso bili vajeni slačiti pred drugimi, zdaj pa so prisiljeni svojo goloto razkazovati komerkoli, ki mu je pripravljen nuditi pomoč (Klemenc, 1995).

## ETIČNI VIDIK

Vsaka obravnava pacienta, naj bo telesna, duševna ali družbena, je povezana s strokovnimi in etičnimi smernicami. Poseg v njegovo telo ni samo tehnični postopek, pri katerem določamo korake in način izvedbe, ampak predstavlja celovito dejanje, ki vključuje tudi predvidevanje bio-psiho-socialnih posledic, dobrih ali slabih. Ko presojava o svojih odločitvah in dejanjih s stališča dobrega ali slabega, gre za etično presojo. Ko utemeljemo potrebnost določenega postopka, gre za strokovno presojo. Strokovnost in etika sta v zdravstveni negi tesno povezani, tako Bishop in Scudder (1990) enačita obe področji in trdita, da mora biti tisto, kar zaznavamo kot strokovno, tudi etično in obratno, kar je v zdravstveni negi etično, mora biti

tudi strokovno. Obe stališči morata pacientu, tako v namenu kot v posledicah, zagotoviti dobro (oziroma dobrobit), pravilno (v postopku), koristno (za pacienta) in sočutno ravnanje. Strokovne smernice določajo indikacije, namen, način in kakovost postopka ter vključujejo varovalne mehanizme, ki zagotavljajo načelo neškodljivosti. To je poleg dobronamernosti osnovno biomedicinsko načelo. Etične smernice so tiste, ki opravičujejo namen posega v pacientovo telo s stališča dobrega, pravilnega in koristnega. Etične smernice v tem kontekstu celovito obravnavajo vse dejanske ali možne bio-psihosocialne okoliščine, ki pri določeni obravnavi/posegu nastopijo in vodijo naše strokovne odločitve. Kadar smo v dvomu, ali je naše delovanje oziroma odločanje res v korist pacientu ali mu morda celo škoduje, govorimo o etični dilemi (Šmitek, 2004).

Z antropološkega vidika telo ni naravna, ampak kulturna entiteta. Pomembni so estetski standardi; kar je v nekem primeru sprejemljivo, v drugem ni. Gre tudi za vidik, kateri del telesa je "čist" in kateri "umazan". Umazano je v vseh kulturah povezano z gnusom. Gnus je kulturna reakcija na nečiste oziroma na umazane snovi, kot so izločki: menstrualna kri, slina, urin, blato, odstriženi nohti itd. Prav tako v vseh kulturah umazano povezujejo z nevarnim, kot tistim, ki onesnaži čisto. Dokler je nekaj del telesa, je to čisto, ko je odstranjeno, pa postane nečisto. Podobno kot družbeni tabuji pripravijo človeka do tega, da zavrača nečiste stvari, tako zavrača tudi odnos oziroma druženje z umazanimi ljudmi. Umazani ljudje so strogo kontrolirani, so marginalizirani, živijo zunaj socialnih okolij, na posebnih lokacijah, ponavadi nosijo drugačna oblačila in prakticirajo drugačne socialne prakse. V očeh večine niso "normalni" člani okolja. Zaradi "umazanije" jih stigmatizirajo. V njihovih očeh so umazani ljudje nenehno v stiku z izločki, z blatom; ker torej živijo v "umazaniji", so tudi nevarni. Edina rešitev zanje je, da se ločijo od umazanije; samo odstranitev izločkov je kulturno sprejemljiva. To pomeni intervencijo, ki lahko traja le minuto ali dve, s katero človek izloči umazanijo in postane sprejemljiv za življenje v nestigmatiziranem kulturnem okolju (Godina, 2008).

Kontinenca blata in urina je namreč tudi pričakovana družbena norma, ki otroku predstavlja pomemben korak na poti do njegove neodvisnosti. Vzpostavitev kontinence pomembno vpliva na otrokov – človekov razvoj in zavedanje dostojanstva. Ker jo družbena norma pojmuje kot nekaj normalnega, je kontinenca zelo pomemben dejavnik pri dojetju človekove samopodobe. Ko pacient izgubi nadzor nad izločanjem in je opredeljen kot inkontinenten, mu to lahko povzroči hudo duševno travmo in spremeni samopodobo. Samopodoba je sestavljena iz štirih glavnih predstav o sebi: osebnostne identitete, telesne podobe, samospoštovanja ali samovrednotenja in zaznavanja

družbene vloge posameznika. Pri izgubi življenjskih aktivnosti, ki predstavljajo del normalnega človeka ali življenja, pride do motenj v samopodobi, najbolj do motenj v telesni podobi. Odstopanja v telesni podobi lahko nastanejo zaradi izgube nadzora nad telesno funkcijo, izgube telesne funkcije ali zaradi spremembe fizičnega videza (Matteson, McConell, Linton, 1997; Šmitek, 2003).

Izguba telesnih funkcij je le del problema; običajno se ji sekundarno pridružijo še občutek sramu, krivde (zaradi odvisnosti od drugih), izogibanje socialnim stikom, zapiranje vase in druge osebne motnje. Kako pacient doživlja samopodobo zaradi motenih funkcij izločanja in odvajanja je odvisno tudi od spola in življenjskega obdobja. Tej načeti samopodobi pa se običajno pridružijo še drugi pacientovi osebni problemi, kot so na primer nezmožnost izbire partnerja, okrnjena spolna funkcija, nezmožnost spolnega življenja in drugo. Zato motenj pri izločanju in odvajanju ne smemo obravnavati le kot pacientov fizični problem, še manj pa kot izključno medicinski ali negovalni problem, kar se v večini primerov dogaja (Šmitek, 2003).

Ali kot pravi Brložnikova (2003): »Problem na prvi pogled ni pereč (Uhanje vode, kaj je pri tem tako hudega?). Ko pa je človek v domačem okolju, je to čisto drugače kot v bolnišnici, kjer je vedno pri roki medicinska sestra... Tudi uporaba nočne posode ali pleničk se zdi v bolnišnici čisto nekaj drugega kot doma.« Ob vsem tem pa je tu še pacientov strah, da se mu bo kdo posmehoval, češ da je kot dojenček, ali naj se počasi pripravi na smrt (Kakšno življenje pa je to, če še na vodo ne moreš več tako kot včasih?). Za pacientove stiske ima medicinska sestra izostren čut, veliko razumevanja in upošteva pacientove prioritete potrebe. Seveda se bo vedno našel pacient, ki bo ponujeno pomoč in podporo odklanjal, čeprav bi bilo za vse veliko lažje, če bi jo sprejel. Po drugi strani pa medicinske sestre pri svoje delu doživijo tudi lepe trenutke, ko na primer srečajo starejšo gospo, staro 85 let, ki je vedra in nasmejana, saj je prej živela doma sama v zaudarjajočem stanovanju, nesrečna, ker se je zavedala svojega stanja... S preprosto uporabo predlog pa je ponovno zaživela; hodi na izlete, na sestanke, redno v cerkev, vedno ima okoli sebe ljudi in skupaj se zabavajo (Brložnik, 2003).

## ETIČNE DILEME

Razlika med problemom in dilemo je, da za problem obstaja potencialna rešitev. Pri dilemi pa rešitve nimamo; odločiti se moramo za eno od več možnosti, ki pa so vse enako težke, slabe ali celo nemogoče. To se dogaja v



mnogih življenjskih situacijah. Pogosto ima vsaka od ponujenih možnosti enako težke posledice. V bistvu ni izbire. Vse skupaj je še veliko težje, če zadeva ljudi iz naše bližine ali tiste, za katere smo odgovorni ali smo jim odgovorni (Tschudin, 2004).

Iz rezultatov raziskave, ki jo je Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana opravilo leta 2001, je razvidno, da se v Sloveniji kar 45,3 odstotka medicinskih sester vsak dan sprašuje o etičnosti svojega ravnanja (N=1038) in le 2,1 odstotka o tem nikoli ne razmišlja. Raziskava je tudi pokazala, da so najpogostejše kršitve neupoštevanje standardov zdravstvene nege in zaupnosti podatkov, kršitve pacientovega dostojanstva, neupoštevanje telesne zasebnosti pacienta, kršitve pravic pacienta in neupoštevanje zasebnosti pri razgovoru (Kvas, 2004). Da je etični vidik v zdravstveni negi enako pomemben kot izvajanje zdravstvene nege, je v isti raziskavi zatrdilo kar 90,6 odstotkov vprašanih. Šmitkova (2001) poudarja, da je za zdravstveno nego poleg "vedenja, da" zelo pomembno "vedeti, kako" delovati etično. Da medicinske sestre premalo pozornosti namenjajo etičnemu razmišljanju v vsakodnevni praksi, trdi tudi Tschudinova (2004), saj pogosto ne zaznavajo etičnega pomena, ki se vsakodnevno izraža v odnosih s pacienti ali v odnosih sodelavcev do pacientov. In ravno zato pogosto o tem molčijo (Velepčič, 2009).

Dileme, ki se pojavljajo ob množičnem vstavljanju urinskih katetrov pacientov v naši vsakodnevni praksi, zadevajo strokovnost in etiko. Na splošno bi jih lahko združili v naslednjih točkah:

- ali je prav, da je urinski kateter sredstvo izbora za uravnavanje (motenj) izločanja ali bi s strokovnega stališča (tako medicine kot zdravstvene nege) morali opredeliti indikacije in druge načine obravnave;
- ali ob odločanju za vstavev urinskih katetrov spoštujemo pacienta, njegove psihofizične zmožnosti in sposobnosti, pravico do so- in samoodločanja, njegovo dostojanstvo;
- ali se v naših odločitvah odraža skrb za pacienta v celostnem pomenu ali nas pri odločanju vodijo naše koristi;
- ali je etično in strokovno, da pri svojem delu ne upoštevamo načel in stališč, ki so znanstveno utemeljena in tako zavestno škodujemo pacientu (Šmitek, 2004).

## **PREGLED UGOTOVITEV**

Kljub temu, da pri zdravstveni negi in oskrbi inkontinentnega pacienta medicinska sestra upošteva načela etičnega kodeksa, obstoječo zakonodajo s

področja človekovih/pacientovih pravic, tudi zakonodajo s področja varovanja podatkov, je pri izvajanju življenjskih aktivnosti in pri drugih opravilih (komuniciranje, rokovanje z zdravstveno in negovalno dokumentacijo, s pacientovimi osebnimi in zdravstvenimi podatki) veliko možnosti kršenja etičnega kodeksa in zakonodaje o pacientovih pravicah. Prav tako se večkrat lahko pojavljajo etične dileme, povezane s področjem zdravstvene nege in oskrbe, tako v domačem okolju kot v bolnišnici ali kateri drugi ustanovi. Kakorkoli jih skušamo reševati, ni enoznačnih rešitev; ponavadi tehtamo med dvema manj dobrima možnostma.

Po Šmitkovi (2004) vsak medicinsko tehnični poseg in postopek v zdravstveni negi spremljajo strokovne in etične smernice. Etična načela nas usmerjajo v individualno obravnavo pacienta, pri kateri že pri odločanju za postopek/poseg v pacientovo telo ugotavljamo prednosti in slabosti odločitve in izbiramo tisto možnost, ki je za pacienta najbolj ustrezna, najboljša, najmanj škodljiva. Postopki in posegi pri pacientih zato ne morejo biti rutinski, kajti rutinski pristop izgubi sestavine namena, cilja in varnosti za pacienta, ki je individualno bitje z lastnimi potrebami, odzivanji, občutki in doživljanji, pravicami, vrednotami in vlogami.

Poleg lastne prizadetosti ob pojavu inkontinence se prizadeti srečujejo tudi z odnosom (bližnjih) drugih do njihove težave. Večina ljudi, vključno z zdravstvenimi delavci, ne prenašajo dobro pogleda na telesne izločke, vsaj nekatere. Tudi medicinske sestre niso izjeme in jih ni malo, ki jim je zdravstvena nega pacienta z inkontinenco neprijetna in težko sprejemljiva. Po Godini (2008) so pomembni estetski standardi, ki določajo, kateri del telesa je "čist" in kateri "umazan". Izločki so sami po sebi nečisti, smrdeči. Ker otroke v našem kulturnem okolju ob navajanju na čistočo (še zmerom) vzgajamo s stereotipi, češ "lulanje in kakanje je fuj" in torej nespodobno, jih bo morebitni drugačen način odvajanja prizadel do te mere, da bodo odklanjali že sam pogled na spremembo svojega telesa in enako velja tudi za njegove starše. In če kje, se prav pri otrocih odraža pristnost medosebnih odnosov, tudi npr. z izražanjem "gnusa" nad sošolcem s telesno hibo. Otroci kmalu ugotovijo, zakaj je njihov sošolec po novem npr. oproščen telovadbe. Človek ima v različnih obdobjih različen odnos do svojega telesa in zunanosti, inkontinenca pa je zanj dodatno breme. Kulturna reakcija na "nečistega" človeka je lahko izključitev iz socialnega okolja. Da postane sprejemljiv za življenje v nestigmatiziranem kulturnem okolju, poskrbimo s pripomočki, higiensko oskrbo (Godina, 2008; Klemenc, 2008).

Skupne značilnosti in težave inkontinentnih pacientov, kot so neprestano iskanje stranišča, strah pred neprijetnim vonjem, vidno mokroto ali celo

zamazanimi oblačili zaradi fekalne inkontinence, zahajanje v določene trgovine, lokale, izogibanje prijateljem in drugim, celo partnerju, opustitev telesnih aktivnosti, športa, potovanja, nesproščenost v komuniciranju, izogibanje javnim prevoznim sredstvom in drugo, so povezane s stiskami prizadetih v vseh starostnih obdobjih, vseh slojev, obeh spolov. In predstavljajo izziv medicinskim sestram pri njihovem delu. Ljudje tudi ne zaupajo vedno medicinski sestri, npr. patronažni ali v ambulanti družinske medicine, ker se bojijo, da bi informacija o njihovi težavi prišla v javnost, se razširila po vasi. Zato je delo teh medicinskih sester zahtevno tudi po tej plati – varovanje pacientovih podatkov na najboljši možni način. Ne nazadnje so po zakonu dolžni to tudi početi. Težko bi našli razlog za kršitev etičnega načela o spoštovanju človekove zasebnosti v tem pogledu (Klemenc, 1995).

Komu in kdaj posredovati informacijo o pacientovem zdravstvenem stanju, kamor spada tudi področje in/kontinence? Zadeva postane pomembna zlasti ob določenih situacijah, ob planiranem odpustu v domače okolje, še posebej, če je bil pacient prej kontinenten. Kaj sploh lahko medicinska sestra pove in komu?

Sotler in Klemenc (2010) pravita; kljub temu, da se pri posredovanju informacij lahko »naslonimo« na teorije zdravstvene nege, pa največ uporabljamo posredovanje informacij s področij štirinajstih življenjskih aktivnosti po Virginii Henderson (dihanje, prehranjevanje, pitje, izločanje in druge). Pri sporočanju informacij o pacientu lahko naletimo na etične dileme, naredimo napako, presežemo svoje kompetence. Tu se pogosto sprašujemo, kaj je pravilno in kaj ne, do kod seže naša odgovornost, komu lahko posredujemo informacije in komu ne, katere in na kakšen način (osebno, telefonično in drugo), kakšne so lahko posledice dajanja neprimernih informacij? Primerov iz prakse je veliko, spreminjajo se tudi glede na različne dejavnike, ozaveščenost ljudi na tem področju je vedno večja, spreminjajo se zakonodaja, izobrazba, usposobljenost, delovne izkušnje, dinamika dela, medosebni/medpoklicni odnosi v timih.

Nekaj primerov etično spornega posredovanja informacij:

- **neprimeren način:** po telefonu, e-pošti, ko ni mogoče preveriti identitete klicatelja, ob tem pa velike stiske pacientovih bližnjih (npr. akutna stanja, ljudje, otroci);
- **kršenje etičnega kodeksa in zakonodaje:** posredovanje informacij o pacientih na neprimernih mestih (npr. na hodniku, v dvigalu, v mestnem avtobusu, med pogovorom v družbi, v lokalu, na e-socialnih omrežjih);

- **strokovne ali organizacijske napake:** posredovanje informacij: napačnim (nepooblaščenim) osebam, o napačnih pacientih z napačno strokovno vsebino (nepozornost, malomarnost, nepoznavanje primera);
- **preseganje poklicnih aktivnosti in kompetenc:** nedorečenost sporočene vsebine, oblike, naslovnika, neupoštevanje pacientovih pravic (npr. posredovanje histološkega izvida), (Sotler, Klemenc, 2010).

### **Nekaj etičnih dilem, s katerimi se srečujejo medicinske sestre (izkustveno), kot iztočnice za razpravo:**

- kako povedati inkontinentnemu, da zaudarja po telesnih izločkih (urinu, blatu)?
- sprejem v dom starostnikov, ko nastopi inkontinenca...
- kako urejati človeka z inkontinenco v domačem okolju, kam npr. postaviti sobno stranišče, če v majhnem stanovanju ni možnosti za zasebnost?
- kdaj opremiti pacienta z inkontinentnimi pripomočki in kakšne pripomočke izbrati, če jih odklanja?
- uporaba pralnih inkontinenčnih pripomočkov ali tistih za enkratno uporabo (etična dilema tudi v odnosu na varovanje okolja)?
- rokovanje z inkontinenčnim odpadki – kam in kako z uporabljenimi?
- rokovanje s pacientovo dokumentacijo;
- prisotnost bližnjih in inkontinenca (poseg v zasebnost);
- varovanje podatkov o inkontinentnem človeku v domačem okolju (npr. sošeska, lekarna, zdravstveni dom);
- dostava pripomočkov za oskrbo inkontinentnega na dom?
- medicinska sestra in priporočanje pripomočkov samo določene firme;
- komunikacija – kako jo prilagoditi pacientu – da se bomo dobro razumeli (npr. poimenovanje moških in ženskih genitalij v “ljudskem jeziku”);
- vstavev urinskega katetra – kot nasilna in “ogrožajoča rešitev” vseh težav;
- siljenje za izločanje v postelji (v plenice) sicer pomičnega pacienta;
- informacije o pacientovem zdravstvenem stanju (kdaj, komu?);
- inkontinenca in bolnišnične okužbe; ali res vedno upoštevamo higienško epidemiološke predpise za preprečevanje ali zmanjševanje okužb, tudi na pacientovem domu oz. ko nas nihče ne vidi?

## **ZAKLJUČEK**

Vsakdo, ki se je kdaj srečal z inkontinentnim pacientom ali je imel celo sam težave z inkontinenco, bo razumel stiske, nekatere zelo subjektivne, druge objektivne narave, povezane s pojavom inkontinence urina in/ali blata. Velike so tudi psihosocialne obremenitve tako prizadetega kot njegove

okolice. Z inkontinentnim pacientom ravnamo z veliko mero občutka in razumevanja. Individualna obravnava naj bo nujno dejstvo in ne le modna beseda. Strokovna na/vodila, kjer je človek z inkontinenco obravnavan kot celota bio-psiho-socialnega, skozi prizmo etičnih načel in pacientovih pravic, so lahko dobra osnova za stalno tehtanje, kaj je prav in dobro za pacienta. Istočasno pa predstavljajo tudi strokovno in etično ozaveščenost zaposlenih v zdravstveni negi. Nenazadnje bo s tem, kakšna je etična dilema v zdravstveni negi inkontinentnega pacienta, postala rešljiv etični problem.

---

## LITERATURA

1. Brložnik M., Bolnik z inkontinenco urina v domačem okolju. V: Gantar M. ur. Inkontinenca urina in blata: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Laško, 17. in 18. marec 2003, Zbornica zdravstvene nege, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester za zdravstveno nego stom, Ljubljana: 2003.
2. Godina V., Spremenjena telesna podoba z antropološkega vidika. Proceedings with Congress Programme. 17th Biennial Congress of the WCET. Ur.: Klemenc D. et. al., Ljubljana, 2008: 120–22.
3. Klemenc D., Urinska inkontinenca. Obzor. Zdr. N. Zbornica Zveza. Ljubljana. 1995; 29: 27-45.
4. Klemenc D., Medicinska sestra - zagovornica pacientovih pravic. Obz. Zdr. N. Zbornica Zveza. Ljubljana. 2004; 38:287-96.
5. Klemenc D., Etika v zdravstveni negi otroka in mladostnika – v odnosu na spremenjeno telesno podobo (stomo). V: Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika. Zbornik predavanj z recenzijo. Ur. Ščepanović D., Černetič A., Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, Portorož: 2008:143-53.
6. Sotler R., Klemenc D., Komu in katere informacije lahko sporočamo pacientu in njegovim bližnjim v okviru pristojnosti zdravstvene nege. V:Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo. Ur.: Bobnar A., Zdravstvena fakulteta, Zbornik predavanj / Dan Stane Kavalič, strokovno srečanje, Bobnar A., 2010.
7. Šmitek J., Etika v praksi- izločanje in vstavljanje urinskih katetrov. Obzor Zdr N. 2004; 38: 319–24.

8. Tschudin V., Etika v zdravstveni negi. Razmerja skrbi. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. Educy. Ljubljana. 2004.
9. Trobec I., Ličen S., Žvanut B., Vpliv urinske inkontinence na kakovost življenja starostnikov v domu za starejše. Obzor Zdr N. Zbornica zveza. Ljubljana. 2010; 44 (2):81-7.
10. Velepčič M., Načela in standardi kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije v praksi zdravstvene nege. V: Medicinska sestra in etične dileme. Ur. Trampuž R., Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Nova Gorica, Šempeter pri Gorici. 2009.



---

# SKRB ZA PACIENTA Z INKONTINENCO

---







---

# KONSERVATIVNO ZDRAVLJENJE URINSKE INKONTINENCE PRI ŽENSKAH

## CONSERVATIVE TREATMENT OF URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

---

*viš. pred. mag. Darija Ščepanović, viš. fiziot.  
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta  
Oddelek za fizioterapijo  
darija.scepanovic@guest.arnes.si*

### **IZVLEČEK**

Konservativno zdravljenje mora biti v večini primerov metoda prvega izbora v začetnem zdravljenju oseb z urinsko inkontinenco. V prispevku so uvodoma opisane indikacije za konservativno zdravljenje. V nadaljevanju so orisani glavni elementi konservativnega zdravljenja, ki so predvsem ukrepi za zdrav življenjski slog, trening mišic medeničnega dna, električna stimulacija, magnetna stimulacija in trening sečnega mehurja. Na podlagi znanstvenih dokazov je podana učinkovitost posameznih terapevtskih postopkov.

### **KLJUČNE BESEDE**

urinska inkontinenca, konzervativno zdravljenje, hotena kontrakcija mišic medeničnega dna, trening mišic medeničnega dna

## **ABSTRACT**

In most adults with urinary incontinence, conservative treatment should be the first line measure. In the introduction of our contribution, indications for conservative treatment are outlined. Further, main components of such treatment are described, including lifestyle interventions, pelvic floor muscles training, electrical stimulation, magnetic stimulation, and bladder training. Individual physiotherapeutic interventions and their efficacy are presented and supported by scientific evidence-based literature review.

## **KEY WORDS**

urinary incontinence, conservative treatment, voluntary contraction of pelvic floor muscles, pelvic floor muscles training

## UVOD

Zaradi visoke prevalence posameznih primerov urinske inkontinence (UI) in v luči trenutne ekonomske krize zdravstvena sistema, bi morala biti konservativna obravnava glavna oblika zdravljenja na primarnem nivoju. To so tudi priporočila strokovnjakov, ki izpostavljajo, da mora biti oseba z UI najprej vključena v tako imenovano začetno obravnavo, ki vključuje konservativno in tudi farmakološko zdravljenje (Abram et al., 1999). Konservativno zdravljenje bi moralo biti na voljo vsem osebam z UI, saj je metoda sorazmerno poceni, enostavna, takoj razpoložljiva, brez stranskih učinkov, ter ne vpliva na morebitno operacijo (Wilson et al., 2005). Metoda je primerna za osebe, ki ne želijo operativnega zdravljenja ali želijo operativno zdravljenje odložiti, za osebe, ki jim zdravstveno stanje operacije ne dopušča, kakor tudi za tiste, ki čakajo na operativno zdravljenje. Tovrstno zdravljenje je indicirano pri blagih in zmernih oblikah UI, tam kjer ni zadostnih indikacij za operativno zdravljenje, ter tudi za ženske, ki načrtujejo nosečnost.

Konservativno zdravljenje vključuje postopke za spodbujanje zdravega življenjskega sloga, fizioterapijo (manualna terapija in trening mišic medeničnega dna (TMMD) z ali brez dodatnih metod, kot so biološka povratna zveza, električna stimulacija ali medenične uteži, magnetna stimulacija) in trening sečnega mehurja (Wilson et al., 2005). Kombinacijo teh metod ponekod označujejo z izrazom vedenjska terapija (Abram et al., 1999). V konzervativno zdravljenje UI prištevajo še komplementarno terapijo in kontinenčne pripomočke (pripomočke za nego kože, pripomočke za zbiranje in prestrezanje urina).

Namen prispevka je predstaviti posamezne elemente konservativnega zdravljenja UI pri ženski. V prispevku ni opisana konservativna obravnava nevrološke UI in UI pri starejših.

## TERAPEVTSKA OCENA

V prvem delu ocene je potrebno pridobiti podatke o bolnikovih težavah med polnjenjem in praznjenjem sečnega mehurja in črevesa ter o značilnostih, začetku in trajanju simptomov (Laycock et al., 2008). Klasična ocena zajema še anamnezo poroda ter ginekološko, zdravstveno, kirurško, družinsko in anamnezo črevesa. Pomemben del ocene je ocena kakovosti življenja in ocena bolnikove želje po zdravljenju. Zadnji del terapevtske ocene vključuje splošni pregled (vključujoč pregled trebuha) in vaginalni pregled. Slednji se izvede

s privolitvijo osebe in vključuje oceno zunanjih genitalij ter oceno funkcije in jakosti mišic medeničnega dna (MMD) (Bø, 2007). Za uspeh zdravljenja je pri oceni MMD ključnega pomena ocena sposobnosti hotene kontrakcije MMD, kakor tudi ocena funkcije in jakosti MMD. Študije so pokazale, da 30% žensk ob prvem obisku MMD ne krči pravilno, kljub natančnim in izčrpnim individualnim navodilom (Benvenuti et al., 1987; Bø et al., 1988; Bump 1991). Pri kontinentni osebi je krčenje MMD tik pred ali med pojavom povečanega pritiska v trebušni votlini avtomatični odgovor, brez zavestnega hotelega krčenja. Hotena kontrakcija pa je skupna kontrakcija treh mišičnih plasti medeničnega dna in ima dve komponenti: stisk okoli medeničnih odprt in dvig navznoter, v kranialni smeri (Kegel, 1952). Pri pravilni kontrakciji ni vidnega gibanja medeničnega obroča ali ostalih delov telesa.

V klinični praksi se za oceno MMD najpogosteje uporablja opazovanje gibanja presredka in vaginalna palpacija (Bø, Sherburn, 2005). Zaslediti je številne različne metode palpacije, kakor tudi številne ocenjevalne sisteme. Za oceno funkcije MMD so na voljo tudi elektromiografija, meritve uretralnega in vaginalnega pritiska ob kontrakciji, dinamometrija, ultrazvok in magnetna resonanca.

Bø in Mørkved (2007) priporočata pet stopenj učenja pravilnega krčenja MMD:

1. *Razumeti* - oseba mora razumeti, kje se MMD nahajajo in kako delujejo.
2. *Iskati* - oseba potrebuje nekaj časa, da to razumevanje »prenese« v svoje telo in se vpraša: Kje je moje medenično dno?
3. *Najti* - oseba mora najti kje se MMD nahajajo, toda o pravi lokaciji potrebuje potrditev fizioterapevta.
4. *Učiti se* - potem, ko je oseba MMD našla, se mora naučiti kako pravilno kontrahirati MMD. Na tej stopnji je povratna informacija fizioterapevta obvezna.
5. *Nadzirati* - potem, ko se je oseba naučila pravilno kontrahirati MMD, večina oseb še vedno težko izvaja nadzorovane in koordinirane kontrakcije MMD z rekrutacijo čim večjega števila motoričnih enot med vsako kontrakcijo. Večina oseb ne zmore kontrakcije vzdrževati za določen čas, izvesti zaporedne kontrakcije ali izvesti kontrakcije z visoko hitrostjo in jakostjo.

Ob koncu prve obravnave naj bi oseba razumela, kje se MMD nahajajo in kako delujejo, jih znala tudi locirati in pravilno kontrahirati ter nato znala izvajati nadzorovane in koordinirane kontrakcije MMD (Bø, Mørkved, 2007). Če oseba po enem tednu, ko je dobila navodila o tem, kako naj trenira doma,

še vedno ni sposobna hoteno kontrahirati MMD, se priporoča uporaba tehnik facilitacije za izboljšanje zavedanja MMD, kot so hiter razteg MMD, udarjanje perineja ali MMD, pritisk na MMD, masaža MMD in električna stimulacija (Brown, 2001).

Ko oseba zna pravilno kontrahirati MMD pa v zdravljenje vključimo postopke, ki so ustrezni za posamezno obliko UI.

## **UKREPI ZA ZDRAV ŽIVLJENJSKI SLOG**

Vsaka ženska z UI mora kot del konservativne obravnave in ne glede na vrsto UI najprej biti poučena o naravi bolezni in možnostih samopomoči oziroma postopkih za spodbujanje zdravega življenjskega sloga. Na patologijo in zmanjšanje simptomov UI do neke mere lahko vplivamo s spremembo življenjskega sloga oziroma z nasveti za zmanjšanje indeksa telesne mase, zaprtja, vnosa gaziranih pijač in kofeina (Hay-Smith et al., 2009) in z nasveti glede opustitve kajenja, pravilnega položaja pri mikciji in iztrebljanju, pravilnih tehnik dvigovanja in rekreativnih ter športnih dejavnosti (Chiarelli, 2007). Znanstveni dokazi o dejanskem vplivu spremembe življenjskega sloga na simptome UI so trenutno zelo omejeni.

## **TRENING MIŠIC MEDENIČNEGA DNA**

Priporočila, ki so nastala na osnovi sistematičnih pregledov randomiziranih kontroliranih študij navajajo, da mora biti TMMD metoda prvega izbora za zdravljenje stresne UI pri odraslih ženskah (Hay-Smith et al., 2001). Iz sistematičnih pregledov je razvidno, da je TMMD učinkovit pri zdravljenju stresne UI pri ženskah z 44-80 % uspešnostjo.

Kot začetnika TMMD se pogostokrat napačno omenja ameriškega ginekologa Arnolda Kegla, ki je v poznih 40. letih prejšnjega stoletja objavil prve članki o pomembnosti izvajanja vaj za MMD. Vendar z zgodovinske literature je razvidno, da so bili že mnogi nekaj desetletij pred njim, ki so izpostavljali pomembnost in moč TMMD. To so bili predvsem fizioterapevtka Minnie Randell (bila je tudi medicinska sestra), ter fizioterapevtki Margaret Morris in Helen Heardman (Morris, 1936; Randall, 1948). Kegel je bil verjetno prvi, ki je na široko pisal o TMMD (Kegel, 1948) v povezavi s perinometrijo. Verjetno so prav zaradi njegovih številnih objavljenih člankov te vaje začeli imenovati "Keglove vaje".

Namen TMMD pri stresni UI je trojen. Prvič, hotena, učinkovita kontrakcija MMD (dvig MMD v smeri kranialno in naprej) pred in med naporom "stisne" uretro, poveča uretralni pritisk in prepreči uhajanje urina (DeLancey, 1988). To zavestno kontrakcijo MMD tik pred ali med aktivnostjo, ki zahteva napor npr. kašelj, kihanje, dvigovanje bremen so poimenovali "The Knack" (Miller et al., 1998). Drugič, če je vrat sečnega mehurja dobro podprt z močnimi MMD, bo to preprečilo gibanje navzdol med naporom, kar bo preprečilo uhajanje urina. Strokovnjaki razlagajo, da intenziven TMMD lahko zgradi strukturno podporo medenice (Bø, 2004; DeLancey, 1988). To želimo doseči preko dviga plošče levatorja na trajno višjo lokacijo znotraj medenice in povečanja hipertrofije, ter čvrstosti MMD in vezivnega tkiva (Bø, Aschehoug, 2007). To bo facilitiralo bolj učinkovito ko-kontrakcijo MMD in preprečilo spust med povečanjem pritiska v trebušni votlini. Najnovejši rezultati randomizirane kontrolirane študije so pokazali, da intenziven TMMD dejansko poveča mišični volumen, zapre levatorni hiatus, skrajša dolžino mišice in dvigne položaj mehurja in rektuma v mirovanju (Braekken et al., 2010). In tretjič, MMD se aktivirajo skupaj s kontrakcijo m. transversus abdominis, kar nakazuje na pomembnost koordinacije mišične aktivnosti v in okrog medeničnega obroča med vsakodnevnimi aktivnostmi. Vedno več dokazov nakazuje, da je aktivna kontrakcija m. transversus abdominis povezana s koaktivacijo MMD ((Neumann, Gill, 2002; Jones et al., 2006; Sapsford et al., 2001). Torej namen TMMD pri stresni UI je izboljšati časovno usklajenost kontrakcije, jakost in mišično togost.

Načela, na katerih sloni uporaba TMMD pri obravnavi urgentne UI, so manj jasna. Predpostavlja se, da ponavljajoče hotene kontrakcije ali maksimalne kontrakcije MMD lahko refleksno zavrejo nehotene kontrakcije detruzorja sečnega mehurja (Wyman, 2007). S tem, ko je oseba inhibirala nujno po mokrenju in kontrakcije detruzorja, se nauči priti do stranišča pravočasno in preprečiti uhajanje urina. Trenutno ni znana dolžina kontrakcije, intenzivnost, število in časovna usklajenost kontrakcije, ki je potrebna za inhibicijo kontrakcij detruzorja.

Glede na trenutna priporočila strokovnjakov mora TMMD vključevati 3 nize 8-12 počasnih, kar se da maksimalnih kontrakcij MMD, s trajanjem 6 do 8 sekund, 3 do 4-krat na teden (ACSM, 1998). Kot stopnjevanje se priporoča, da se med zadrževanjem kontrakcije doda še 3 do 4 kontrakcije z višjo hitrostjo. Poleg tega mora TMMD za dosego maksimalnih učinkov trajati vsaj 20 tednov (Bø, 1995). Ženske sicer poročajo o izboljšanju simptomov UI in večji mišični jakosti MMD že po nekaj tednih TMMD.

Glede na dokaze iz literature to povečanje mišične jakosti v prvih 6 tednih TMMD ni zaradi mišične hipertrofije, ampak zaradi boljše učinkovitosti in delovanja živčnih povezav (povečana ekscitacija, povečano proženje motoričnih enot, pogostejša aktivacija motoričnih enot tipa II) (Jones, Baker K, 1996; McComas, 1996). Mišične hipertrofije se začne šele po 8 tednih rednega in intenzivnega treninga (DiNubile, 1991).

Oseba lahko TMMD izvaja samostojno, lahko pa izvaja TMMD v kombinaciji z drugimi metodami in tehnikami, kot so biološka povratna zveza (vaginalne ali analne sonde z EMG (elektromiografija) ali tlakovnimi senzorji, medenične uteži, pripomočka Periform™ in Educator™) in električna stimulacija.

Večina študij na odrasli populaciji je pokazala, da dodatek biološke povratne zveze k TMMD nima dodatnega učinka v primerjavi s samostojnim TMMD (Hay-Smith et al., 2009). Na podlagi rezultatov omenjenih raziskav je National Institute for Health and Clinical Excellence izdal priporočilo, naj se manometrija in EMG biološka povratna zveza ne uporabljata rutinsko kot del TMMD (NICE, 2006).

## ELEKTRIČNA STIMULACIJA

Mehanizem in način delovanja električne stimulacije je odvisen od vzroka UI in seveda struktur, na katere želimo vplivati z električno stimulacijo. Namen električne stimulacije pri stresni UI naj bi bil izboljšanje zapiralnega pritiska sečnice in aktivacije sfinktra (Sand et al., 1995), medtem ko je namen električne stimulacije pri urgentni UI inhibicija refleksnih kontrakcij sečnega mehurja (čezmerno aktiven sečni mehur) – inhibicija sečnega mehurja (Berghmans, 2007). Zaslediti je hipotezo, da se električna stimulacija lahko uporabi kot oblika biološke povratne zveze pri osebah, ki ne znajo kontrahirati MMD ali ne morejo izvesti hotene kontrakcije MMD (Wilson et al., 2005). Električna stimulacija naj bi pri teh osebah izboljša zavedanje MMD. Vendar študij, ki bi proučevale to hipotezo zaenkrat ni zaslediti.

Na podlagi pregleda študij, so avtorji zaključili, da ni zadostnih dokazov ali je električna stimulacija bolj učinkovita kot ne-zdravljenje ali placebo zdravljenje pri ženskah s stresno UI (Hay-Smith et al., 2009). Po drugi strani pa kaže, da je TMMD bolj učinkovit kot električna stimulacija. Prav tako ni zadostnih dokazov ali je električna stimulacija bolj učinkovita kot medenične uteži. Dodajanje električne stimulacije k TMMD prav tako ni dalo boljših rezultatov zdravljenja.



Obstajajo nekateri dokazi, da je intenziven program električne stimulacije boljši kot ne-zdravljenje ali placebo zdravljenje pri ženskah s simptomi urgentne UI in čezmerno aktivnega sečnega mehurja (Hay-Smith et al., 2009). Ni pa zadostnih dokazov ali je električna stimulacija bolj učinkovita kot TMMD ali TMMD z biološko povratno zvezo.

## **MAGNETNA STIMULACIJA**

Magnetna stimulacija je kot nova oblika konservativnega zdravljenja stresne UI, urgentne UI in mešane UI pri ženskah na voljo zadnjih 10 let. Aplikacija ni vaginalna ali rektalna, temveč oseba oblečena sedi na magnetnem stolu. Strokovnjaki opozarjajo, da naj bi bila uporaba magnetne stimulacije zgolj v znanstvene namene, saj morebitne koristi te metode še niso bile dokazane (Hay-Smith et al., 2009).

## **TRENING SEČNEGA MEHURJA**

Trening sečnega mehurja se uporablja pri osebah s čezmerno aktivnim sečnim mehurjem, pri katerem so prisotni simptomi pogostejše mikcije in nuje po mokrenju z ali brez urgentni UI. Cilj treninga sečnega mehurja so predvsem (4): popraviti napačne vzorce navad, kot so pogostejše mikcije, izboljšanje nadzora nad nujo po mokrenju, podaljšanje časovnih presledkov med posameznimi mikcijami, povečanje kapacitete sečnega mehurja, zmanjševanje inkontinenčnih epizod in povečanje samozavesti osebe za nadzor sečnega mehurja.

Trening sečnega mehurja se priporoča kot metodo prvega izbora za zdravljenje čezmerno aktivnega sečnega mehurja pri odraslih ženskah (Hay-Smith et al., 2009). Glede na trenutna priporočila v literaturi naj bi trening sečnega mehurja potekal po sledečem protokolu: začetni interval med mikcijami naj bi bil v razponu 1 ure (ko je oseba budna); interval med mikcijami se povečuje za 15 do 30 minut na teden (odvisno od posameznikove tolerance); cilj je postopoma doseči 2-3 urni interval med posameznimi mikcijami (Wilson et al., 2005).

Za zmanjševanja občutka nuje po mokrenju se osebi svetuje, naj izvaja ponavljajoča se krčenja MMD, pritisne na presredek, se poskuša zamotiti in se sprostiti. Nekateri kot metode za nadzor nuje po mokrenju svetujejo tudi stojo na prstih ali sedenje na stolu s celo površino stegen.

## KOMPLEMENTARNO ZDRAVLJENJE

Strokovnjaki so zaključili, da ni dovolj informacij o učinkih metod komplementarnega zdravljenja, kot so relaksacija, hipnoza, akupunktura in homeopatija za preprečevanje ali zdravljenje UI. Da se komplementarno zdravljenje ne priporoča za zdravljenje UI, v svojih priporočilih navaja tudi National Institute of Health and Clinical Excellence (2006).

## KONTINENČNI PRIPOMOČKI IN IZDELKI

Pri vseh osebah ne moremo pričakovati popolne ozdravitve bodisi zaradi stopnje UI ali oblike UI. Druga skupina pacientov mora določen čas živeti z UI npr. medtem, ko čaka na operacijo ali pa niso kandidati za konservativno zdravljenje ali pa preprosto ne želijo zdravljenja v taki meri temveč le obvladovanje oz. lajšanje simptomov. Za te skupine pacientov so na voljo različni pripomočki za zbiranje, prestrezanje urina in obravnavo retence urina kot so npr. vložne predloge, hlačne plenice, urinski katetri, katerih namen je obvladovanje težav in izboljšanje kakovosti življenja. Na srečo je izbira pripomočkov ogromna, vendar pa je lahko ta izbira brez podrobnih informacij o razpoložljivih pripomočkih porazna in konfuzna. Seveda pa na izbiro ustreznega pripomočka za žensko z UI vpliva tudi finančna dostopnost pripomočkov, pacientove želje in ocena pacientovih specifičnih značilnosti in potreb. Za pomoč pri prepoznavi kategorij/e pripomočkov oz. izdelkov, ki bodo najbolj verjetno pomagali ženski z UI je bil oblikovan algoritem izbora pripomočkov (Cottendent et al., 2009). Zasediti je tudi dva sistematična pregleda randomiziranih kontroliranih študij, ki sta podala dokaze o učinkovitosti vpojnih izdelkov za lahko UI ter za zmerno do težko UI (Fader e tal., 2007; Fader e tal., 2008).

## ZAKLJUČEK

Konservativno zdravljenje je metoda prvega izbora za zdravljenje UI pri ženskah. V primeru neuspešnega izida konservativnega in tudi farmakološkega zdravljenja ali v primeru hude oblike UI je indicirana t.i. specializirana obravnava, ki vključuje specializirane preiskave in operativno zdravljenje.

---

## LITERATURA

1. Abrams P, Wein A, Schussler B. Recommendation of the International Scientific Committee: The evaluation and treatment of urinary incontinence. In: Abrams P, Khoury S, Wein A. eds. *Incontinence*, 1st ed. Paris Health publications Ltd. 1999: 945-69.
2. Wilson PD, Hay-Smith J, Nygaard I, et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*, 3rd ed. Paris: Health publications Ltd. 2005: 857-964.
3. Laycock J, Whelan MM, Dumoulin C. Patient assessment. In: Haslam J, Laycock J. *Therapeutic management of incontinence and pelvic pain. Pelvic organ disorders*. 2nd ed. London: Springer-Verlag. 2008: 57-66.
4. Bø K. Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice*, Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier. 2007: 1-8.
5. Benvenuti F, Caputo GM, Bandinell S et al. Reeducative treatment of female genuine stress incontinence. *Am J Phys Med*. 1987; 66: 155-68.
6. Bø K, Larsen S, Oseid S, Kvarstein B, Hagen R, Jorgenson J. Knowledge about and ability to correct pelvic floor muscle exercises in women with stress urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*. 1988; 69: 261-2.
7. Bump RC, Hurt WG, Fantl JA, Wyman JA (1991). Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol*. 165: 322-9.
8. Kegel, A.H.: Stress incontinence and genital relaxation, a nonsurgical method of increasing the tone of sphincters and their supporting structures. *Clin Symp*. 1952; 2: 35-51.
9. Bø K, Sherburn M. Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength. *Phys Ther*. 2005; 85: 3: 269-82.
10. Bø, K., Mørkved, S.: Motor learning. In: Bø, K., Berghmans, B., Mørkved, S., Van Kampen, M., eds.: *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice*. Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier, 2007: 113-19.
11. Brown C. Pelvic floor reeducation: a practical approach. In: Corcos J, Shick E, eds.: *The urinary sphincter*. New York: Marcel Dekker. 2001: 459-73.
12. Hay-Smith J, Berghmans B, Burgio K et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence*, 4th ed. Paris: Health publications Ltd. 2009: 1025-120.
13. Chiarelli P. Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. *Evidence-based physical therapy*

- for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice, Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier. 2007: 147-59.
14. Hay-Smith E, Bø K, Berghmans L, et al. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane review). The Cochrane Library, Oxford. 2001.
  15. Morris M. Maternity and post-operative exercises. London: Heinemann 1936.
  16. Randall M. Fearless childbirth. London: Churchill 1948.
  17. Kegel A. Progressive resistance exercise in functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol.* 1948; 82: 244-5.
  18. DeLancey JOL. Structural aspects of uretrovesical function in the female. 76-84. *Neurourol Urodyn.* 1988; 7: 509-19.
  19. Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. A pelvic muscle precontraction can reduce cough related urine loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46: 870-4.
  20. Bø K. Pelvic floor muscle training is effective in treatment of stress urinary incontinence, but how does it work? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2004; 15: 76-84.
  21. Bø K, Aschehoug A. Strength training. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice, Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier. 2007: 119-132.
  22. Braekken IH, Majida M, Engh ME, Bø K. Morphological changes after pelvic floor muscle training measured by 3-dimensional ultrasonography: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010; 115: 317-24.
  23. Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA. Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourol Urodyn.* 2001; 20: 31-42.
  24. Neumann P, Gill V. Pelvic floor and abdominal muscle interaction: EMG activity and intra-abdominal pressure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002; 13: 125-32.
  25. Jones R, Peng Q, Shishido KIP, Constantinou C. Ultrasonic imaging and motion tracking of the pelvic floor muscle (PFM) activity during abdominal manoeuvres in stress urinary incontinent (SUI) women. *Neurourol Urodyn.* 2006; 25: 596-7.
  26. Wyman JF. Bladder training for overactive bladder. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M. ed. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice. Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier. 2007: 208-18.

27. ACSM (American College of Sports Medicine). The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1999; 30: 975-91.
28. Bø K. Pelvic floor muscle exercises for the treatment of stress incontinence: An exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J.* 1995; 6: 282-91.
29. Jones K, Baker K. *Human movement explained.* Oxford: Butterworth-Heinemann. 1996.
30. McComas AJ. *Skeletal muscle. Form and function.* Champaign, Illinois: Human Kinetics. 1996.
31. DiNubile NA. Strength training. *Clin Sports Med.* 1991; 10: 33-62.
32. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). *Urinary incontinence: The management of urinary incontinence in women.* London: NICE. 2006.
33. Sand PK, Richardson DA, Staskin DR et al. Pelvic floor electrical stimulation in the treatment of genuine stress incontinence: a multicenter placebo-controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1995; 173: 72-9.
34. Berghmans B. Electrical stimulation for SUI. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice, Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier.* 2007: 187-201.
35. Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for light urinary incontinence in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2. Art. No.: CD001406. DOI: 10.1002/14651858.CD001406.pub2.
36. Fader M, Cottenden AM, Getliffe K. Absorbent products for moderate-heavy urinary and/or faecal incontinence in women and men. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD007408. DOI: 10.1002/14651858.CD007408.
37. Cottenden A, Bliss DZ, Buckley B et al. Management using continence products. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence, 4th ed.* Paris: Health publications Ltd. 2009: 1519-1643.

---

# UKREPI ZA ZDRAV ŽIVLJENSKI SLOG PRI OSEBI Z URINSKO INKONTINENCO

## LIFESTYLE INTERVENTIONS FOR URINARY INCONTINENCE IN ADULTS

---

*Lidija Žgur, dipl.fiziot.*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

*Ginekološka klinika*

*lidja.zgur@kclj.si*

*viš. pred. mag. Darija Ščepanović, viš. fiziot.*

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

*Oddelek za fizioterapijo*

*darija.scepanovic@guest.arnes.si*

### IZVLEČEK

Na patogenezo in zmanjšanje simptomov urinske inkontinence do neke mere lahko vplivamo s spremembo življenjskega sloga. Ukrepi za zdrav življenjski slog pri osebah z urinsko inkontinenco vključujejo predvsem nasvete glede vzdrževanja zdrave telesne teže, izogibanja zaprtju ter zmanjšanja vnosa gaziranih pijač in kofeina. V prispevku so opisani mehanizmi njihovega delovanja na simptome urinske inkontinence in podani znanstveni dokazi o vplivu spremembe življenjskega sloga na zmanjšanje simptomov urinske inkontinence.

### KLJUČNE BESEDE

urinska inkontinenca, telesna teža, zaprtje, pijača, simptomi

## **ABSTRACT**

Pathogenesis and resolution of urinary incontinence are likely to be influenced by various lifestyle interventions. These particularly include advice on maintaining optimal body weight, avoidance of constipation, and restriction of carbonated beverages and caffeine intake. In our contribution, mechanisms of action of these interventions on symptoms of urinary incontinence are described. Scientific evidence on the influence of changed lifestyle on resolution of urinary incontinence is demonstrated.

## **KEY WORDS**

urinary incontinence, body weight, constipation, fluid intake, symptoms

## UVOD

Pomemben del konservativnega zdravljenja pri osebah z urinsko inkontinenco (UI) so ukrepi za zdrav življenjski slog, s katerimi lahko do neke mere vplivamo na zmanjšanje simptomov UI. Čeprav so znanstveni dokazi o vplivu spremembe življenjskega sloga na simptome UI omejeni (za moško populacijo pa študij sploh ni), so strokovnjaki mnenja, da morajo biti osebe z UI poučene o naravi svoje bolezni in možnosti samopomoči (Chiarelli, 2007; Hay-Smith et al., 2009). Informacije o samopomoči morajo obsegati individualno svetovanje o količini in vrsti zaužite tekočine, zmanjšanju telesne mase ter o zaprtju (Chiarelli, 2007). Pomembni so tudi nekateri dodatni postopki za vzpodbujanje zdravega življenjskega sloga, kot so: nasveti za opustitev kajenja, učenje pravih položajev telesa pri uriniranju in iztrebljanju in pravilne tehnike dvigovanja bremen, ter nasveti glede rekreativnih in športnih dejavnosti (Laycock et al., 2001). Večina študij s področja življenjskega sloga poroča le o povezavi med simptomi UI in življenjskim slogom in ne ocenjuje dejanskega vpliva ukrepov na UI. Le nekaj študij je dejansko ocenjevalo vpliv spremenjenega življenjskega sloga na UI.

Namen prispevka je predstaviti posamezne ukrepe za spremembo življenjskega sloga pri osebi z UI, opisati možen mehanizem delovanja na UI in podati znanstvene dokaze o spremembi življenjskega sloga na zmanjšanje simptomov UI.

## SPREMEMBA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA

Osebe s simptomi UI pogosto omejijo **vnos tekočin**, z namenom, da bi zmanjšale svoje težave. Zaradi zmanjšanja vnosa tekočine se lahko poveča možnost nastanka okužb sečil (predvsem pri osebah z dejavniki tveganja), poslabša se zaprtje, pojavijo se bolečina med uriniranjem in poslabšajo nekateri simptomi spodnjih sečil (Norton, 1986). Priporočena dnevna količina zaužite tekočine je med 1000-1500 ml (Valtin, 2001). Pri tem je potrebno upoštevati, da so potrebe po zaužiti tekočini odvisne od zdravstvenega stanja posameznika, temperature okolja in od telesne dejavnosti. Predlagajo, da bi bilo boljše merilo hidriranosti dnevna količina izločenega urina, ki naj bi bila pri odrasli osebi približno 1500 ml (Burns, 1992). Strokovnjaki so zaključili, da ima vnos tekočine majhen vpliv na patogenezo UI in da se zmanjšanje vnosa tekočine priporoča le osebam, ki uživajo velike količine tekočin (Hay-Smith et al., 2009).



Osebam se običajno svetuje zmanjšanje vnosa **kofeina** in **alkohola**, ker imata oba diuretični učinek in naj bi vplivala na povečanje aktivnosti detruzorja in zmanjšanje napetosti v zunanjem uretralnem sfinktru (Creighton, Stanton, 1990). Podatki o vplivu kofeina na UI so si nasprotujoči (Hay-Smith et al., 2009). Medtem, ko večje presečne študije s pomočjo anket niso pokazale povezave, rezultati manjših kliničnih študij nakazujejo, da zmanjšanje vnosa kofeina izboljša simptome UI. Glede na trenutne dokaze se osebam s simptomi inkontinence priporoča zmanjšanje vnosa kofeina. Glede uživanja alkoholnih pijač, velika presečna študija ni pokazala povezave med uživanjem alkohola in UI (Dalosso, 2003).

Rezultati študije so pokazali povezavo med **gaziranimi pijačami** in simptomatiko sečnega mehurja (Dalosso, 2003). Zato strokovnjaki v svojih priporočilih, kot del obravnave oseb z čezmerno aktivnim sečnim mehurjem in stresno UI svetujejo zmanjšanje pitja gaziranih pijač (Hay-Smith et al., 2009).

O vplivu **kajenja** na UI ni zaslediti nobene randomizirane kontrolirane študije. Prav tako ni študij, ki bi ugotavljale učinke prenehanja kajenja na UI. Ne glede na dokaze, strokovnjaki priporočajo, da je potrebno osebi z UI, kot del ukrepov za zdrav življenjski slog, razložiti vpliv kajenja na mehanizem kontinence (močan in pogost kašelj, anti-estrogenski učinek, ovirana sinteza kolagena) (Tampakoidis et al., 1995). Poleg tega je prenehanje kajenja pomembno za izboljšanje splošnega zdravstvenega stanja, kot tudi za zmanjšanje možnosti nastanka stresne UI (Hay-Smith et al., 2009).

**Zaprtje** lahko vpliva na mehanizem kontinence na več načinov. Impaktiran rektum lahko pritiska na uretro, lahko povzroči zunanjo obstrukcijo in zato ovirano uriniranje, oziroma stalen pritisk na sečni mehur, kar ima lahko za posledico urgenco (Cardozo et al., 2002). Impaktirano blato lahko raztegne medenično dno, inhibira kontrakcijo mišic medeničnega dna in tako povzroči UI. Poleg tega kronično zaprtje s ponavljajočim, dolgim napenjanjem med odvajanjem blata lahko poškoduje pudendalni živec, kar lahko vodi v nevropatijo in disfunkcijo in tako povzroči UI (Bump, Norton, 1998). Obstajajo nekateri dokazi, da je kronično napenjanje ob odvajanju blata dejavnik tveganja za nastanek UI (Hay-Smith et al., 2009). V literaturi ni zaslediti nobene randomizirane kontrolirane študije, ki bi ugotavljala vpliv izboljšanja zaprtja na UI. Pomembna informacija o samopomoči pri osebah z UI so ukrepi za zmanjšanje zaprtja. Tovrstne informacije morajo vsebovati navodila o zdravih

navadah za zdravo črevo in nasvete v zvezi s pravilno tehniko odvajanja blata, vajami ter zdravo dieto. Cilj teh ukrepov je zmanjšanje zaprtja, iztrebljanje blata z minimalnim naporom, ter popolnoma izpraznjene črevesa. Kot del zdravljenja, so včasih potrebna tudi odvajala. Pri osebah s težavami pri odvajanju blata, je potrebno oceniti vzorec defekacije (položaj telesa in mišično aktivnost med odvajanjem) (Markwell, Sapsford, 1995). Za oceno prosimo osebo, naj na stolu zavzame tak položaj, kot ga ima navadno med odvajanjem blata. Terapevt položi eno roko na stranski del trebuha v višini pasu, drugo pa suprapubično, na spodnji del trebuha. Oseba naj v tem položaju simulira odvajanje blata. Če je vzorec neustrezen, ga skušamo popraviti glede na priporočila v tabeli 1 (Chiarelli, Markwell, 1992).

Tabela 1: Pravi in nepravilni vzorec odvajanja blata (Chiarelli, Markwell, 1992).

<b>Položaj bolnika sedečega na stolu</b>	<b>Pravilen odziv</b>
<i>Položaj</i>	
• Rok	Podlahti počivajo na stegnih
• Nog	Kolki so nižje od kolen, pete dvignjene od tal
• Hrbtenice	Nagib trupa naprej, z ohranjenimi fiziološkimi krivinami hrbtenice
<i>Mišična aktivnost</i>	
• V pasu	Pas se razširi
• V spodnjem delu trebuha	Trebuh se izboči
• Zadnjika	Zadnjik se odpre
<i>Dihanje</i>	Globoko, bazalno, preponsko dihanje, trebušna prepona je spuščena
<b>Položaj bolnika sedečega na stolu</b>	<b>Nepravilen odziv</b>
<i>Položaj</i>	
• Rok	Katerikoli drug položaj
• Nog	Kolki so višje od kolen, stopala se ne dotikajo tal ali niso plosko na podlagi

• Hrbtenice	Nagib medenice nazaj, usločena drža
<i>Mišična aktivnost</i>	
• V pasu	Ni spremembe, ali se pas zoži
• V spodnjem delu trebuha	Ni sprememb, ali navznoter uvelčen trebuh
• Zadnjika	Zadnjik se krči, pomakne navznoter ali zapre
<i>Dihanje</i>	Ni bazalne razširitve prsnega koša, trebušna prepona je visoko

Za starejše in za osebe z znaki prizadetosti je potrebno položaj za odvajanje blata še dodatno prilagoditi.

S pravilnim položajem in aktivacijo ustreznih mišic, želimo zmanjšati čezmerno napenjanje ob odvajanju in zagotoviti popolno izpraznitev črevesa. Z zapletenim vsklajevanjem aktivnosti mišic trupa, ki mu pravimo “brace and bulge”, kar bi pomenilo “napni in izboči”, se doseže povečan pritisk v trebušni votlini, ki je pomemben pri odvajanju blata. Z navodilom “napni in izboči” dosežemo zadrževanje diha, spust trebušne prepone, razširitev stranskega dela pasu z izbočenjem spodnjega dela trebuha. Istočasno pride do spusta mišic medeničnega dna, izometrične aktivacije mišic pubo-ilio in ishicoccygeus, kar nudi oporo danki. Naprej nagnjen položaj trupa povzroči, da se tudi trebušna vsebina pomakne naprej (Markwell, Sapsford, 1998). S trebušno prepono izveden pritisk navzdol, potisne spodnji del trebuha navzven in s tem se raztegne m. rectus abdominis. Mišica transversus abdominis, ki je glavna opora notranjim trebušnim organom prevzame težo, tako m. rectus abdominis omogoči izbočenje navzven. S tem, ko se trebuh izboči se m. puborectalis sprosti, analna odprtina se skrajša in razširi (Sapsford et al., 1996). Anorektalni kot se mora povečati. Izometrična kontrakcija m. rectus abdominis skupaj s trebušno prepono še poveča pritisk in omogoči iztis blata.

Čepenje preko straniščne školjke, namesto sproščene sedenja, lahko povzroči zmanjšanje pretoka urina (Yang et al., 2010) in možnost post-mikcijskega zaostajanja urina v sečnem mehurju (Moore et al., 1991). Zato je potrebno ženskam svetovati, naj na straniščni školjki sedijo sproščeno, naj si

vzamejo dovolj časa, naj ne hitijo in naj sečni mehur popolnoma izpraznijo.

**Debelost** je neodvisen dejavnik za nastanek UI (Hay-Smith et al., 2009). Povečana telesna teža, pri debelih ljudeh poveča pritisk v trebušni votlini in v sečnem mehurju. To pa je vzrok za pritisk navzdol, na medenično dno, kar povzroči napetost, razteg in oslabeitev mišic, vezivnega tkiva in živcev medeničnega dna. Znano je, da večja izguba teže (zmanjšanje indeksa telesne mase za 15 do 20) pri zelo debelih ženskah, znatno zmanjša simptome inkontinence (Hay-Smith et al., 2009). Obstajajo tudi dokazi, da zmerno zmanjšanje telesne teže pri zmerno debelih ženskah vpliva na zmanjšanje simptomov urinske inkontinence (Hay-Smith et al., 2009). Kot del začetne obravnave oseb z UI, bi bilo potrebno zabeležiti telesno višino in telesno težo pri vseh posameznikih in vključiti svetovanje o neželenih vplivih debelosti na nadzor sečnega mehurja. Glede na trenutne dokaze bi lahko bilo vzdrževanje primerne telesne teže v mladosti pomemben dejavnik pri preprečitvi UI.

Strokovnjaki domnevajo, da nekatere vrste **telesne vadbe in težko delo** povzročajo prekomerno in ponavljajoče povečanje pritiska v trebušni votlini, kar lahko prispeva pri razvoju UI. Vendar trenutno ni dokazov, da naporna vadba povzroči UI (Hay-Smith et al., 2009). Obstajajo nekateri podatki, ki sugerirajo, da so ženske, ki opravljajo težko fizično delo morda bolj nagnjene k prolapsu medeničnih organov in/ali UI (Kruger et al., 2007; Larsen, Yavorek, 2007). Zdravstveni delavci osebam z UI in tistim po operaciji prolapsa svetujejo omejitve telesne dejavnosti in težkega dvigovanja, vendar ni znanstvenih dokazov, da bi to izboljšalo izid operativnega zdravljenja.

V začetnem delu obravnave žensk z UI, bi bilo potrebno analizirati aktivnosti, s katerimi se ženska ukvarja; skrb za otroke, starejše in prizadete osebe, opravljanje poklica, pri katerem dviguje težka bremena in telesna dejavnost v prostem času, ki zahteva balistično gibanje (košarka, aerobika, dvigovanje uteži). Osnovno načelo je, da je potrebno z aktivnostjo, ki povzroča nehotno uhajanje urina prenehati, da se zdravljenje lahko nadaljuje. Zaradi splošne koristi, ki jo prinaša redna telesna vadba na številne telesne funkcije (osteoporoza, debelost, srčno-žilne bolezni, sladkorna bolezen) pacientu težko svetujemo, naj zaradi težav s stresno UI, opusti vadbo (Bouchard, 1993). Nekateri (Mantle, 2004) predlagajo, naj pacient ob začetku zdravljenja opusti dejavnosti, ki povzročajo uhajanje urina. Njegova ponovna sposobnost udeleževanja v tej dejavnosti je lahko objektivni pokazatelj izboljšanja simptomov UI.

Obstaja tudi možnost, da si osebe izberejo telesno dejavnost, ki ne povzroča uhajanja urina ali vsaj spremeni in prilagodi njeno izvajanje, in da pred in med aktivnostjo, ki povzroča uhajanje, zavestno aktivirajo mišice medeničnega dna (npr. pred dvigom uteži) in s tem preprečijo uhajanje urina. Predhodno zavestno aktivacijo mišic medeničnega dna ob telesnem naporu (Mantle, 2001) imenovano "the knack" (Miller et al., 1998) mora oseba uporabiti tudi pred kašljanjem in kihanjem, smejanjem ali usekovanjem. V začetni del obravnave žensk z UI je potrebno uvrstiti tudi učenje pravilne tehnike dvigovanja bremen. Potrebno je poudariti, da je pred dvigom potrebno aktivirati m. transversus abdominis in mišice medeničnega dna, z namenom stabilizacije hrbtenice in preprečiti spust presredka (Sapsford, 2004).

Ena izmed metod samopomoči, ki jo navajajo ženske z UI je tudi **sprememba v telesni drži**. Pred kašljanjem ali kihanjem je običajno dovolj časa, da ženske prekrižajo noge ali uporabijo kak drug podoben gib. Dokazi ene študije, sicer izvedene v laboratoriju, kažejo, da je bilo pri osebah z UI, ki so pred kašljanjem prekrižale noge in se nagnile naprej, uhajanje urina znatno manjše (Norton, Baker, 1994).

Znani so še drugi ukrepi za zdrav življenjski slog pri osebah z UI, ki jih svetujejo različni profili zdravstvenih delavcev, najdemo pa jih tudi v različnih javnih občilih. Ukrepi, kot so: zdravljenje alergij in kašlja, zmanjšanje stresa, izogibanje tesnim oblekam, uporaba sobnega stranišča, nošenje bombažnega spodnjega perila, zmanjšanje oteklin v spodnjih udih, večja spolna aktivnost, sicer lahko koristijo, vendar pa ni dokazov, ki bi podpirali uporabo teh ukrepov pri UI (Hay-Smith et al., 2009). Te ukrepe podpirajo zgolj anekdote.

## ZAKLJUČEK

Ne glede na dejstvo, da so trenutno znanstveni dokazi o vplivu spremembe življenjskega sloga na simptome UI omejeni, strokovnjaki priporočajo, da morajo vse osebe z UI biti poučene o naravi bolezni in pomembnosti opustitve nekaterih navad in razvad ter o tem, kako naj modificirajo določene aktivnosti, da se izognejo povečanemu pritisku na medenično dno. Glede na trenutne dokaze so med najpomembnejšimi ukrepi vzdrževanje zdrave telesne teže, izogibanje zaprtju ter zmanjšanje vnosa gaziranih pijač in kofeina.

---

## LITERATURA

1. Bouchard C, Shepard RJ, Stephensen T. Physical activity, fitness, and health. Consensus statement. Human Kinetics, Champaign, IL.
2. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1998; 25: 723-746.
3. Burns D. Working up a thirst. *Nurs Times.* 1992; 88: 44-45.
4. Cardozo L, Staskin D, Kirby M, eds. *Urinary incontinence in primary care.* Oxford: Isis Medical Media, 2002.
5. Chiarelli P. Lifestyle interventions for pelvic floor dysfunction. In: Bø K, Berghmans B, Mørkved S, Van Kampen M, eds. *Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice, Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone Elsevier.* 2007: 147-59.
6. Chiarelli P, Markwell S. *Let's get things moving.* Sydney: Gore & Osment, 1992: 56-60.
7. Creighton S, Stanton S. Caffeine: does it affect your bladder? *Br J Urol.* 1990; 66: 613-614.
8. Dalosso H, McGrother C, Matthews RJ, et al. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder and stress incontinence: a longitudinal study in women. *Br J Urol Int.* 2003; 92: 69-77.
9. Hay-Smith J, Berghmans B, Burgio K et al. Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. *Incontinence, 4th ed.* Paris: Health publications Ltd. 2009: 1025-1120.
10. Kruger JA, Dietz Hp, Murphy BA. Pelvic floor function in elite nulliparous athletes. *Utrasound Obstet Gynecol.* 2007; 30: 81-85.
11. Laycock J, Standley A, Crothers E, et al. Clinical guidelines for physiotherapy management of females aged 16-65 with stress urinary incontinence. London: CSP, 2001: 19-22.
12. Larsen WI, Yavorek T. Pelvic prolapsed and urinary incontinence in nulliparous college women in relation to paratrooper training. *Int Urogynecol J.* 2007; 18: 769-771.
13. Norton PA, Baker JE. Postural changes can reduce leakage in women with stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1994; 84: 770-774.
14. Markwell S, Sapsford R. Physiotherapy management of obstructed defaecation. In: Sapsford R, Bullock-Saxton J, Markwell S, eds. *Women's health, a textbook for physiotherapists.* London: W B Saunders, 1998: 383-407.
15. Mantle J. Urinary function and dysfunction. In: Mantle J, Haslam J, Barton S, eds. *Physiotherapy in obstetrics and gynaecology, 2nd ed.* London: Butterworth Heinemann, 2004: 333-82.

16. Mantle J. Physiotherapy for incontinence. In: Cardozo L, Staskin D, eds. *Textbook of female urology and urogynecology*. London: Isis Medical Media Ltd., 2001: 351-358.
17. Miller JM, Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. A pelvic muscle precontraction can reduce cough related urine loss in selected women with mild SUI. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46: 870-874.
18. Moore KH, Richmond DH, Sutherst JR, Imrie AH, Hutton JL. Crouching over the toilet seat: prevalence among British Gynaecological outpatients and its effect upon micturition. *Br J Obstet Gynaecol*. 1991; 98: 569-72.
19. Norton PA, Baker JE. Postural changes can reduce leakage in women with stress urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1994; 84: 770-4.
20. Sapsford R, Markwell S, Richardson CA. Abdominal muscles and the anal sphincter, their interaction during defaecation. *Proceedings of the Australian Physiotherapy Association Congress, Brisbane, 1996*; 103-4.
21. Sapsford RR. Rehabilitation of pelvic floor muscles utilizing trunk stabilization. *Man Ther*. 2004; 9: 3-12.
22. Tampakoidis P, Tantanassis T, Grimbizis G, Papaletsos M, Mantalenakis S. Cigarette smoking and urinary incontinence in women – a new calculative method of estimating the exposure to smoke. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995; 167: 1213-1218.
23. Valtin H. Drink at least eight glasses of water a day. Is there scientific evidence for 8X8 per day. *Am J Obstet Gynecol Physiol*. 2001; 283: 903-1004.
24. Yang KN, Chen SC, Chen SY et al. Female voiding postures and their effects on micturition. *Int Urogynecol J*. 2010; 21: 1371-1376.

---

# ČREVESNE STOME

---







---

# ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA OPERIRANEGA ZARADI KRONIČNE VNETNE ČREVESNE BOLEZNI

(PRIKAZ PRIMERA)

## NURSING CARE OF PATIENT HAVING SURGERY AS A RESULT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (CASE REPORT)

---

*Irena – Felicita Nadižar, dipl.m.s.  
Univerzitetni klinični center Ljubljana  
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo  
irena.felicita@gmail.com*

### IZVLEČEK

Kronične vnetne črevesne bolezni zaradi narave bolezni negativno vplivajo na kakovost življenja posameznika. Ker prizadenejo ljudi v najbolj produktivnem življenjskem obdobju, poleg posledic na fizičnem področju, lahko prinesejo spremembe tudi na duševni in socialni ravni. Kirurško zdravljenje je rezervirano predvsem za zaplete bolezni. Zdravstvena nega bolnika po operaciji, poleg upoštevanja načel kompetentne zdravstvene nege kirurškega bolnika, zahteva tudi dodatna znanja s področja prehranske podpore, nege fistul, oskrbe stome, učenja bolnika ter ciljne pomoči bolniku pri sprejemanju bolezni.

### KLJUČNE BESEDE

Morbus Crohn, ulcerozni kolitis, zdravstvena nega, fistula, stoma

### ABSTRACT

Chronic inflammatory bowel disease because of the nature of the disease affect the quality of human life. Since the affected people in the most productive period of life, in addition to the effects of the physical area, can also bring changes in mental and social level. Surgical treatment is reserved mainly for complications of the disease. Health care of patient after surgery, in addition to the principles of competence in surgical patient care requires additional knowledge of nutritional support, care fistulas, stoma care, teaching the patient and patient – targeted a aid in the adoption of the disease.

## **KEY WORDS**

## UVOD

Kronične vnetne črevesne bolezni (v nadaljevanju KVČB) zaradi simptomov, poteka in doživljenjskega trajanja bolezni prizadenejo fizični, psihični in socialni vidik človekovega udejstvovanja. Ker obolevajo predvsem mladi ljudje, v obdobju aktivnega življenja, bolezen zaradi pogostih zagonov ter večkratnih hospitalizacij, lahko ohromi tudi karierni razvoj posameznika ter aktivno družbeno življenje. Zaradi zapletov bolezni, ki lahko segajo na najintimnejša področja človeka, je lahko zaradi znižane samopodobe prizadeta tudi spolna aktivnost posameznika.

Večina bolnikov z KVČB slej ko prej potrebuje kirurško zdravljenje. Zdravstvena nega bolnika, ki je operiran zaradi KVČB, temelji na izhodiščih, ki zagotavljajo varno in strokovno zdravstveno nego kirurškega bolnika. Dejstvo je, da bolnik operiran zaradi KVČB ni le kirurški bolnik, pač pa tudi posameznik, ki ima poleg standardnih negovalnih problemov po operativnem posegu, lahko še naslednje negovalne probleme:

- nevarnost spremenjene prehranjenosti (malabsorpcija, zaradi neustreznega prehranjevanja, povečana izguba hranilnih snovi in povečane kalorične potrebe);
- nevarnost za prekinjeno kontinuiteto kože (zaradi pogostih odvajanj ter tudi izven črevesnih simptomov Crohnove bolezni);
- nevarnost inkontinence blata (zaradi prizadetosti perianalnega področja in predela rektuma);
- nevarnost sprememb v doživljanju samopodobe (zaradi simptomov bolezni, zaradi prisotnosti stome ali inkontinenčnih pripomočkov, zaradi strahu pred zaudarjanjem);
- pomanjkanje znanja (v zvezi s samooskrbo po operaciji, samooskrbo stome, zaščito prizadete kože);
- možnost zmanjšanja spolne aktivnosti (zaradi spremenjene samopodobe, prisotnosti fistul v perianalnem področju ali rectovaginalne fistule, zaradi impotence, bolečin);
- nevarnost socialne izolacije (izogibanja socialnim stikom zaradi neprijetnih simptomov: driska, napenjanje, inkontinenca ter zaradi odsotnosti z dela in aktivnega družbenega življenja; nerazumevajoče okolje).

## OSNOVNE ZNAČILNOSTI KRONIČNIH VNETNIH BOLEZNI

Med KVČB uvrščamo dve obliki kroničnega vnetja: ulcerozni kolitis (UK) in Crohnovo bolezen (CB). Za obema oblikama pogosteje obolevajo ljudje v mestnih okoljih, intelektualci, pogosteje belci. Med spoloma ni večjih razlik. Incidenca obeh bolezní v svetu narašča, nekoliko hitreje incidenca CB. Za Slovenijo nimamo epidemioloških podatkov. Za obema oblikama KVČB obolevajo vse mlajši bolniki. Vrh pojavljanja UK je med 25-35 letom, Pri CB pa se prvi vrh obolevnosti pojavi med 15-25 letom starosti. Etiologija obeh bolezní ostaja nejasna. Incidenca se močno razlikuje med zemljepisnimi področji in različnimi prebivalci ter nakazuje vpliv okolja. Obstajajo nedvoumni dokazi, da so v patogenezi KVČB poleg dejavnikov okolja zelo pomembni genetski dejavniki. Neposredni sorodniki bolnika s CB imajo celo 13-krat večje tveganje, da bodo tudi sami zboleli, kot je primer v kontrolni skupini (Ocepek, Skok, 2006).

## ULCEROZNI KOLITIS

Vnetje zajema sluznico in podsluznično plast. Pri večini bolnikov z UK poteka bolezen kronično z obdobji akutnih zagonov vnetja in remisij. Praviloma se začne v danki in se nato v različnem obsegu, brez prekinitve, razteza navzgor po širokem črevesju. Najpogostejši znaki so krvavkaste driske, bolečine v trebuhu, krvavitev iz zadnjika, hujšanje, napenjanje, bruhanje, povišana temperatura. Redkeje se bolezen začne brez sprememb v odvajanju blata, pač pa z vnetjem sklepov, iritisom, jeterno okvaro ali kožnimi spremembami.

Vnetne spremembe so lahko omejene le na danko, levi del debelega črevesa (levostranski kolitis) ali pa zajamejo celotno debelo črevo, takrat govorimo o pankolitisu. Bolniki s pankolitisiom imajo pogosteje težjo klinično sliko. Zaradi poteka bolezní je kakovost njihovega življenja znatno okrnjena. Pri njih so pogostejši življenjsko ogrožujoči akutni črevesni zapleti, kot so obilna krvavitev, toksična razširitev črevesa - toksični megakolon ali perforacija. Tudi tveganje za RDČD je večje. Tveganje za raka se pri pankolitisu začne po 8 -10 letih bolezní in s časom trajanja bolezní narašča (Ocepek, Skok, 2006).

## MORBUS CROHN

Crohnova bolezen, imenovana tudi Crohn-Lesniowski-jeva bolezen ali "Charlotte Forditis" morbus Lesniowski - Crohn, granulomatous colitis ali regionalni enteritis je nespecifično kronično transmularno vnetje prebavil ljudi. Prizadene predvsem distalne predele tankega in debelega črevesa, vendar pa se lahko pojavi v katerem koli delu prebavne poti od ust do

zadnjika in v perianalni regiji. Je neozdravljiva bolezen in močno zmanjša kakovost življenja obolenih. Glede na lokalizacijo ločimo več oblik bolezni in sicer *ileokolično*, ta prizadene končni del tankega in začetni del debelega črevesa (terminalni ileum in cekum, 50%); *ileitis terminalis*, pri tem je prizadet končni del tankega črevesa (30%); *Crohn colitis* prizadene debelo črevo (20%). Zelo redko se pojavi bolezen v požiralniku in želodcu.

Etiologija ni natančno poznana, zelo verjetno gre za vpliv več dejavnikov, kot so vplivi okolja, dednost, življenjske navade, disfunkcija imunskega sistema in okužbe.

Prizadetost tankega črevesa se kaže z znaki malabsorpcije, vključno z driskami, bolečinami v trebuhu, upočasnjeno rastjo, izgubo telesne teže in anoreksijo. Znaki prizadetosti debelega črevesa se klinično ne razlikujejo od znakov pri ulceroznem kolitisu, zato je za postavitev diagnoze ključna natančna diagnostika. Narava driske je odvisna od dela obbolelega črevesa. Pri *ileitis terminalis* so driske zelo volumske (vodene), pri *Chron colitisu* pa majhnega volumna, zelo pogoste (tudi do 30 - krat dnevno) in neredko tudi ponoči. Možna je tudi nezmožnost zadrževanja blata. Porušeno ravnotežje bakterijske flore v tankem črevesju je pogost vzrok vetrovom in flatulenci, bolečinam v trebuhu in smrdečemu blatu. Prizadetost perianalne regije se kaže s perirektalno bolečino, bolečimi defekacijami in prisotnostjo krvi ob odvajanju. Pri fistulah in perianalnih abscesih se v napredovali obliki perianalne bolezni pojavi inkontinenca.

Poleg prizadetosti prebavne cevi so pogosto prisotni tudi znaki in simptomi izvenčrevesne oblike bolezni. Pri bolnikih s CB relativno pogosto najdemo uveitis in episkleritis, z možno posledično izgubo vida. Bolezen je povezana tudi z vrsto revmatičnih obolenj, na koži se najpogosteje kaže z rdečimi izpuščaji v lehah (eritema nodosum) in pustulami (pyoderma gangrenosum). Bolniki imajo povečano tveganje za pojav globoke venske tromboze in pljučnih embolizmov (Pintar, 2010).

## FISTULE PRI CB

Transmularna narava vnetja pri CB omogoča nastanek fistul. Fistula je ne-normalna povezava med črevesjem in kožo, med črevesjem in abscesno votlino ali med črevesjem in ostalimi votlimi strukturami (mehur, nožnica, sečevod, sečnica, deli tankega in debelega črevesja). Pri 35% bolnikov s CB se razvijejo fistule, od tega jih ima kar 20% perianalne fistule. Simptomi so odvisni od lege fistul ter velikosti črevesnega obvoza. Rektovaginalne in rektoanalne fistule najdemo pri aktivni CB rektuma. Klinično bolnice opazajo prehod blata in plinov skozi nožnico, imajo perianalne bolečine in

disparevnijo. Pri enterovezikalnih in enterouretralnih fistulah imajo bolniki pogosto vnetja sečil, pnevmaturijo, disurijo in opažajo blato v urinu. Fistule se redko zacelijo same, v večini primerov je potreben kirurški poseg ter sočasno zdravljenje z imunosupresivi, antibiotiki ali anti – TNF zdravili (Smrekar, 2010).

## **ZDRAVLJENJE KRONIČNIH VNETNIH ČREVESNIH BOLEZNI**

Cilj zdravljenja bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo je doseči klinično remisijo bolezni in jo nato vzdrževati. V klinični praksi se pri zdravljenju bolnikov s KVČB običajno poslužujemo "step-up" pristopa, s tem ko dodajamo manj agresivnemu neuspešnemu zdravlilu bolj agresivno. Standardno zdravljenje vključuje: 5-ASA (aminosalicilate, kortikosteroide, imunomodulatorje, antibiotike): predvsem za zdravljenje fistulizirajoče CB (Pernat, 2010).

Z napredkom medikamentoznega zdravljenja se je kirurško zdravljenje CB v zadnjih desetletjih spremenilo. Zdravljenje in spremljanje je v rokah internistov gastroenterologov. Na osnovi randomiziranih študij so ugotovili, da je smiselno resecurirati le del obolelega črevesja, ki povzročajo simptome in zahtevajo kirurško zdravljenje, ostalega obolelega dela pa ne resecurirajo, da se izognejo sindromu kratkega črevesa.

Za kirurško zdravljenje UC pa se je, kot standardni poseg v zadnjih dveh desetletjih, uveljavila proktokolektomija z ilealnim rezervoarjem in anastomozo z anusom, ker omogoča bolniku normalen telesni videz in ohranja normalno pot izločanja, čeprav je kvaliteta življenja bolnikov primerljiva z bolniki z ileostomo. Pri bolnikih, pri katerih medikamentozno zdravljenje ni uspešno in je zaradi perforacije debelega črevesa, fulminantnega ali toksičnega kolitisa potrebna operacija, kirurgi naredijo subtotalno kolektomijo z ileostomo. Po dokončani patohistološki diagnozi, ko izključijo CB in se bolnikovo stanje stabilizira, se odločijo za koloproktomijo z ilealnim pouchem in analno anastomozo ali permanentno ileostomo (Jelenc, 2010).

## **PRIKAZ PRIMERA**

V nadaljevanju sledi prikaz primera bolnice s CB, ki je bila spremljana od sprejema do odpusta v domače okolje. Sprejeta je bila na klinični oddelek zaradi planiranega operativnega posega na črevesju.

Podatki so bili pridobljeni na podlagi individualnega pogovora z bolnico, pregleda dokumentacije, z izvajanjem zdravstvene nege in opazovanjem.

Pri bolnici je bila ugotovljena CB že pred 27 leti, v obdobju obravnave pa

je bolezen prizadela predvsem ileocekalni del in rektum, kjer se je pojavila tudi rektovaginalna fistula in številne fistule perianalne.

Zaradi poteka bolezni, postoperativnih zapletov in specifičnih potreb bolnice, je bila za vrnitev v domače okolje, izjemno pomembna tudi kompetentna zdravstvena nega.

## **SPREJEM BOLNICE IN ZDRAVSTVENA NEGA V PREDOPERATIVNEM OBDOBJU**

48-letna gospa je bila na klinični oddelek sprejeta iz regionalne splošne bolnišnice, kjer je bila hospitalizirana zaradi zloma kolka. Sprejeta je bila z naslednjimi diagnozami:

- Crohnova bolezen
- Fistulae enterocolicae et perianalis
- St. po frakturi in operaciji desnega kolka

Gospa živi s sinom in mamo, ima univerzitetno izobrazbo in je zaposlena.

Gospa ima znano CB že iz mladosti, zadnjih 17 let so se ji večkrat pojavljale in izginjale perianalne fistule. V zadnjih 15 letih pacientka ni imela kontrolnih pregledov pri gastroenterologu.

Leta 2009 je ob čustvenem pretresu prišlo do poslabšanja bolezni, pojavljala so se stalna gnojenja v perianalni regiji. Medrol je jemala neredno. Med hospitalizacijo zaradi zloma kolka se je stanje znova poslabšalo, pogosto je odvajala sluzavo in tekoče blato, pojavile so se fistule. Pojavile so se tudi težave z zadrževanjem blata. Blato je odvajala tudi do 15 - krat na dan, bilo je tekoče in sluzavo. V zadnjem času je shujšala 6 kg.

Ob sprejemu je bila gospa kahetična (telesna teža: 43 kg, telesna višina: 172 cm, BMI: 15), viden je bil edem stopal. Perianalno in v celotnem interglutealnem predelu je bila koža izjemno otekla, vidne so bile številne fistule, skozi katere je iztekalo blato, ene so bile blizu analne odprtine, druge oddaljene, tretje že zabrazgotinjene. Gospa je bila inkontinentna, zato je imela plenično predlogo, pri menjavi je odklanjala pomoč. Sprejela je mazilo za zaščito kože. Bila je zgovorna, sodelovalna in hkrati zaskrbljena zaradi svojega stanja. Želela je biti čimprej operirana. Pred operacijo je uživala tekočo črevesno dieto (po navodilih dietetika, pa tudi hrano po želji), poleg tega je imela še parenteralno prehrano z dodatki.

V predoperativnem obdobju so bili izpostavljeni predvsem sledeči negovalni problemi:



- okvara celovitosti tkiva (številne fistule perianalno, poškodovana in otekla okolna koža),
- nevarnost nastanka razjede zaradi pritiska,
- zavračanje pomoči negovalnega osebja,
- pomanjkanje znanja,
- nevarnost motenj v telesni samopodobi,
- možnost okužbe,
- strah pred sedanjim in bodočim stanjem,
- neustrezna prehranjenost.

Slaba prehranjenost z izgubo telesne teže, pomanjkanje beljakovin in značilnega pomanjkanja vitaminov, mineralov in elementov v sledovih je pogosta v akutni fazi CB. Anoreksija, povečana izguba skozi črevo in sistemsko vnetje so najpogostejši vzrok nedohranjenosti. Maldigestija se pri bolnikih s CB pojavi zaradi prizadetosti črevesne sluznice in razvoja enteroenteričnih fistul, pri čemer zaužita hrana ne pride v stik z encimi in prebavnimi sokovi, ki so potrebni za ustrezno prebavo.

Podhranjenost negativno vpliva na klinični potek bolezni, na pogostost pooperativnih zapletov in na stopnjo pooperativne umrljivosti (Cerović et al., 2010).

Zaradi slabega prehranskega stanja so želeli kirurgi operativni poseg odložiti, a so se zanj odločili zaradi izrazitih težav bolnice, njene želje po čimprejšnjem posegu in rehabilitaciji.

Pred operativnim posegom je bolnica opravila tudi pogovor s kirurgom, ki jo je seznanil z dejstvom, da bo po operaciji verjetno imela trajno stomo. Bolnica se je s posegom strinjala.

## **POOPERATIVNO OBDOBJE, ZAPLETI, VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE**

Gospa je bila operirana v ginekološkem položaju. Narejena je bila amputacija rectuma. Glede na zelo hudo vnetje, se kirurg ni odločil za šivanje kože, temveč je z nekaj šivi le približal mišičje medeničnega dna. Podkožje in koža sta ostali odprti, vstavljen je bil Mikuličev tampon, ter narejena terminalna sigmostoma.

Operacija: Ileocekalna resekcija, APE, sigmostoma, tampon.

Gospa je imela vstavljen centralni venski kateter, stalni urinski kateter ter epiduralni kateter, preko katerega je prejemale analgetično mešanico. Pre-

jemala je popolno parenteralno prehrano z dodatki in zaradi anemije tudi koncentrirane eritrocite. Na trebuhu je bila medialno vidna operativna rana, vstavljen je bil abdominalni dren s serohemoragičnim izcedkom ter na mestu stome nameščena postoperativna vrečka. Zadaj je bil viden konec vstavljenega Mikuličevega tampona, prepojen s krvavo vsebino, na sakralnem predelu je bila opažena rdečina. Rdečina je bila zaščitena s hidrokoloidno oblogo. Bolnico smo vzpodbujali k obračanju ter nadzorovali. Zaradi nizkega krvnega tlaka (75/40) je prejela tudi Voluven.

**1. dan** po operaciji je bilo stanje bolnice stabilno, preko kolostome je 2 krat odvajala, prejela je parenteralno prehrano z dodatki (Kabiven peri + vitamin C + Soluvit + Addamel + Vitalipid + Dipetiven), ob tem pa tudi oralni prehranski dodatek.

**2. dan** po operaciji je bil odstranjen Mikuličev tampon, iz rane se je izcejel serozno krvav izloček, potrebne so bile večkratne preveze. Bolnica je bila zaspana, opažen je bil žolčen iztok po abdominalnem drenu, zato je bila gospa še enkrat operirana (Sutturæ ileoascendo anastomoze, lavage, bris, dren).

V naslednjih dneh je bilo stanje bolnice stabilno. Hranila se je parenteralno, blato je izločala preko stome, rdečina na sakralnem predelu je izzvenela. Bolnica je pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti potrebovala popolno pomoč, stalno opazovanje ter vzpodbujanje k obračanju.

**6. dan** po prvem operativnem posegu smo zaznali porast vnetnih parametrov in po nasvetu infektologa zamenjali antibiotično terapijo. Rana se je celila per primam, po abdominalnem drenu je bilo opaziti še minimalno seroznega izločka, vbodno mesto CVK –a je bilo brez posebnosti, zaradi bolečin je bil uveden nesteroidni analgetik v infuziji.

Ponoči je bil opažen odklon na psihičnem področju, saj je bolnica navajala različne strahove, bila je nesodelovalna. Tudi naslednji dan je bila bolnica med opravljanjem jutranje nege jokava, naveličana, pesimistična in pretirano zaskrbljena zaradi svojega stanja. Po naročilu zdravnika je prejela anksiolitik. Stanje se ni izboljšalo, zato po nasvetu psihiatra bolnica začne redno prejemati antidepresiv. Poleg tega smo vsi člani tima nudili bolnici veliko podpore, razumeli njeno psihično stanje ter ji pomagali pri sprejemanju trenutnega stanja. Bolnica je v kasnejših dneh postajala sodelovalna, občasno pa je bila še vedno brezvoljna in črnogleda. Opravila je daljši pogovor s kirurgom operaterjem in kliničnim psihologom, ki je ugotovil čustveno labilnost, jokavost, zaskrbljenost in anksioznost.

**8. dan** po operaciji je bilo pri oskrbi stome opaženo, da je ta ugreznjena

in da so okolni šivi popustili. Za oskrbo smo poleg podloge uporabili še zatesnitveni obroček, kasneje je kirurg naredil sekundarne šive kolostome.

**10. dan** po operaciji je bolnica iz rane perianalno pričela obilneje krvaveti, potrebne so bile večkratne preveze, ob prevezah vidni tudi koaguli. Kirurg je naredil hemostatski šiv ter tamponado, zaradi posledične anemije je bolnica prejela tudi svežo zmrznjeno plazmo in koncentrirane eritrocite.

**12. dan** po operaciji je bila bolnica vitalno stabilna, sodelovalna, psihično orientirana ter še delno odvisna pri opravljanju temeljnih življenjskih aktivnosti. Opravljen je bil ponovni pogovor glede oskrbe stome, gospa je bila preseljena iz enote za intenzivno nego na oddelek. V naslednjih dneh, pred odpustom je imela bolnica, po posvetu z dietetikom, možnost izbire hrane po želji. Pred odpustom je bil zaradi možnosti kritja defekta rane v perianalnem področju opravljen posvet tudi s kirurgom plastične kirurgije, vendar je gospa rekonstrukcijo zavrnila. Pred odpustom je bilo izvedeno še učenje za samooskrbo stome, podana so bila navodila glede oskrbe rane perianalno ter obveščena patronažna služba. Gospa je bila odpuščena 18. dan po operativnem posegu. Ob odpustu je bila vedrega razpoloženja, motivirana za samooskrbo in nadaljnjo rehabilitacijo. Težav s sprejemanjem stome ni imela. Prehranski status je bil še vedno slab, vendar je bilo po odpustu pričakovati izboljšanje. Svetovani so bili tudi oralni prehrabeni dodatki.

## VLOGA ZDRAVSTVENE NEGE V POSTOPERATIVNEM OBDOBJU:

- opazovanje: vsi postoperativni zapleti so bili zaznani zaradi natančnega in ciljnega opazovanja medicinskih sester (iztekanje žolčnega sekreta po abdominalnem drenu, dehiscenca šivov ob stomi in ugreznitev le te, krvavitev perianalno, anksioznost),
- pomoč pri samooskrbi (telesna nega, oblačenje, hranjenje...),
- ocena bolečine, aplikacija analgetikov ter opazovanje glede možnih zapletov v zvezi z epiduralnim katetrom,
- preprečevanje nastanka razjede zaradi pritiska oziroma uspešno saniranje le te,
- preprečevanje okužb (upoštevanje veljavnih standardov),
- zaradi slabega prehranskega statusa ciljno vzpodbujanje k hranjenju in uživanju oralnih prehrabnih dodatkov ter priprava paranteralnih raztopin,
- učenje bolnice za samooskrbo stome, svetovanje glede ostalih aktivnosti (prehrane ipd.),

- prepoznavanje odstopanj na psihičnem področju (zaradi številnih fistul perianalno prizadeta samopodoba, posledično odklanjanje pomoči pri negi, pretirana skrb zaradi odsotnosti z dela, nerealno pričakovanje hitrega okrevanja, pojav anksioznosti),
- motiviranje bolnice, vzpodbujanje ter pomoč pri soočanju s spremenjeno telesno podobo,
- oskrba ran ter ustrezna zaščita kože,
- dokumentiranje.

## ZAKLJUČEK

Iz prikaza primera je razvidna kompleksnost patofizioloških sprememb, ki jih prinaša Chronova bolezen.

Priprava na operativni poseg mora biti načrtovana. Nadzor, izvajanje postopkov in posegov v zdravstveni negi zahtevajo od medicinske sestre veliko strokovnega znanja, kajti prepoznati mora zaplete in nato ustrezno ukrepati. Zdravstvena nega po operaciji je kompleksna, saj mora medicinska sestra s svojimi aktivnostmi zaznati zaplete/odstopanja na fizičnem, psihičnem in socialnem področju posameznika.

Ker lahko zaradi zapletov in posledično operacije, ko bolnik postane stomist, pride do poslabšanja kvalitete življenja, je izjemnega pomena tudi to, da zna medicinska sestra ustrezno komunicirati, ugotavljati probleme in opraviti zdravstveno vzgojno delo. Le s kompetentno zdravstveno nego in dobro pripravo bolnika na življenje zunaj bolnišnice, lahko posamezniku s kronično vnetno črevesno boleznijo omogočimo kakovostno in aktivno bivanje.

---

## LITERATURA

1. Cerović O., Hren I., Knap B., Kompan L., Lainščak M. et. al. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovno\\_podrocje/javno\\_zdravje/petric/priporocila\\_za\\_prehransko\\_obravnavo.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovno_podrocje/javno_zdravje/petric/priporocila_za_prehransko_obravnavo.pdf) (04.01.2011).
2. Jelenc F., Kronične vnetne črevesne bolezni – kirurško zdravljenje. V: Diagnostika in zdravljenje bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo – ECCO priporočila (povzetki predavanj), Ljubljana, 14. september 2010. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2010: 40-2.

3. Ocepek A., Skok P., Kronične vnetne črevesne bolezni in rak debelega črevesa in danke. Zdrav. Vestnik, 2006; 75: Suppl II: 99-103.
4. Pernat C., Bolniki s KVČB: standardno zdravljenje V: Diagnostika in zdravljenje bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo – ECCO priporočila (povzetki predavanj), Ljubljana, 14. september 2010. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2010: 14.
5. Pintar T., Epidemiološke posebnosti operiranih bolnikov s Chronovo boleznijo v slovenski populaciji. V: Gastroenterolog, 2011.
6. Smrekar N., Obravnava posebnih primerov. V: Diagnostika in zdravljenje bolnikov s kronično vnetno črevesno boleznijo – ECCO priporočila (povzetki predavanj), Ljubljana, 14. september 2010. Ljubljana: Univerzitetni klinični center; 2010: 21-27.

---

# KONCEPT ZDRAVSTVENE NEGE PACIJENATA SA STOMOM

---

*Živka Madžić, dipl.mng,  
KCS Beograd  
stomasestre@yahoo.com*

## SAŽETAK

Kada sa pacijentu dijagnostikuje kancer on je tada fokusiran na svoju dijagnozu, operativni zahvat i razne vrste terapija koje bi u postoperativnom periodu mogao da prima. Mnogo manje pažnje pridaje samoj činjenici da će kao rezultat operacije biti kreirana stoma sa kojom će morat da provede ostatak života. Ironično ali stoma je tu kao rezultat operacije koja će ga podsećati na osnovnu bolest. Pacijentu je neophodno objasniti da na stomu treba da gleda kao na svojevrsan način terapije odnosno izlečenja. Stoma terapeuti imaju značajan uticaj na to kako će se pacijent i porodica prilagoditi novonastaloj situaciji.

Rehabilitacija je proces koji se kod pacijenata sa enterostomom može podeliti na tri stadijuma: Dijagnostika (od otkrivanja bolesti do hospitalizacije), Hirurška prosedura (od hospitalizacije do otpusta), Period oporavka (rehabilitacija nakon otpusta iz bolnice).

Dijagnostika se sastoji od primarne dijagnoze, potvrde verifikacije dijagnoze i odluke o daljem tretmanu i adekvatnog informisanja pacijenta.

Sam period hirurške intervencije je podeljen na preoperativnu pripremu, operativni zahvat i postoperativnu negu.

Rekonvalescentni period uključuje praćenje pacijenta sa enterostomom nakon otpusta, redovne lekarske kontrole, psihološku podršku i socijalnu adaptaciju.

Ovo je osnova procesa rehabilitacije. Pacijent treba da se adaptira na svoj novi izgled i novi način života. Primetili smo da su neki naši edukativni programi neodgovarajući i nisu sprovedeni u adekvatnom vremenskom periodu. Naši pacijenti mogu da nauče kako da neguju stomu pre nego što budu operisani. Problem koji se najčešće javlja je odbijanje pacijenta da bilo što uči vezano za negu stome u preoperativnom periodu. Pacijenti koji prihvate edukaciju mnogo se bolje snalaze u postoperativnom periodu.

Period rehabilitacije je individualan, zavisi od dosta faktora. Sama nega

stome nije komplikovana ali kao i svaka nova veština potrebno je vreme da se savlada. Mnogo veći problem predstavlja reintegracija pacijenta u socijalnu sredinu. U periodu rehabilitacije nameće se niz pitanja na koje pacijenti nemaju odgovor. Program rehabilitacije mora biti osmišljen tako da ohrabruje i podstiče pacijenta da se što je moguće ranije uključi u proces učenja.

---

# UTICAJ PREOPERATIVNOG OBELEŽAVANJA MESTA STOME NA POJAVU KOMPLIKACIJA U POSTOPERATIVNOM TOKU

---

*Dušica Biočanin, dipl.ms,  
KCS Beograd  
stomasestre@yahoo.com*

## SAŽETAK

Preoperativno obeležavanje stome je procedura koja se u svetu primenjuje duže vreme, kod nas tek odskoro. Mnogobrojne postoperativne komplikacije su povezane baš sa loše pozicioniranim stomama. Baš iz tog razloga se i javila potreba za preoperativnim obeležavanjem stoma.

Obeležavanje stome je preoperativni odabir mesta na abdomenu na kome će se formirati stoma. Odabir odgovarajućeg mesta za stomu je prvi korak u osiguranju da će pacijent imati optimalno kvalitetan život nakon operacije. Loše postavljena stoma može psihološki uticati negativno na pacijenta i izazvati nepotrebne probleme pacijentu. Obeležavanje mesta za stomu je potrebno u slučajevima kada je sigurno da će predstojeća intervencija potencijalno ili definitivno rezultirati kreiranjem stome. Generalno je prihvaćeno da je obeležavanje mesta za stomu obaveza stoma sestre koja je prošla odgovarajući trening i poseduje odgovarajuće znanje i veštine. Obeležavanje stome je važan deo preoperativne pripreme jer mesto na kome će biti kreirana stoma ima direktan uticaj na kvalitet života pacijenta i mogućnosti da se on brine o svojoj stomi.

Obeležavanje stome vrši stoma terapeut ili neka druga iskusna sestra koja je prošla odgovarajući trening i poseduje odgovarajuće znanje i veštine. Stoma terapeut mora da razume važnost individualnom pristupu pacijentu, identifikuje probleme koji bi mogli ometati proces obeležavanja stome, minimizira rizik postoperativnih komplikacija i osigura pacijentu da uživa u optimalnom kvalitetu života.

Važno je da imamo na umu da loše postavljena stoma može da izazove mnogo poteškoća i da ima negativan uticaj na psihološko i emotivno zdravlje pacijenta. Dobro pozicionirana stoma povećava nezavisnost pacijenta



u samonezi i omogućava mu da se bez većih problema vrati svojim svakodnim aktivnostima.

---

# ULOGA ZDRAVSTVENOG TEHNIČARA U IZVODJENJU EX TEMPORE BIOPSIJE KOD OPERACIJA KOLOREKTALNOG KARCINOMA

---

*Nenad Živanović, m.t.*

*Klinika za digestivnu hirurgiju*

*KCS Beograd*

*Koautori: Mitrović Tatjana, Bajić Dragan, Gligorov Slavica, Abramović Jelena,  
Marković Branka, Obradović Marija, Žižić Katarina  
stomasestre@yahoo.com*

*Biopsija ex tempore* je jedna od najtežih i najdelikatnijih patoloških procedura. Fiksiranje materijala se obavlja tačnim azotom ili elektronski, a preparati se boje najčešće hematoksilin-eozin(HE).

Čim se pacijent uvede u anesteziju uzimaju se uzorci tkiva i šalju patologu koji treba u toku 2-5 minuta da postavi dijagnozu bolesti. Laboratoriska obrada materijala traje 5-10 minuta. Obim i vrsta operacije, koja se zatim sprovodi zavisi od postavljene dijagnoze.

Ova dijagnostička procedura zahteva veliko iskustvo i znanje patologa kao i posedovanje sposobnosti za brzo donošenje odluke (zaključak).

Ex tempore dijagnostika treba da odgovori na tri osnovna pitanja:

- *da li je materijal dobar za dijagnostiku ili ne;*
- *da odredi adekvatnost hirurških granica i*
- *doneše zaključak o prirodi lezije(tumor-da ili ne;benigni ili maligni).*

Od materijala korišćenog za ex tempore analizu pripremaju se i trajni preparati. Njihovim pregledom kontroliše se postavljena dijagnoza.

## **Tehnika izdvodjenja radnje:**

- **Ledjenje tkiva:**

Određeno tkivo za biopsiju ex tempore se stavlja na hladan disk, koji se zatim stavlja u aparat za biopsiju ex tempore. Temperatura u aparatu je od -18°C do -23°C. Nakon ledjenja tkiva prave se preseći, koji se stavljaju na pločicu, sa jasno popunjenim imenom i prezimenom pacijenta.

- **Bojenje biopsije ex tempore po HE metodi:**

Započinjemo Formalinom koji fiksira presek(tkivo) za pločicu, istu ispiramo sa tekućom hladnom vodom i zatim pločicu ubacujemo u Hematoksin i Eozin boju, ispiramo višak boje tekućom vodom.

Provlačenjem pločice sa presekom kroz 96% i 100% alkoholom dehidraciju (visak vode) iz preseka, prosvetljujemo u Xilolu.

Na pločicu stavljamo kap kanade balsam, prekrijemo staklenom pokrovnom ljupticom, i tako spremnu pločicu sa Ph listom predajemo patologu, da postavi dijagnozu biopsije ex tempore.

Tako postavljena dijagnoza se javlja operatoru u hiruskoj sali, radi odredjivanja daljeg toka i vreste operacije.

---

# ŽIVLJENJE S ČREVESNO STOMO

---





---

# STOMA PATIENTS CARE AT HOME IN FINLAND

---

*E. T. nurse Ulla Kuusela  
Tampere city hospital, Finland*

## **ABSTRACT**

The objective of this project was to develop the nursing care of stoma patient at home and analyse the nursing principles at home. Within the scope of this development project, "stoma patient" refers to a person with a surgically formed opening from the intestines onto the surface of the body.

The theoretical subjects of the project comprise stoma patient, home caring and principles of nursing. The method is based on existing material.

Home caring programme provides an alternative for people in need of specialised care who specifically prefer to stay at home.

At home care of stoma patients is challenging work involving a wide range of nursing tasks from hands-on help to advice and counselling as well as cooperation and communication tasks. Home environment, the care is comprehensive, not isolated treatments. For the nurse, to work with a stoma patient means being both the patient's advocate and a personal carer. The stoma nurses must facilitate learning and foster a care relationship based on trust. At home the patients will experience a wide range of emotions, from fear to depression and despair. Inspiring hope is an important goal for a stoma patient's nurse. The concrete guidance work comprises counselling and communication of information, both time-consuming tasks. A good relationship between patient and nurse, and the trust this implies, are of the utmost importance. Caring for a stoma patient at home as such presents a challenge for the nursing profession.

---

# OBRAVNAVA PACIENTA S ČREVESNO STOMO V DOMAČEM OKOLJU

## OSTOMY PATIENTS CARE IN FAMILY NURSE

---

*Alenka Petek, dipl. m. s., ET*

*Nega d.o.o.*

*alenka.petek@nega.si*

### IZVLEČEK

V Sloveniji je obolenost za rakom na debelem črevesju v porastu. Zdravljenje te bolezni je operativno. Pogosto je posledica določenega števila posegov pri bolniku umetna izpeljava črevesa na trebušno steno - stoma. Kljub napredovanju stroke in uporabi vedno boljših pripomočkov za oskrbo stome, spremljajo stomiste po prihodu domov številne težave. Pri delu medicinske sestre - enterostomalne terapevtke v domačem okolju se prepletajo: kurativna, preventivna, vzgojna, pedagoška, psihološka in povezovalna vloga (Štemberger Kolnik et al., 2009). Ob tem je izredno pomembna ustrezna izbira pripomočkov za oskrbo stome, ki omogočijo stomistu kakovostno življenje in uspešno rehabilitacijo.

### KLJUČNE BESEDE

medicinska sestra - enterostomalna terapevtka, samooskrba, stoma, stomist

### ABSTRACT

In Slovenia, the prevalence of colon cancer is on the rise. Treatment of this disease includes surgery and creation of an artificial link of the intestine to the abdominal wall, called a stoma. Despite the advancement of the profession and improvements in stoma care accessories stoma patients face many problems upon arriving home. During work of a nurse – enterostomal therapist at patient's home many areas are intertwined: curative, preventive,

educational, pedagogical, psychological and bridging function (Štemberger Kolnik et al., 2009). Proper choice of accessories for stoma care is very important, enabling stoma patient a good quality of life and the path to successful rehabilitation.

## **KEY WORDS**

enterostomal therapist, self care, stoma, stoma patient



## UVOD

Vzroki za nastanek raka na širokem črevesu niso znani. Številne epidemiološke in eksperimentalne študije kažejo, da je posledica kombinacije prirojenih in pridobljenih genetskih sprememb, vpliva okolja, v katerem živimo, in velikokrat tveganega življenjskega sloga (neustrezna prehrana, sedeč način življenja, debelost, uživanje alkohola, kajenje). Najpomembnejši dejavniki tveganja so: starost, kolorektalni-adenomatozni polipi, dedna dispozicija in kronična vnetna črevesna bolezen.

Obolevnost za rakom na črevesju je v porastu. Rak debelega črevesa, ki vrh doseže po 60. letu starosti, je skupaj z rakom danke na prvem mestu med raki prebavil in drugi najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji.

V Sloveniji živi od 2000 do 3000 ljudi s stomo. Natančnih podatkov ni, ker jih zaradi varovanja zasebnosti ni možno zbirati (Knaus, 2008). Težave, s katerimi se srečujejo stomisti, bi lahko razdelili na tiste, ki se pojavijo doma, po odpustitvi iz bolnišnice, ko še niso sposobni samooskrbe, in tiste, v kasnejšem obdobju, ko so že samostojni.

Začetno obdobje zaznamuje velika potreba stomista po psihični in telesni podpori medicinske sestre – enterostomalne terapevtke.

Kasnejše obdobje je individualno in odvisno od stanja vsakega posameznega stomista. To je čas, ko medicinska sestra – enterostomalna terapevtka postopoma pričinja z učenjem samooskrbe, ki stomistu olajša sprejemanje njegove spremenjene telesne podobe.

## OBRAVNAVE STOMISTA V OBDOBJU PRISOTNOSTI FIZIČNE BOLEČINE IN ZORENJA STOME

To obdobje se kaže v veliki potrebi stomista po telesni in psihični podpori medicinske sestre – enterostomalne terapevtke. V tem času so pri bolnikih še vedno prisotne pooperativne bolečine, ki onemogočajo začetek učenja samooskrbe in vplivajo na samostojno izvajanje nekaterih življenjskih aktivnosti. Iz istega razloga si ti bolniki tudi v bolnišnici niso sposobni zapomniti vseh informacij in navodil, ki ji tam dobijo. Po prihodu v domače okolje se pri njih pojavi še zmanjšan občutek varnosti, ki jim ga v bolnišnici daje stalna prisotnost medicinskega osebja. To je tudi obdobje, ko se stomisti šele začenjajo spopadati z diagnozo svoje bolezni in njenimi posledicami.

Človeka s stomo je zato potrebno v tem času obravnavati iz dveh osnovnih vidikov: fizičnega in psihičnega, pri čemer dajemo, zaradi hudih bolečin in izčrpanosti organizma po operativnem posegu, večji poudarek fizičnemu stanju stomista. Po prihodu domov stomist največkrat ni sposoben samostojno izvajati nekaterih osnovnih življenjskih aktivnosti. Zato ne moremo pričakovati, da

bi bil takoj sposoben za učenje samooskrbe. V tem času potrebuje veliko počitka, ustrezno prehrano, pomoč pri izvajanju posameznih življenjskih aktivnostih.

Za stomo (bodisi kolo-, ileo- ali uro-) je značilno, da je približno tri tedne po kreaciji črevo še otečeno. Šele po osmih tednih se stoma postopoma zmanjša in oblikuje v končno obliko. Ta proces imenujemo zorenje stome (Koželj, 2004).

Ob prihodu domov so okrog stome še prisotni parastomalni šivi, ki sčasoma sami razpadejo in se izločijo. Pred tem pogosto povzročajo težave. Na mestih, kjer šiv prehaja skozi kožo, se pojavijo vnetne spremembe z gnojnimi ulceracijami, ki nastanejo ob neresorbiranih šivih (Gračner, 2007).

## **OBRAVNAVA STOMISTA V OBDOBJU OSVAJANJA SAMOOSKRBE**

Zdravstvena nega in sposobnost samooskrbe stomista sta medsebojno povezani in odvisni od stanja vsakega posameznika. To je čas, ko medicinska sestra – enterostomalna terapevtka postopoma pričinja z učenjem samooskrbe, ki stomistu olajša sprejemanje njegove spremenjene telesne podobe. To je tudi čas, ko so stomisti bolj dojemljivi za edukacijo. Začnejo jih zanimati tudi druga področja življenja (prosti čas, družabno življenje, odnos s parterjem) in ne samo osnovne fiziološke potrebe. Še vedno potrebujejo veliko psihične podpore s strani medicinske sestre – enterostomalne terapevtke.

Delo medicinske sestre – enterostomalne terapevtke je usmerjeno k fizični pomoči stomista in usposabljanju svojcev za pomoč pri začetnem učenju samooskrbe stomista. To delo mora biti postopno in individualno, tudi s svojci. Stomist dojema šele osnovne napotke za ustrezno prehranjevanje, bolečine sprejema kot del rehabilitacije in ne kot poslabšanje bolezni, uravnavana razmerje med počitkom in aktivnostjo, ter se navaja na spremenjen način odvajanja. Medicinska sestra – enterostomalna terapevtka mu ponovno pojasni, kakšne so značilnosti pripomočkov, ki jih uporablja, in ga hkrati začne pripravljati na dejstvo, da bo z njimi sčasoma moral rokovati sam. Če je stomist fizično dovolj močan, ga začne medicinska sestra učiti, kako zamenja vrečko pri kolostomah in kako prazni izloček iz vrečke pri ileo - in urostomah. Pripomoček, ki ga stomist dobi v bolnišnici, je v tem začetnem obdobju, ko ljudje še veliko počivajo, pogosto ustrezen. Biti mora predvsem zanesljiv in varen za nošenje. To je tudi čas, ko ti ljudje potrebujejo veliko spodbudnih besed, podporo, pogovor, svetovanje in občutek, da jim je medicinska sestra – enterostomalna terapevtka vedno dosegljiva. Že

samo telefonski pogovor lahko daje stomistu občutek varnosti. S takšnim načinom dela medicinske sestre – enterostomalne terapevtke prihranimo stomistom marsikatero stisko.

## **POMEN INDIVIDUALNE OBRAVNAVE STOMISTA**

Beseda individuum v latinskem jeziku pomeni osebek, posamezno bitje, človeka. Pri obravnavi stomista v domačem okolju je individualen način dela nujen za kvalitetno opravljeno delo medicinske sestre – enterostomalne terapevtke. Prav tako pomembno je tudi ustrezno informiranje stomista. Informacije posredujemo z zdravstveno-vzgojnim delom, ki temelji na učinkovitem in individualnem svetovanju, kar pomeni, da stomistu svetujemo tako, da mu pomagamo, ne da bi mu pri tem vzbudili strah, krivdo ali občutek manjvrednosti (Štemberger Kolnik et al., 2009).

Individualnost je potrebna tudi zato, ker je vsaka stoma, tudi ko gre za izpeljavo enakega dela črevesa na enak način, pri vsakem človeku edinstvena kreacija kirurga. Medicinska sestra – enterostomalna terapevtka mora zato stomista in njegovo stomo najprej spoznati. Nato na podlagi spoznanj in ugotovitev za vsakega človeka posebej oblikuje negovalne diagnoze in izvaja svoje delo postopoma po načinu, ki ga ponuja proces zdravstvene nege. Različne oblike stom se razlikujejo tudi po zahtevnosti negovanja.

## **POMOČ PRI SPREJEMANJU SPREMENJENE TELESNE PODOBE**

V prvem obdobju je stoma za vsakega človeka velika življenjska preizkušnja. Stomist mora biti deležen posebne obravnave medicinske sestre – enterostomalne terapevtke, saj se hkrati spremenita telesna podoba in funkcija odvajanja, ta postane izredno neprijetna. Anus je pri »normalnem« človeku primerno in ustrezno skrit, je funkcionalen in učinkovit, običajno terja le malo več kot osnovno toaletno nego (Salter, 1992). Stoma, s pomočjo kate-tere po posegu stomist odvaja, pa je locirana na trebuhu, kar je za človeka nenormalno, umazano, smrdeče, neposredno vidno in otipljivo, tudi ko je stoma pokrita. Vse to je za prej zdravega človeka zelo stresno stanje.

Stomisti so v večini primerov tudi onkološki bolniki. Tako se spopadajo ne samo s spremenjeno telesno podobo, bolečimi diagnostičnimi in terapevtskimi posegi, ampak tudi z dolgotrajnim strahom pred širjenjem bolezni in njenimi posledicami. Bolniki se morajo sami soočiti z boleznijo. Adaptacija pri stomistu poteka v valovih. Ko se že zdi, da njegova rehabilitacija lepo napreduje, pogosto ponovno nastopi regresija. Zato je naloga medicinske sestre – enterostomalne terapevtke, da je pozorna na vzpone in padce in ustrezno prilagodi negovalne intervencije za ohranjanje energije,

strukture in osebne integritete (Neswick, 1997 v: Vettorazzi, 2008, str. 88). Pomembno se je zavedati, da stomist postane samostojen šele takrat, ko sprejme stomo in z lastnimi izkušnjami pridobi zaupanje v svojo sposobnost pravilne samooskrbe.

## **POMEN USTREZNE IZBIRE PRIPOMOČKOV ZA OSKRBO STOME**

Medicinska sestra – enterostomalna terapevtka lahko s poznavanjem vseh vrst pripomočkov in z delovnimi izkušnjami izbere ustrezen pripomoček za vsakega stomista. Zavedati se mora, da je vsaka stoma posebna, zato potrebuje veliko znanja in izkušenj, ko stomistu svetuje izbiro varnega in zanesljivega pripomočka. Ko se pojavijo težave pri oskrbi stome, moramo stomista poznati v celoti, saj stoma, ki jo dobi, vpliva na njegovo celotno osebnost. Že sama izbira ustreznega pripomočka je izrednega pomena, saj človeku spremeni način življenja. Šele tedaj, ko stomist zaupa svojemu pripomočku, se lahko začne pot njegove rehabilitacije.

Izbira ustreznega pripomočka je včasih težka. Veliko je namreč stom, ki so slabo kreirane in stomistu povzročajo težave pri negi.

## **VKLJUČEVANJE SVOJCEV V PROCES REHABILITACIJE STOMISTA**

Stomist je ob prihodu v domače okolje, vsaj v začetnem obdobju, še vedno bolnik, čeprav stroka velikokrat poudarja, da človek s stomo ni bolnik, istočasno pa stomo obravnava kot posledico bolezni. Znano je, da vsaka bolezen enega člana družine vpliva na vso družino: spremenijo se vloge, sprejmejo pomembne odločitve, življenje se prilagaja bolezni in njenim posledicam (Vrtin, 2007). Po drugi strani pa stomisti doživljajo individualne telesne in duševne spremembe. Zato je pomoč svojcev in sodelovanje z medicinsko sestro – enterostomalno terapevtko na začetku, ko se stomist šele privaja na življenje s stomo, velikega pomena. Pozitivna stališča tistega, ki skrbi za bolnika, lahko vplivajo tudi na stališča družine. Najbolje je, da medicinska sestra – enterostomalna terapevtka začne istočasno delati s stomistom in njegovimi svojci. Najpogostejše dileme in strahovi svojcev ob skrbi za stomista so: videz stome, bolečine in krvavitev ob čiščenju stome, bolečine pri nameščanju pripomočka za oskrbo stome, prehrana in telesne aktivnosti. Razširjena skrb dobro poučenih svojcev, pozornost in sprejemanje nove situacije v družini pripomore h kakovostnejšemu vključevanju stomista v domače okolje in družinske aktivnosti, kakor tudi vrnitev na delovno mesto in v družbo.

Ob vsem tem pa morajo svojci doumeti, da je njihova pomoč stomistu tako psihična kot fizična, potrebna predvsem zato, da človek lažje sprejme stomo, se jo nauči negovati in se s spremenjeno telesno podobo hitreje vključi v vsakdanje življenje.

## ZAKLJUČEK

Kvalitetni nivo enterostomalne terapije zagotavljajo posebej usposobljeno osebje, njihovo posebno izobraževanje in vse bolj kvalitetni ortopedski pripomočki. Pasivnosti bolnikov je čedalje manj, zato beležimo tudi visoko stopnjo zadovoljstva stomistov s svojim novim življenjem. Stomisti imajo možnost izbiranja in sprejemanja odločitev tako glede svojega zdravja kot načina življenja. Pacient s stomo potrebuje svetovanje, kako naj doseže kakovostno življenje kljub spremenjeni telesni podobi, kako naj se ponovno vključi v socialno življenje brez občutka sramu ali zadrege zaradi drugačnosti, kako naj prenaša simptome in kje naj poišče pomoč (Petek, 2010).

Vloga medicinske sestre – enterostomalne terapevtke je v celostni obravnavi stomista zelo pomembna, saj se nadaljuje še v stomistovem domačem okolju. Medicinska sestra – enterostomalni terapevt ima posebna znanja, ki so nujno potrebna pri rehabilitaciji ljudi s stomo. Informiranje, primerna komunikacija, prepoznavanje individualnih potreb, učenje samonegovanja, pomoč pri izbiri ustreznih pripomočkov, fizična in psihična podpora so najpomembnejše naloge medicinske sestre – enterostomalne terapevtke.

---

## LITERATURA

1. Gračner A., Zdravljenje kirurških zapletov črevesnih stom; *Kirurška rana in oskrba zapletov črevesnih izločalnih stom*: Zbornik predavanj s strokovnega srečanja, Rogaška Slatina, 30. in 31. marec 2007, Ljubljana, Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2007: 32–36.
2. Knaus N., Glavna težava stome so tabuji; *Zdravje*, Dnevnik.si, Ljubljana, 16. 6. 2008. Dostopno na: <http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/326930> (23. 10. 2010).
3. Koželj M., Kaj mora zdravnik družinske medicine vedeti o oskrbi bolnika z umetno izpeljanim črevesom, 3. mariborski kongres družinske medicine, Medicinsko tehnični pripomočki, Maribor, 26.–27. november 2004. Dostopno na:

[http://www.drmed.org/javne\\_datoteke/novice/datoteke/443-28c-ckozelj.pdf](http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/443-28c-ckozelj.pdf)  
(19. 8. 2010).

4. Petek A., Delo medicinske sestre – enterostomalne terapevtke na stomistovem domu. Diplomsko delo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, 2010.
5. Salter M., Vpliv stome na telesno podobo. Spremenjena telesna podoba. Vloga medicinske sestre. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1992.
6. Štemberger Kolnik T., Majcen Dvoršak S., Hribar B., Pacienti s stomo v okviru primarnega zdravstvenega varstva. *Obzor Zdr N* 2009; 43 (4): 285–290.
7. Vettorazzi R., Oskrba otroka s stomo po teoretičnem modelu Myre Estrin Levine. V: Simpozij enterostomalne terapije v obdobju otroka in mladostnika: zbornik predavanj z recenzijo. Portorož, 23.–25. oktober 2008. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v pediatriji, 2008: 85–90.
8. Vrtin B., Bolezen kot krizni življenjski dogodek in strategije obvladanja boleznih v času diktature zdravja: diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2007.

---

# TEŽAVE PACIENTK S STOMO V ČASU NOSEČNOSTI IN PORODA TER NAČINI, KAKO SE Z NJIMI SPOPADAJO

## PROBLEMS OCCURRING IN FEMALE OSTOMY PATIENTS DURING PREGNANCY AND DELIVERY AND HOW THEY DEAL WITH THEM

---

*asist. Manca Pajnič, dipl.m.s.*

*Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta*

*manca.pajnic@zf.uni-lj.si*

### IZVLEČEK

Izločalna stoma pri mladi ženski bi lahko predstavljala oviro pri načrtovanju družine, predvsem glede nosečnosti in poroda. Ker je populacija stomistk v rodni dobi z željo po otroku v Sloveniji zelo majhna, imamo tudi malo informacij o tem, s kakšnimi težavami se noseča stomistka srečuje in kako v takih primerih ukrepamo. Med nosečnostjo se že pri zdravi ženski lahko pojavijo številne težave in zapleti, pri noseči stomistki pa so ti lahko velik problem. Danes vemo, da izločalna stoma ne predstavlja kontraindikacije za nosečnost, in da lahko stomistka donosi zdravega otroka. Na tem področju je tuja literatura skromna, v slovenskem jeziku je praktično ni, kar je razumljivo glede na maloštevilnost tovrstnih pacientk, zato pa so prikazi takih primerov še toliko bolj dobrodošli. V članku je predstavljen primer stomistke, ki je že dvakrat mamica, kako se je soočala z nosečnostjo in predvsem kako s pomanjkanjem informacij.

### KLJUČNE BESEDE

izločalna stoma, nosečnost, porod

## **ABSTRACT**

Ostomy in a young woman could present an obstacle to making a decision for a family especially regarding pregnancy and childbirth. As the number of ostomy patients in Slovenia wishing to have a baby is very small, there is not much information about problems a pregnant ostomate may encounter and what measures to take. During pregnancy there could be numerous problems and complications even in a healthy pregnant woman, let alone a pregnant ostomate. Today it is known that ostomy is not a contraindication for pregnancy and that an ostomate can carry a healthy baby to term. Foreign relevant literature is scarce, and non-existent in the Slovenian language, which indicates a small number of patients, making case descriptions even more welcome. The article presents an ostomy case, a two-time mother, and describes her dealing with pregnancy and the lack of information.

## **KEY WORDS**

ostomy, pregnancy, childbirth



## UVOD

Pacient, ki je pridobil stomo že v otroštvu ali mladosti, običajno zaradi kroničnih vnetnih črevesnih bolezni, je gotovo preživel hud stres in bil prisiljen hitreje odrasti, kar se odraža v njegovem psihološkem stanju. Predvsem mlade ženske s stomo se v nekem trenutku začnejo obračati na strokovnjake ali skušajo kako drugače pridobiti informacije o možnosti zanositve, donositve in poroda. Noseča stomistka se sreča ne samo z normalnimi spremembami, povezanimi z nosečnostjo, ampak še s spremembami v povezavi s stomo, spremenjena je samopodoba in prisoten je stres zaradi dnevne nege stome (Sredl, Aukamp, 2006). Literatura opisuje različne, večinoma pozitivne izkušnje stomistk z nosečnostjo in porodom, opisani in predstavljeni pa so tudi primeri, pri katerih je do zapletov prišlo in kakšni so bili. Za medicinske sestre, ki se pogosteje srečujejo s stomistkami v rodni robi je predvsem pomembno, da poznajo najpogostejše zaplete in da znajo ustrezno ukrepati. Dejstvo je, da noseča stomistka zlahka naleti na zdravstveno osebje, ki nima izkušenj s stomami.

Klub temu, da v času nosečnosti pri stomistki lahko pride do zapletov, pa vsaj po danes znanih informacijah in izkušnjah iz prakse, stomistke nosečnost lahko doživljajo normalno, razvoj in rast ploda večinoma potekata brez zapletov, kot tudi porod lahko poteka povsem brez težav.

## NAJPOGOSTEJŠI MOŽNI ZAPLETI TER TEŽAVE PRI STOMISTKAH V ČASU NOSEČNOSTI IN PORODA

Stomistka ima lahko različne težave, ki so odvisne glede na vrsto izločalne stome, ki jo ta ima. V vseh primerih naj bi bil videz same stome moker, sijoč ter temno rdeč. Noseče stomistke imajo najpogosteje narejeno ileostomo zaradi ulceroznega kolitisa ali Crohnove bolezni. United Ostomy Association (2005) navaja, da morajo biti upoštevani tudi razlogi za operativni poseg, s katerim je bila uvedena stoma. Pri posegih, ki se izvajajo v mali medenici je nastanek adhezij in brazgotin zelo verjeten, kar lahko predstavlja večjo oviro glede nosečnosti in poroda. Najbolj prizadete v tem primeru so gotovo pacientke, pri katerih je bila potrebna operativna odstranitev rektuma in/ali anusa. Zaradi brazgotin je lahko pri njih otežena že tudi sama zanositev. Upoštevati je potrebno, da se pri stomistkah lahko težave zanositve in nosečnosti pojavljajo tudi zaradi anatomskih nepravilnosti maternice, jajcevodov ali jajčnikov.

Literatura navaja naslednje najpogostejše zaplete in težave, ki se pojavljajo pri stomistkah v času nosečnosti in poroda:

## • SLABOST IN BRUHANJE

V prvem trimesečju nosečnosti več kot 80% žensk ima težave s slabostjo in bruhanjem in to velja tudi za stomiske. Posebno pozorne morajo biti na morebitne znake dehidracije, kot so suha usta ali koncentriran urin, še posebej pri urostomah, zaradi povečane verjetnosti za infekcijo sečil in ileostomah, kjer je pozornost tudi normalno usmerjena na elektrolitsko ravnovesje ter vnos zadostne količine tekočin. Pri ileostomi so normalne izgube tekočin preko stome od 500-750 ml, v primerjavi z zdravo odraslo osebo, ki z blatom izloči med 100-200 ml tekočine. Ob pojavu slabosti in bruhanja je zato zelo pomembno, da stomistka skrbi za zadosten vnos tekočin. Ukrepi, ki jih lahko noseča stomistka izvaja za lajšanje slabosti in bruhanja so še: izogiba naj se smradu in neprijetnim vonjavam, pri zajtrku naj poje nekaj krekerjev ali prepečenca, hrani naj se pogosto in pomalem, izogiba naj se mastni in enolični hrani, suhe obroke naj nadomesti s tekočino in naj pije med posameznimi obroki. Če do dehidracije vseeno pride, bo morebiti potrebno parenteralno dodajanje tekočin in elektrolitov (Raker, 2005; Aukamp, Sredl, 2004; Van Horn, Barrett, 1997).

## • PREHRANA

Noseče stomistke morajo jesti zdravo varovalno prehrano, kot velja za zdrave nosečnice, saj zadosten vnos vseh hranil omogoča nemoten razvoj in rast ploda. Ker je znano, da so največji dejavniki za nastanek plinov pogoltnjen zrak, gazirana pijača ter sprostitvev plinov ob bakterijski razgradnji hrane, predvsem svežega sadja, zelenjave in hrane, bogate z vlakninami ali slabo prebavljena hrana, se zato stomistkam priporoča uporabo nevtralizatorjev vonja, uporabo sistemov s filtri ter pogostejše menjavanje ali praznjenje sistema. Mnoge stomistke skušajo z izogibanjem določeni hrani nadzirati nastajanje plinov. Stomistke naj v času nosečnosti popijejo zadosti tekočine ter pazijo na elektrolitsko ravnovesje v telesu. V kolikor uživajo bogato in raznoliko hrano z veliko vitamini in minerali, dodaten vnos dietnih dopolnil običajno ni potreben (Raker, 2005; Aukamp, Sredl, 2004).

## • ODVAJANJE IN IZLOČANJE

Obstipacija je predvsem v tretjem trimesečju lahko pogost pojav pri nosečih stomistkah. Paziti morajo, da redno odvajajo, da uživajo zadostne količine

tekočine ter da skrbijo, da blato ostaja mehkejše konsistence. V primeru obstipacije moramo namreč vedno pomisliti tudi na morebitno zaporo črevesja. Zato naj bodo stomistke pozorne na pojav nenadnih bolečin, slabosti ali bruhanja predvsem v drugi polovici in proti koncu nosečnosti, ki pa so lahko tudi že znak začetka poroda. Pri ugotavljanju kontrakcij maternice in s tem začetka poroda nam bo v pomoč elektronski monitoring (CTG), ki izključi ali potrdi morebitno zaporo. Zapora črevesja je bolj pogosta, ko se glavica ploda že spusti in takoj po porodu, ko pride do hitrega zmanjšanja maternice.

Stomistke z urostomo morajo paziti na redno kontrolo količine izločenega urina, ter da urin ni gostejši in bolj krvav, kot navadno. Krvavitev in s tem krvav urin se lahko zaradi boljše prekrvavljenosti stome v času nosečnosti, rahlo poveča. V izogib morebitnim težavam, kot so zapora iztekanja ali infekcija sečil, je pomembno, da zaužijejo zadosti tekočine, ter da znajo razlikovati med normalnimi pojavi in posebnostmi v nosečnosti in zapleti (Raker, 2005; Aukamp, Sredl, 2004; Van Horn, Barrett, 1997).

## • NEVARNOST ZA INFEKCIJO SEČIL

Povečana pogostost uriniranja je lahko znak infekcije sečil, vendar tudi zdrave nosečnice v prvem in zadnjem trimesečju zaradi pritiska maternice in ploda na mehur pogosteje urinirajo. Vse nosečnice, tudi stomistke, morajo biti pozorne na pojav morebitnih znakov infekcije sečil kot so pekoče bolečine ob uriniranju, še povečana frekvenca izločanja, povišana telesna temperatura, gost in krvav videz urina. Ob pojavu in prepoznavi teh znakov se nosečnicam svetuje obisk zdravnika, saj je morebitno vnetje sečil potrebno začeti takoj zdraviti, da ne bi prišlo do pielonefritisa, kar bi predstavljajo resno nevarnost za mater in plod. V drugi polovici nosečnosti infekcija sečil lahko povzroči prezgodnji porod. Glukozurija med nosečnostjo lahko nakazuje predispozicijo za infekcijo sečil, zato je pri teh nosečnicah priporočljiva pogostejša kontrola urina na glukozo, nitrate in levkocite (Aukamp, Sredl, 2004).

## • OSTALE TEŽAVE POVEZANE S STOMO

Noseča stomistka se med nosečnostjo lahko sreča z različnimi težavami povezanimi s stomo, kot so parastomalna kila, krvavitev, ugreznjenje, prolaps, stenoza ali laceracija. V vseh primerih so ukrepi podobni, kot običajno, ko se pojavijo pri stomistih. V kolikor gre za hude težave, bo morebiti potreben kirurški poseg. Pri blažjih oblikah pa se skuša počakati ali rešiti težave

z drugimi metodami. Dejstvo je namreč, da lahko zapleti, ki se med samo nosečnostjo pojavijo, po porodu tudi sami izzvenijo. Izogibanje določenim dejavnikom tveganja, na primer dvigovanja bremen, nadzorovanja pridobivanja telesne teže, izogibanje kroničnemu kašlju ali uporaba dodatkov in pripomočkov na primer kilnega pasu, dodatnega pasu za fiksacijo podloge, raznih krem, past, posipov, bolj nežna tehnika menjave pripomočkov ter čiščenja kože v okolici stome, pogostejše menjavanje pripomočkov, zamenjava sistemov lahko pripomore, da bodo težave manj izrazite ali v najboljšem primeru, da do njih niti ne bo prišlo (Aukamp, Sredl, 2004; Van Horn, Barrett, 1997).

## • OSKRBA STOME

V tretjem trimesečju se tudi brez pojava zgoraj navedenih težav lahko spremeni oskrba stome. Zaradi povečanega trebuščka, je vidljivost stome slabša in bo morebiti potrebna uporaba ogledala. Sama stoma se lahko poveča in je potrebno prilagoditi velikost in obliko odprtine v podlogi. Koža se zaradi hormonov spremeni, na koži se lahko pojavijo strije, kar poslabša lepilno sposobnost podloge, zato bo potrebno pogostejše menjavanje podlog, dodatna zaščita kože ali celo uporaba elastičnega pasu. Uporaba krem in mazil za preprečitev nastanka stij je lahko vzrok za slabšo lepljivost podloge. Pomembno je, da se skušamo izogniti zatekanju izločkov po koži, mimo sistemov, ter z uporabo filmov kožo ščititi pred poškodbami. Tudi v nočnem času in ob počitku je potrebno preprečiti zatekanje izločkov po koži. Stomistka mora paziti, da pri ležanju na boku trebušček ne pritiska na stomo.

V primeru, da se je stomistka irigirala, zaradi neudobja ob irigaciji lahko ob koncu nosečnosti le-to opusti (Raker, 2005; Aukamp, Sredl, 2004).

## PRIKAZ PRIMERA IZ SLOVENIJE

Pacientka je leta 1993 pri starosti 15 let zbolela za Crohново boleznijo. Naslednje leto so ji odstranili del kolona ter ji naredili kolostomo. V tem občutljivem najstniškem obdobju je imela veliko podporo družine ter prijateljev, ki so ji nudili psihično oporo. V šoli so bili sošolci in učitelji seznanjeni z njeno boleznijo in nikoli ni bila deležna zasmehovanja s strani sovrstnikov. V tem času se je vključila v mladinsko versko skupino, kjer je našla tolažbo in se s pomočjo vere počasi sprijaznila z boleznijo in stomo. Ker se vnetje ni umirilo, je bila leta 1995 ponovno operirana, kjer so ji odstranili celotni preostali dela kolona in ji naredili ileostomo. Tretjo in zadnjo operacijo so

morali opraviti v letu 1998, kjer je bil odstranjen še en del ileuma. Ileostoma je tako ostala. Za oskrbo stome pacientka uporablja dvodelni odprti sistem. Pacientka pazi na prehrano in se izogiba hrani, ki napenja, zelo pazi tudi na zadosten vnos tekočin, ker so izgube tekočin preko blata pri ileostomi večje.

Pri starosti 27 let pacientka prvič zanosi. Največja težava prve nosečnosti je bilo pomanjkanje informacij glede stome v času nosečnosti, ki jih je iskala preko enterostomalnih terapevtov, medicinskih sester v ambulantah pri ginekologu, enterologu, pri prodajalcih v specializiranih trgovinah, kjer se oskrbuje s pripomočki, preko spleta, vendar precej neuspešno. Sama nosečnost je v prvem trimesečju prinesla slabosti, ki pa niso bile povezane z ileostomo. V nadaljnji nosečnosti so se pojavile manjše težave z zgago. Velikost in oblika stome se pri prvi nosečnosti ni spremenila, saj je v 32. tednu gestacijske starosti pacientka rodila zdravega dečka. Vaginalni porod je potekal brez zapletov.

Leta 2009 pacientka zanosi drugič. Prvo trimesečje je minilo z rahlimi slabostmi. V tretjem trimesečju je pacientka opažala izrazitejšje težave z zgago. Zaradi velikosti trebuščka je imela težave z vidljivostjo stome. Sama stoma se je povečala in je bilo potrebno prilagoditi velikost in obliko odprtine v podlogi. Podloge so v zadnjih mesecih nosečnosti tudi slabše držale in jih je morala pacientka pogosteje menjavati. V 39. tednu pacientka rodi zdravo deklico.

## ZAKLJUČEK

V Sloveniji imamo po zbranih podatkih majhno populacijo stomistk v rodni dobi zato lahko predvidevamo, da predvsem zaradi tega dejstva zdravstveno osebje nima ne izkušenj ne informacij o možnih zapletih med nosečnostjo. Naslednje dejstvo je tudi, da je tuje literature s tega področja ravno tako malo. Upamo, da bo pričujoči članek v pomoč vsem medicinskim sestram, ki se bodo srečale s stomistko z željo po nosečnosti.

---

## LITERATURA

1. Aukamp V, Sredl D. Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Compl Therap Nurs & Midw.* 2004;10(1):5-12.
2. Raker R., An ileostomate's pregnancy story. *OQ.* 2005;43(1):46-7.
3. Sredl D., Aukamp V., Evidence-based nursing care management for the pregnant woman with an ostomy. *J WOCN.* 2006;33(1):42-51.
4. United Ostomy Association. Childbirth after ostomy surgery. *OQ.* 2005;43(1):46.
5. Van Horn C, Barrett P. Pregnancy, delivery and postpartum experiences of fifty-four women with ostomies. *J WOCN.* 1997;24(3):151-62.

---

# NOSEČNICA S STOMO (PRIKAZ PRIMERA)

## PREGNANT WOMAN WITH COLOSTOMY (CASE REPORT)

---

*Renata BATAS, dipl. m.s., ET*

*Zdravstveni dom Ljubljana, Patronažno varstvo*

*renata.batas@zd-lj.si*

### KLJUČNE BESEDE

nosečnost, stoma, enterostomalna terapija

### IZVLEČEK

**Izhodišča:** Nosečnica s stomo se sreča z mnogimi izzivi v perinatalnem obdobju. Skupna profesionalna skrb, posebej med. sester in babic, so pogosto najbolj dostopen vir informacij zdravstvene nege in oskrbe. V času nosečnosti se lahko srečamo z naslednjimi težavami, povezanimi s stomo: težave s kožo parastomalno, intestinalna obstrukcija, parastomalna hernia, retrakcija stome, stenoza in prolaps stome. S pravilno izbiro in namestitvijo pripomočka za stomo se lahko izognemo možnim težavam s parastomalno kožo. V nadaljevanju je predstavljena nosečnica s kolostomo, kar predstavlja v Sloveniji še nekaj novega za enterostomalno terapijo.

**Namen:** Cilj raziskave je na izbrani študiji primera opisati in predstaviti nosečnico s stomo in poporodno obdobje po teoretičnem modelu Virginie Henderson in štirinajstih življenjskih aktivnosti.

**Metode:** Izvedli smo študijo primera s prikazom nosečnice s kolostomo. Podatke smo pridobili s pomočjo zdravstveno negovalne dokumentacije, opazovanjem in z vprašalnikom, ki ga je izpolnila žena po porodu.

**Rezultati:** Stoma naj ne bi predstavljala posebne ovire v obdobju nosečnosti in poporodnem obdobju. Pri obravnavi nosečnice s stomo je potreben individualen, celostni in multidisciplinaren pristop. Nosečnica lahko brez posebnih težav donosi in rodi otroka.

**Diskusija in zaključek:** Dobro rehabilitirana žena s stomo, ob stabilnem zdravstvenem stanju, lahko zanosi, donosi in rodi zdravega otroka. Pri tem

ji stoma ne pomeni posebne dodatne obremenitve. Posebno pozornost je potrebno nameniti nosečnici z ileostomo, kjer je potrebna skrb in kontrola nad zadostnim vnosom vitaminov, mineralov in tekočine. Tako ima pri zdravstveni negi in oskrbi nosečnice obravnava s strani enterostomalnega terapevta še toliko večji pomen. V Sloveniji je rodilo le nekaj nosečnic s stomo (natančneje, vemo za tri nosečnice). Zato predstavlja nosečnica s stomo za enterostomalnega terapevta še poseben izziv, na tem področju je potrebno pridobiti več izkušenj in znanj.

## KEY WORDS

pregnancy, ostomy, enterostomal therapy

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnant women with an ostomy face many challenges during the prenatal period. Collaborative care professionals, especially nurses and midwives, are often the most accessible professional sources for health care information, but current research and information on this topic is sparse. Ostomy-related problems that may occur during pregnancy, include: peristomal skin problems, intestinal obstruction, peristomal hernia, stomal retraction, stenosis, and stomal prolapse. With using appropriate stoma care products on right way we can protect parastomal skin against problems with skin. In second part is represented pregnant woman with colostomy which represents in Slovenia something new in enterostomal therapy.

**Aim:** The aim of the study is to describe and represent pregnant woman with ostomy in postpartal period through theoretical model of Virginia Henderson an fourteen life activities.

**Methods:** A qualitative case study research was conducted in pregnant woman with colostomy. The data were obtained through nursing documentation and interview of woman after birth.

**Results:** Stoma should not perform special obstacle in pregnancy and postpartal period. Individual, holistic and multidisciplinary approach is needed in nursing care for pregnant woman with ostomy. Pregnant woman with ostomy can bring and give birth without any special troubles.

**Discussion and conclusion:** Well rehabilitated woman with ostomy can become pregnant and birth healthy newborn child. Ostomy does not represent any special troubles. Special attention has to be held at pregnant woman with ileostomy patient wher care and supervision on enough adequate



food intake is needed. Because of these enterostomal therapy of pregnant woman is very important. In Slovenia we have had only few pregnant woman with ostomy (three pregnant woman with ostomy). Only few pregnant woman has had birth in Slovenia. Beside these enterostomal therapy has special challenge where we have to get more experiences and knowledge.

## UVOD

O zaščiti pred zanositvijo se je potrebno s pacientko pogovoriti pred in po operaciji, pri kateri je končni izid stoma. Ženska, ki jemlje kontracepcijske tablete mora vedeti, da se te običajno absorbirajo v tankem črevesu. Če ima ženska urostomo, kolostomo (sigmoidno, transversostomo), naj ne bi imela težav z nezaželeno nosečnostjo. Obstoja pa večja možnost, da se kontracepcijske tablete ne bodo resorbirale, če ima ileostomo – v tem primeru bo obstajalo tveganje, da pride do zanositve (Gwen, 2005). Tudi o uporabi diafragme, intrauterinih vložkov se je potrebno posvetovati z zdravstvenim delavcem, to velja predvsem za ženske, ki jim je bil odstranjen rectum ali del vagine. Danes imamo kontracepcijska sredstva v različnih oblikah: obližev, injekcij ipd. O tem se je potrebno pogovoriti z ginekologom, izbranim zdravnikom, enterostomalnim terapevtom ali farmacevtom. Kljub dokaj dobri osveščenosti žensk, pa se še vedno zgodi, morda zaradi močne želje po otroku ali zaradi pozabljivosti, da ženska kljub zaščiti zanosi (Gwen, 2005).

## STOMA IN NOSEČNOST

Če ima ženska stomo in si želi otroka, se ji pogosto zdi, da je to nemogoče. Poraja se ji mnogo vprašanj; kako med nosečnostjo vpliva rastoči trebušček na stomo, kako vpliva pritisk na stomo in ali bo odvajanje ali uriniranje ovirano, ali je porod s stomo veliko bolj zahteven, kot pri zdravi ženski. V preteklosti so zdravniki odsvetovali zanositev ženska s stomo. Danes se o tem razmišlja bolj pogumno. Seveda je nosečnica s stomo deležna intenzivnejše zdravstvene obravnave, opazovanja, vendar se pogosto najdejo ustrezne rešitve. Priporoča se, da se pred zanositvijo posvetuje z zdravnikom, ginekologom ali enterostomalnim terapevtom (Kris A., Gopal., Albert L. et al, 1972). Tako se lahko že pred zanositvijo seznanijo glede vpliva zdravil, ki jih jemlje, predhodnih operacij, glede njene fizične sposobnosti itd. Večina zdravnikov svetuje, naj se po operativnem posegu z zanositvijo počaka vsaj 1 do 2 leti, da si telo opomore (Anon, 2004).

Porodna teža otroka in kondicija sta enaki kot pri porodnici brez stome. Tudi sam porod poteka povsem enako, pa tudi tveganje za prezgodnji porod ni nič večje kot pri nosečnicah brez stome (Relationship, 2004).

Običajno zdravnik močno odsvetuje zanositev v času aktivnih vnetnih bolezni (Ulcerozni colitis, Morbus Crohn) (Smith, Sanderson, 2010). Če so vnetne bolezni v remisiji-mirovanju v času zanositve, potem tako ostanejo tudi v nosečnosti. Če pa so vnetne bolezni aktivne v času zanositve, se te

lahko še poslabšajo, kar prinaša določena tveganja. Pri ljudeh z ulceroznim kolitisom je 50 odstotkov možnosti poslabšanja bolezni, medtem ko pri tistih z Morbus Crohn 25 odstotkov. Napadi bolezni so dobro obvladljivi s konvencionalnimi zdravili, ki ne vplivajo na nerojenega otroka (Anon, 2004).

Nekatera dejstva so pomembna za vse nosečnice, naj imajo stomo ali ne. V prvi vrsti naj bi imele uravnoteženo prehrano, zadosti tekočine, vitaminov in mineralov. Otrok je takorekoč ogledalo zdravega življenja in prehrabnenih navad matere. Ravno tako je pomemben poseben vnos folne kisline. Če je zadnji del tankega črevesa odstranjen, potem pride do zmanjšane resorpcije, kar je potrebno kontrolirati z analizo krvi. Enako velja za železo, beljakovine in vitamin B 12, ki sta ravno tako pomembna (Gwen, 2005). Med nosečnostjo so pogosta zaprtja zaradi zmanjšane peristaltike črevesa. Vzrok temu je nosečniški hormon Progesteron in pritisk plodu, ki raste v maternici. To je normalno in se lahko zgodi vsaki nosečnici. Kar se lahko zaplete pri nosečnici s stomo, pa je zaprtje, obstrukcija črevesa. Zato je potreben posvet z zdravnikom ali med. sestro, enterostomalno terapevtko. Vzrok je običajno hrana, že samoklistiranje pa lahko zelo olajša težavo. Zato se nosečnicam s kolostomo priporoča ležanje na desnem boku, z ileostomo pa na levem, tako da ima uterus dovolj prostora. V ekstremnih razmerah ima nosečnica lahko obdobje bolj tekoče prehrane (Smith, Sanderson, 2010).

Pri nosečnicah z urostomo sečevodi niso na običajnem mestu. Pomaknjeni so naprej in se iztekajo v stomo. Rastoča maternica ne sme prekiniti delovanja sečevodov (Anon, 2004).

Ker postaja trebuh čedalje večji in koža bolj napeta, je nameščanje kožnih podlog in vrečk celo lažje. Težave pri tem nastopijo le, če je trebuh tako velik, da sama stoma ni dobro vidna. Ena izmed rešitev težave je uporaba ogledala pri nameščanju. Prav tako se z nosečnostjo spreminjata velikost in oblika stome. Zato je v tem primerno potrebno izrezati pravilno odprtino za stomo na kožni podlogi, da bi preprečili zatekanje izločka pod podlogo. Včasih je potrebna tudi menjava vrste pripomočka za oskrbo stome, ali pa tudi kožna podloga z večjo odprtino. Med nosečnostjo lahko povzroči nenavaden občutek tudi otrok, ko prične brcati proti stomi. To naj nosečnico ne skrbi, saj otrok ne more ničesar poškodovati. Mnogo nosečnic uporablja trebušni pas za podporo stomi. To je elastični pas različnih širin in dolžin. Podporni pas je pametno uporabljati, da preprečimo prolaps stome ali rupture. Lahko se pojavi tudi parastomalna kila zaradi večanja trebušnega obsega, slabše trebušne stene. Navkljub stomi uspejo nosečnice s stomo roditi normalno,

porod na domu pa ni priporočljiv. Pri nosečnicah s stomo je pogost carski rez (Gwen, 2005).

## ŠTUDIJA PRIMERA

### • NEGOVALNA ANAMNEZA:

Ženska, rojena leta 1971, mati treh otrok, po poklicu dipl. ekonomistka, je zbolela zaradi Morbus Crohn, leta 1989. Po zdravnikovih navodilih se je zdravila s posebno dietno prehrano, brez drugih medikamentov. Obolenje se je pričelo pojavljati atipično, na anusu. Tako je imela prvi operativni poseg z izidom kolostoma, leta 2001. Leta 2004 je rodila sina. Kot poporodni zaplet se je pojavil prolaps stome, ki so ga morali korigirati operativno. Zaradi napredovanja bolezni so ji leta 2009 naredili ileostomo. Vse od začetka je jemala Salofalk in Pentase. Leta 2000 je bila hospitalizirana, bila je shujšana, oslabela (48 kg). S strani osebnega ginekologa je bila spremljana vse do 7 meseca nosečnosti, nato jo je ginekologinja usmerila k porodničarju. Ženska je rodila po naravni poti. Po porodu se je pojavil prolaps stome, ki so ga kasneje operativno odstranili. Januarja 2009 je bila zaradi napredovanja bolezni ponovno operirana, naredili so ji ileostomo. Uporablja dvodelne pripomočke z vrečko na izpust. Zaposlena je 4 ure dnevno.

Ženska se je v času nosečnosti dobro počutila, s stomo ni imela posebnih težav. Rodila je po naravni poti, kljub temu da so ji zdravniki ponudili električni carski rez. Otrok je rojen zdrav, dojen z občasnim dodatkom adaptiranega mleka.

### • PROCES ZDRAVSTVENE NEGE

Proces zdravstvene nege nosečnice s stomo omogoča individualen, celostni pristop ter zagotavlja kakovostno in kontinuirano zdravstveno nego nosečnice s stomo in kasneje v obdobju otročnosti, to je po porodu.

**Cilji** zdravstvene nege nosečnice s stomo:

- optimalno delovanje stome nosečnice
- intaktna parastomalna koža nosečnice
- pomirjena nosečnica s stomo

**Načrt** zdravstvene nege nosečnice s stomo:

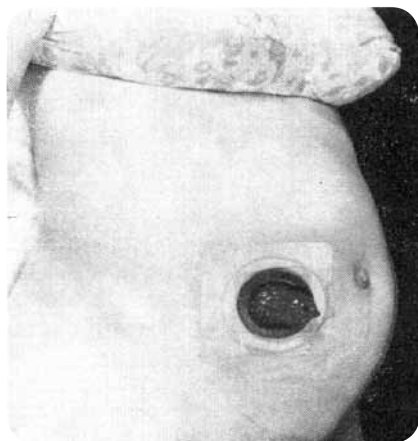
- zdravstvenovzgojno delo pri nosečnici s stomo
- zdravstvena nega nosečnice s stomo

**Izvajanje** zdravstvene nege pri nosečnici s stomo: Nosečnica je deležna, poleg obiskov pri ginekologu, tudi obiska s strani patronažne med. sestre v zadnjem tromesečju nosečnosti. Na tem obisku se glede na stanje

nosečnice s stomo ugotavlja potreba po dodatnih obiskih. Če nosečnica s stomo potrebuje več obravnav, se povežemo z izbranim zdravnikom, ki nas na podlagi delovnega naloga pooblasti za več obravnav nosečnice s stomo.

**Evalvacija in dokumentiranje:** Evalvacija zdravstvene nege nosečnice s stomo poteka sprotno in na koncu obravnave. Za dokumentiranje se uporablja v patronažni službi Obr. P-5 Nosečnica. Dokumentiranje je nujna faza zdravstvene nege nosečnice s stomo, ker nam omogoča vrednotenje in nadaljno načrtovanje zdravstvene nege.

*Na slikah od 1 do 9 predstavljamo nosečnico s stomo v različnih obdobjih nosečnosti. Na sliki 2 je viden prolaps stome, ki lahko nastopi po porodu. Vse slike so dostopne na spletni strani [http://www.stomaatje.com/sexuality\\_pregnancy.html](http://www.stomaatje.com/sexuality_pregnancy.html)*



Slika 1: Nosečnica z ileostomo (Gwen, 2005)



Slika 2.: Prolaps stome (Anon) 2004)



Slika 3.: 1. mesec nosečnosti (Anon, 2004)



Slika 4.: 6. mesec nosečnosti (Anon,2004)



Slika 7.: 7. mesec nosečnosti (Anon, 2004)



Slika 8.: 8. mesec nosečnosti (Anon, 2004)



Slika 9.: 2 dni pred porodom (Anon, 2004)

## ZAKLJUČEK

Žena je uspešno donosila in rodila zdravega novorojenca. Kljub nasvetu porodničarja, ki je predlagal carski rez, se je odločila za porod po naravni poti. Porod je potekal brez zapletov. V poporodnem obdobju ni imela posebnih težav, ki bi bile drugačne, kot pri porodnicah brez stome. Prednosti sta bili stabilno psihično stanje nosečnice in dejstvo, da je življenje s stomo pred zanositvijo zelo dobro sprejela. Poleg tega je osnovna bolezen bila v mirovanju. Žena je novorojenca dojila z občasnim dodajanjem adaptiranega mleka. Pri negi stome je bila samostojna. Pri osnovnih življenjskih aktivnostih (dihanje, prehranjevanje, oblačenje, vzdrževanje osebne higiene itd.) ni imela težav. Vsekakor je bila vzoren primer dobro rehabilitirane pacientke s stomo, ki ji stoma zaradi nosečnosti in poroda ni pomenila posebne obremenitve. Poleg tega pa je bilo tudi njeno zdravstveno stanje stabilno in je omogočalo nemoten potek nosečnosti in poroda ter poporodnega obdobja. Edini zaplet, ki se je pojavil, kasneje po porodu, je bil prolaps

stome, ki so ga operativno korigirali. V tem primeru se je pokazalo, kako pomembna je dobra rehabilitacija stomista. Le na ta način lahko potekajo nosečnost, porod in poporodno obdobje brez dodatnih zapletov. Seveda pa moramo poudariti, da je potrebno nosečnico s stomo obravnavati individualno, holistično in multidisciplinarno, kar tudi sicer na splošno velja za vsako nosečnico ali pacienta s kakšno drugo boleznijo.

---

## LITERATURA

1. Gwen B. Turnbull, BS, RN, ET, Clearwater, Florida. Intimacy after Ostomy Surgery. United Ostomy Association (UOA), 2005; 1-22.
2. Kris A., Gopal., Albert L., Amshel, Irving L., Shonberg, Bradley A. Lewinson, Margaret Van Wert, M. Ed., John Van Werd, M.S.; Ostomy and pregnancy: 912. 1985.
3. Smith MA and Sanderson JD, Management of inflammatory bowel disease in pregnancy. Department of Gastroenterology, Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK. Obstetric Medicine Volume 3 June 2010.
4. Lamah M., Scott HJ. Inflammatory bowel disease and pregnancy. Int. J. Colorectal Dis (2002) 17; 216 – 222. Published online : 14. December 2001. Springer-Verlag 2001
5. Hudson CN. Ileostomy in Pregnancy. Department of Obstetrics & Gynecology, St Bartholomew's Hospital, London ECJ. Proc. Roy. Soc. Med. Volume 65 March 1972. 281-283.
6. Anon. Relationship, sexuality and pregnancy. July, 2004. Dostopno na spletni strani [http://www.stomaatje.com/sexuality\\_pregnancy.html](http://www.stomaatje.com/sexuality_pregnancy.html) ).

---

# URINSKE STOME

---







---

# KONTINENTNA UROSTOMA

## CONTINENT UROSTOMY

---

*Igor Sterle, dr.med., spec. urolog*  
*Aleš Sedlar, dr.med., spec. urolog*  
*Univerzitetni klinični center Ljubljana*  
*Klinični oddelek za urologijo*  
*igor.sterle@kclj.si*

### IZVLEČEK

Neovirano odtekanje urina je ena od osnov normalnega delovanja ledvic. Bolniku po izgubi funkcionalnega lastnega sečnega mehurja je zato potrebno zagotoviti nemoteno derivacijo urina. Eden od načinov derivacije urina, ki bolniku omogoči boljšo kvaliteto življenja, je kontinentna urostoma. Formiranje kontinentne urostome je zahteven poseg, ki ni primeren za vsakogar. Kandidat za kontinentno urostomo mora biti v dovolj dobrem splošnem kliničnem stanju, da bo od zahtevnega posega imel korist. Potrebna je skrbna izbira bolnikov, ki morajo biti dobro seznanjeni s prednostmi in slabostmi izbrane metode. Vedno se moramo odločiti za tisto rešitev, ki ob razumnem tveganju bolniku prinese največ.

### KLJUČNE BESEDE

kontinentna urostoma, načela

## **ABSTRACT**

Unimpeded urinary drainage is a corner stone of a normal kidney function. After losing own functional urinary bladder patient needs unobstructed urinary derivation. Continent urostomy is a method for urinary derivation which offers patient a better quality of life. Continent urostomy forming is a demanding procedure and is not suitable for every patient. Candidates for this procedure must be in good general condition to benefit from the operation. Careful patient selection is needed and patients should be well acquainted with advantages and disadvantages of chosen method. We should decide for the solution which, concerning reasonable risk, gives the patient most.

## **KEY WORDS**

continent urostomy, principles

## UVOD

Normalno odvajanje urina, brez pripomočkov, je nujno za delovanje ledvic. S tem je zmanjšana možnost za okvaro ledvične funkcije, okužbe sečil, nastanek ledvičnih kamnov in drugih zapletov. Obenem je normalno uriniranje zelo pomembno za človekovo samopodobo, velik vpliv pa ima lahko tudi na spolnost. Bolnikom, ki so izgubili lastni, funkcionalni mehur, želimo omogočiti čimbolj fiziološki način odvajanja urina.

Kandidati za zunanjo derivacijo urina so bolniki po radikalni odstranitvi mehurja zaradi malignoma in drugih vzrokov ter bolniki, ki lastni mehur še imajo, vendar je ta zaradi bolezni (intersticijski cistitis, vesica contracta, stanje po obsevanju) tako spremenjen, da onemogoča sprejemljivo kvaliteto življenja, ali pa bi zaradi tega lahko prišlo do nepopravljive okvare ledvične funkcije.

Po odstranitvi mehurja imamo na razpolago več možnih načinov derivacije urina. V primeru, ko ima bolnik funkcionalno neprizadeto uretro, lahko napravimo ortotopni nadomestni mehur iz dela lastnega črevesa. Ko gre za starejšega bolnika, v slabem splošnem kliničnem stanju, se lahko odločimo za minimalen poseg, ureterokutanostomo - izpeljavo sečevodov direktno na kožo. Pri bolnikih v zelo slabem kliničnem stanju se lahko odločimo celo samo za vstavev perkutane nefrostome.

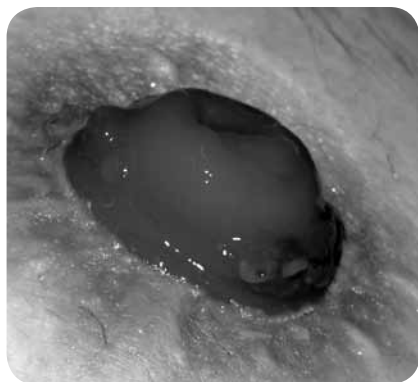
V Sloveniji je okrog 250 bolnikov z urostomo (Kersnik, 2005).

## VRSTE ZUNANJE DRENAŽE URINA

Bolnikom v dobrem splošnem kliničnem stanju in z dobro prognozo napravimo zunanjo drenažo na kožo. Ta je lahko kontinentna ali inkontinentna (mokra stoma). Manj zahtevna je inkontinentna oblika – običajno gre za ureteroileokutanostomo po Brickerju. V tem primeru oba sečevoda našijemo na en konec 10-15 cm dolge vijuge ileuma (dolžina je odvisna od debelosti bolnika), drugi konec vijuge (v smeri peristaltike) pa v obliki papile prišijemo na kožo trebuha. Bolniku s to vrsto stome urin stalno odteka zato mora imeti preko papile (slika 1) prilepljeno stomalno vrečko. Ta način derivacije urina je bil najpomembnejši od leta 1950 pa do sredine osemdesetih let prejšnjega stoletja, ko sta dve novi dejstvi omogočili razvoj sodobne kontinentne derivacije urina (Pannek, Senge, 2010):

- uveljavitev detubularizacije črevesa (črevo na antimezenterialni strani prerežemo po dolžini in ponovno sešijemo), ki omogoči povečanje kapacitete urinskega rezervoarja, hkrati pa v njem zmanjša tlak zaradi manjšega učinka peristaltike.

- čista intermitentna (samo)kateterizacija za redno praznjenje urinskega rezervoarja.



Slika 1: Papila ureteroileokutane stome (Sterle, 2010)

Uporaba teh dveh tehnik je omogočila uvedbo različnih variant kontinentnih rezervoarjev. Kontinentna urostoma je postala metoda izbora za večino bolnikov, ki jim je bil odstranjen sečni mehur (Gakis, Stenzl, 2010). Za formiranje rezervoarja večinoma uporabljajo ilealni ali ileocekalni segment, možno pa je uporabiti tudi želodec ali kolon. Eksperimentalno že poskušajo napraviti nov mehur iz kultur urotelnih celic, ki jih naselijo na ogrodje iz biorazgradljivih polimerov.

Bolniki s kontinentno stomo so znotraj omejenega časovnega obdobja suhi, morajo pa vsakih nekaj ur izprazniti urinski rezervoar s pomočjo urinskega katetra. Za kontinentno derivacijo se lahko odločimo tudi pri bolnikih po poškodbi medenice s poškodbo mehurja in sečnice, ki onemogoča rekonstrukcijo ali pri komplikacijah nevrogenega mehurja po poškodbi hrbtenice. Nekateri od teh bolnikov imajo ohranjen lastni mehur in jim je potrebno napraviti le kontinentno izvodilo.

Odločitev za kontinentno urostomo mora biti zelo pretehtana, upoštevati je potrebno več dejavnikov. Pridobiti moramo podatke o predhodnih operacijah v trebuhu, obsevanju ali sistemskih boleznih, zaradi katerih bi lahko pričakovali težave med samo operacijo in po njej. Še posebej so pomembni podatki o resekcijah črevesa, ledvični funkciji, divertikulitisu, Crohnovi bolezni ali ulceroznem kolitisu, ki so osnova za odločitev o načinu derivacije ali vrsti nadomestnega mehurja. Pri odločitvi za kontinentno stomo je, poleg kliničnega stanja, zelo pomembna motiviranost bolnika, njegova ročna spretnost in zanesljivost. Biti mora v celoti seznanjen s samim posegom, prednostmi in slabostmi, morebitnimi zapleti, kontrolami in nadaljnjo obravnavo. Zavedati se mora, da je redno praznjenje sečnega mehurja življenjsko nujno. Bolnik namreč nima občutka polnosti mehurja, zato ta lahko počí. Bolniki z nevrološkimi ali psihiatričnimi

motnjami zato za to vrsto derivacije niso primerni. Prav tako ne bolniki s krajšo pričakovano življenjsko dobo, okvarjeno jetrno ali ledvično funkcijo (Hinman, 1969).

## VRSTE KONTINENTNE STOME

Prva uspešna in uveljavljena oblika kontinentne stome je bil »Kock pouch« napravljen iz detubulariziranega ileuma (Kock et al., 1982; Stenzl et al., 2009; Basic et al., 2007). Sledila sta »Indiana pouch« in »Mainz pouch I«, ki sta napravljen iz ileocekalnega segmenta črevesa. Različni avtorji so kasneje napravili še številne nove variante kontinentnih urostom (Basic et al., 2007). Osnovna načela so pri vseh podobna:

- sečevoda, antirefluksno napeljana v novi mehur,
- nizkotlačni novi mehur, napravljen iz dela črevesja,
- izpeljava urina na kožo na način, ki bolniku omogoči nekaj ur kontinence urina. Razlikujejo se glede na del črevesa, iz katerega je napravljen rezervoar in glede mehanizma kontinence urina:
- formiranje enosmernega izvodila (conduit) z intususcepcijo ileuma (Kock pouch),
- plikacija ileocekalne zaklopke in zoženje končnega dela ileuma (Indiana pouch),
- tuneliranje (z všitjem pod sluznico) slepiča (Mitrofanoff) ali remodeliranega dela ozkega črevesa (Monti I in II) (Kock, 1982).

Refluks (zatekanje urina nazaj) v sečevod je težava, ki vodi do ponavljajočih pielonefritisov in s tem do slabšanja ledvične funkcije. Preprečimo ga z antirefluksnim všitjem sečevodov.

Mesto kontinentne urostome (popek ali spodnji del trebuha - »bikini regija«) mora omogočati našitje izvodila urostome in biti dosegljivo kateterizaciji, to pa mora bolnik izvajati vsaj 3-5 krat dnevno. Lahko tudi pogosteje, če ima manjšo kapaciteto rezervoarja.

Nobena od številnih variant operacij za formiranje kontinentne urostome ni boljša ali enostavneje izvedljiva od drugih, da bi imela večjo prednost pred ostalimi. Pomembno je, da poznamo različne možnosti, kar omogoča prilagajanje bolniku in njegovemu stanju.

## KOMPLIKACIJE

Radikalna cistektomija je velik operativni poseg, pri katerem je perioperativna smrtnost 3%, zgodnjih zapletov (v prvih treh mesecih po operaciji) pa je 28% (Stenzl et al., 2009).

Zapleti so večinoma posledica kirurške tehnike, spremljajočih bolezni in njihovega zdravljenja ter starosti bolnika. Zgodnje komplikacije so: krvavitev, okužba, zapora črevesja in puščanje (ekstravazacija) urina v trebušno votlino (Tanagho, 1995). To težavo lahko zmanjšamo, če pred zapiranjem trebuha preverimo vodotesnost urostome z napolnitvijo mehurja s fiziološko raztopino in prešitjem puščajočih mest.

Med kasnejše zaplete spadajo: dehiscenca ali striktura na mestu anastomoze sečevodov, nastajanje kamnov v mehurju, parastomalna kila, uvlečena papila in nekroza stome. Do zapore urina lahko pride kadarkoli, predstavlja pa urgentno stanje, ki ga je potrebno takoj razrešiti. Eden od vzrokov je nabiranje sluzi, ki je v zgodnji pooperativni fazi izrazitejše. Zato je potrebno pogosto spiranje stome s fiziološko raztopino ali perfuzija. Sčasoma se količina sluzi zmanjša.

Med hujše zaplete spada ruptura mehurja. Pri tem se urin razlije v trebušno votlino, kar lahko privede do urinskega peritonitisa, ki je življenjsko nevaren, če ga odkrijemo prepozno. Stanje je urgentno in zahteva takojšnjo operativno revizijo.

Za pravočasno odkrivanje zapletov in recidivov ter preprečevanje trajnih posledic so po operaciji potrebne redne kontrole. Napravimo klinični pregled in spremljamo laboratorijske vrednosti urina, hemograma in retentov, ki nam povedo, kakšna je ledvična funkcija. UZ kontrole nam pokažejo, kakšno je stanje sečil, dobimo podatke o širini votlega sistema ledvic, z UZ lahko ugotovimo recidiv tumorja. Rtg pljuč pa nam odkrije morebitne pljučne metastaze.

## ZAKLJUČEK

Oblikovanje kontinentne urostome je operativni poseg, ki bolniku po odstranitvi sečnega mehurja omogoči nekajurno kontinenco urina in neodvisnost od zunanjih pripomočkov. Zaradi zahtevnosti posega in pooperativne nege je tovrstni poseg primeren za motivirane bolnike v dobri fizični kondiciji.

---

## LITERATURA

1. Basic DT, Hadzi-Djokic J, Ignjatovic I. The history of urinary diversion. Acta Chir Jugosl. 2007;54(4):9-17.

2. Gakis G. and Stenzl A. Ileal Neobladder and Its Variants. *European Urology Supplements* Volume 9, Issue 10, December 2010, Pages 745-753.
3. Hinman F Jr: *Atlas of urologic surgery*, 2nd ed, Saunders, 1998.
4. Kersnik J. Sočasne bolezni in stanja – monografija, 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Zdrženje zdravnikov družinske medicine SZD: Ljubljana; 2005.
5. Kock NG, Nilson AE, Nilsson LO, Norlen LJ, Philipson BM. Urinary diversion via a continent ileal reservoir: clinical results in 12 patients. *J Urol* 1982; 128: 469–75.
6. Kock, NG. Intra-abdominal reservoir in patients with a permanent ileostomy. *Arch. Surg.* 99:223-231, 1969.
7. Pannek J, Senge T. History of urinary diversion, *Urol Int.* 1998;60(1):1-10.
8. Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Jakse G, Kuczyk MA, Merseburger AS, Ribal MJ, Sherif A, Witjes JA. The updated EAU guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer. *Eur Urol* 2009 Apr;55(4):815-25.
9. Tanagho EA, McAninch JW (eds): *Smith's General Urology*, 14th ed, Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1995.



---

# ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z UROSTOMO

## NURSING CARE OF THE PATIENT WITH UROSTOMY

---

*Anita Jelen, dipl.m.s., ET*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Svetovalna služba zdravstvene nege  
anita.jelen@kclj.si*

### IZVLEČEK

Namen članka je prikazati bistvene sestavine zdravstvene nege pacienta z urostomo. Z vidika oddelčne medicinske sestre in medicinske sestre enterostomalne terapevtke je pomembna predvsem predoperativna in pooperativna zdravstvena nega. V članku je opisana obravnava pacienta na kliničnem oddelku za urologijo, od sprejema do odpusta v domačo oskrbo. Izpostavljeni so predvsem vidiki psihične priprave na operacijo, katere izid bo urostoma in zdravstvena nega po nekaterih življenjskih aktivnostih.

### KLJUČNE BESEDE

urostoma, zdravstvena nega, psihična priprava, fizična priprava

### ABSTRACT

The article aims is to show of elementary elements of nursing care of the patient with urostomy.

Particularly important are preoperative and postoperative nursing care from viewpoint of departmental nurses and enterostomal therapists. The treatment from admission to discharge to home care of patients on clinical department for urology is described in this article. With all the emphasis on aspects of psychological preparation for surgery the outcome will be urostomy and nursing care after a certain life activities.

### KEYWORDS

urostomy, nursing care, psychological preparation, physical preparation

## UVOD

Zdravstvena nega pacienta z urostomo je kompleksna in kontinuirana obravnavna pacienta, ki se začenja že pred operacijo in traja tudi po odpuštu pacienta iz bolnišnice, ko pacient odide v domačo oskrbo, v katero se vključi patronažna medicinska sestra. Na kliničnem oddelku za urologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (v nadaljevanju UKCL) vse paciente, ki čakajo na operacijo, pri katerih bo na novo formirana urostoma, obišče medicinska sestra enterostomalna terapevtka (v nadaljevanju MS ET). Posebna skrb se nameni psihični pripravi, kajti dobra psihična priprava lahko pomeni boljše psihofizično počutje pacienta in s tem tudi večja varnost pacienta in boljši zdravstveni izid. S pacientom se MS ET pogovori, označi primerno mesto stome in ga spremlja skozi celotno hospitalizacijo. Naloga MS ET je, da pacienta in njegove svojce pripravi na življenje s stomo. Prav tako imajo pomembno vlogo in mesto pri zdravstveni negi urostome medicinske sestre na kliničnem oddelku za urologijo, ki so ob pacientu 24 ur na dan in izvajajo neposredno zdravstveno nego. Zdravstvena nega pacienta z urostomo se začne že pred operacijo in je sestavljena iz predoperativne, medoperativne in pooperativne zdravstvene nege.

## PREDOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Z dobro predoperativno pripravo pacienta dosežemo boljše okrevanje pacienta po operaciji, zato je pomembno, da pacienta dobro pripravimo, tako v psihičnem in fizičnem smislu. Poskrbimo, da bo pacient dobro informiran in poučen že pred operativnim posegom, da dobi pisna in ustna navodila.

## FIZIČNA PRIPRAVA PACIENTA NA OPERACIJO

1. Fizična priprava pacienta je splošna in specifična, zajema pa:
2. opravljene osnovne preiskave (krvne preiskave, urinske preiskave, EKG z anesteziološkim pregledom, Rtg p.c.),
3. rentgenske preiskave (Rtg. urotrakta, CT abdomna, MR),
4. cistoskopija,
5. potrebne specialistične preiskave (kardiolog, pulmolog ...),
6. tromboprofilaksa (trombotični dispanzer), povijanje nog,
7. izboljšanje fizične pripravljenosti v smislu prehranjenosti organizma, prehranjenosti tkiva (infuzije, transfuzija, vitamini, beljakovine) in pljučne funkcije (respiratorna fizioterapija),
8. priprava črevesja – upoštevamo navodila kirurga,

9. izpraznitev mehurja,
10. priprava operativnega mesta, da bi preprečili mesto okužbe, se priporoča britje neposredno pred op. posegom z električnim brivnikom (Nichols, 2001),
11. telesna higiena (kapanje, tuširanje),
12. označitev mesta stome,
13. merjenje vitalnih funkcij.

## PSIHIČNA PRIPRAVA PACIENTA

Psihična priprava pacienta je izredno pomembna, saj se pacient spopada z različnimi vrstami strahu. Strah pred spremenjeno telesno samopodobo ima za pacienta izredno negativne posledice, saj poglobi občutek negotovosti in manjvrednosti. V tem trenutku ima MS več vlog, pacientu ponudi psihično oporo, je njegova tolažnica, svetovalka, informatorka. Dan pred operativnim posegom pacienta obiščeta zdravnik kirurg in zdravnik anesteziolog. Kirurg pacientu pojasni vse o operativnem posegu in morebitnih komplikacijah, potek zdravljenja. Anesteziolog se s pacientom pogovori o anesteziji, posebnostih pri zbujanju in mu predpiše premedikacijo. Prav tako pred operativnim posegom obišče pacienta MS ET. Pacienta mora spoznati, vzpostaviti zaupljiv odnos, se z njim pogovoriti, ugotoviti njegove potrebe in strahove ter ga pomiriti.

MS ET ocenjuje:

- pacientovo znanje o bolezni, operaciji,
- njegovo informiranost (diagnoza, možnosti zdravljenja, zapleti operativnega posega, trajanje zdravljenja ...),
- pacientovo psihično stanje, pozorni smo tudi na morebitne duševne bolezni v anamnezi.

Strah je prisoten pri vseh pacientih, čeprav ga nekateri nočejo priznati, svojo negotovost in strah skušajo prikriti. Pomembno je, da MS ET pacienta spodbuja, da izrazi svoja občutja, strah, jezo, zaskrbljenost. Vsak pacient se spopada z boleznijo na različne načine, vsem pa je skupno, da gredo skozi določene faze, obdobja, zato je prav, da te faze medicinske sestre poznajo. Kubler-Rossova (2005) predstavlja 5 faz značilnega psihološkega obrambnega vedenja:

- faza - **ZANIKANJE** (denial), pacient zanika dejstva o resnosti bolezni in situacije, v kateri se je znašel. Pacienti so v tej fazi nezaupljivi, dvomijo, veliko sprašujejo in imajo pri tem svoje razlage. V tej fazi lahko zelo hitro pride do sporov, če zdravstveno osebje ni primerno poučeno in razumevajoče.

- faza – **JEZA** (anger). Pacienti so razdražljivi, napadalni, pogosto se sprejo z najbližjimi, s svojci, z zdravstvenimi delavci, svojo jezo kažejo z nezadovoljstvom s storitvami... Tega ne smemo vzeti kot neposreden napad, ampak moramo pacienta razumeti in se vživeti v njegovo stisko.
- faza – **BARANTANJE, POGAJANJE** (bargaining). Običajno je to kratka, prehodna faza. V tej fazi bi pacienti naredili vse, da bi jim bilo prizanešeno, želja po življenju postane močnejša. V zameno za zdravje, življenje, se pogajajo, barantajo. Občutek krivde je v tej fazi pogosto prisoten. Pogoste so izjave: »O bog, nikoli več se ne bom jezil na ženo« ali »Do konca življenja bom pomagal drugim.« Pacienti bi najraje obrnili čas nazaj, želijo si še eno priložnost, da bi lahko situacijo spremenili.
- faza – **DEPRESIJA**. Paciente prežema žalost in obup. Občutek imajo, da izgubljajo. Pacientom lahko pomagamo s pogovorom, včasih pa besede niso potrebne, paciente razumemo, poslušamo in smo udeleženi pri njihovi bolečini.
- faza – **SPREJETJE**. Pacienti sprejmejo svoje stanje in se umirijo.

Pri premagovanju strahu je pomembna tudi učinkovita komunikacija MS ET, tako verbalna kot neverbalna. Pacientu je potrebno omogočiti zasebnost, zato se za pogovor izbere miren prostor. Kontakt vedno začnemo neverbalno, stik vzpostavimo z očmi in nasmehom, verbalno pa s pozdravom in predstavitvijo. S pacientom moramo vzpostaviti zaupljiv odnos, ki ga največkrat dosežemo s spoštljivostjo, vljudnostjo in prijaznostjo. Pacientu damo vedeti, da vse, kar nam bo povedal, ostane med bolnišničnimi zidovi, da nas zavezuje poklicna molčečnost. Če pacienta dobro psihično pripravimo, ga bo manj strah, zato mu različne postopke opišemo, pokažemo pripomočke, ki jih bo uporabljal. Obseg informacij je odvisen od pacientovega stanja, njegovega zanimanja, prizadetosti, njegovo sodelovanje pa je odvisno tudi od njegove izobrazbe, navad, prilagajanja na nove situacije, načina čustvovanja... Če pacient želi pogovor z osebo, ki stomo že ima, se mu to omogoči. Po dobri psihični pripravi sledi označitev mesta stome.

## POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Deli se na dve obdobji:

- na neposredno ali obdobje zbujanja po anesteziji in
- drugo obdobje, ki se nadaljuje po uspešnem prebujenju in traja do odpusta iz bolnišnice (Železnik, Ivanuša, 2002).

Pacient je iz zbujevalnice premeščen v enoto intenzivne nege. Medicinske sestre pripravijo posteljno enoto, postelja se predhodno segreje, ker so

pacienti po tovrstni operaciji večinoma podhlajeni (cistektomija, derivacija urina po Brickerju). Pacienta se uredi, pregleda se operativna rana, vsi dreni, nazogastrična sonda, stoma in prehodnost ureternih katetrov. Naredi se tudi pregled kože (prisotnost rdečine), še posebej nad kostnimi štrlinami (kolki, trtica, pete, komolci, lopatice). Pacienta se priklopi na monitoring, merijo se vitalne funkcije, količina urina in vsebina drenov. Pacient je v tej fazi popolnoma odvisen od tima zdravstvene nege, ki izvajajo vse intervencije. Prvi dve uri se merijo vitalne funkcije vsakih 15 minut, potem pa, v naslednjih 24 urah, vsako uro.

## **ZDRAVSTVENA NEGA PO ŽIVLJENJSKIH AKTIVNOSTIH**

Izpostavila bom samo najpomembnejše življenjske aktivnosti, pri katerih je potrebna posebna pozornost pri pacientu z urostomo.

### **DIHANJE**

Po prihodu iz zbujevalnice se pacientu aplicira kisik, običajno preko kisik-ove maske ali pa po nosnem katetru. Opazuje se frekvenca dihanja, preko oksimetra se meri saturacija (nasičenost krvi s kisikom). V obravnavo se vključi respiratorna fizioterapija, fizioterapevti pacientu pomagajo pri izkašljevanju, učijo jih pravilnega dihanja in izvajanja dihalnih vaj.

### **PREHRANJEVANJE IN PITJE**

Po operaciji lahko hitro pride do elektrolitskega neravnovesja, zato medicinska sestra posebno pozornost posveti vnosu tekočine in hranil. Vodimo in dokumentirano dnevno tekočinsko bilanco, dnevno tehtanje pa je dober pokazatelj izgube tekočine oziroma prenalitosti (Holte, Kehlet, 2006). Pozorni smo na zunanje znake dehidracije (turgor kože, obložen jezik...) in na znake prenasičenosti tekočine (merjenje CVP – centralni venski pritisk, dihanje, edemi ...). Pacient dobiva kontinuirano paranteralno prehrano. Vrsto paranteralne prehrane predpiše kirurg, koliko časa jo bo potreboval, pa je odvisno predvsem od pacientovega splošnega stanja. Pacient je prvih 24 - 48 ur na karenci, lahko tudi dlje, vstavljeno ima razbremenilno nazogastrično sondo. Pacientu se razloži, zakaj ne sme piti in jesti, ter mu omogočimo vlaženje ustnic in ustne sluznice. Ko je vzpostavljena peristaltika, začne pacient piti tekočino, nadalje dobi čisto juho in potem postopoma prehaja na lahko, kuhano hrano. Pacient lahko dobi visoko energetske napitke, vendar vedno po naročilu kirurga. Dokler ni vzpostavljena peristaltika črevesja, imajo pacienti pogosto težave v smislu meteorizma,

slabosti, bruhanja. Obravnava je zelo individualna, prilagaja se glede na trenutno stanje in potrebe pacienta.

## IZLOČANJE IN ODVAJANJE

Izločanje urina je kontinuirano, saj normalna ledvična funkcija omogoča nenehno tvorjenje urina. Izločanje urina je prisotno takoj in poteka po ureternih katetrah, ki so vstavljeni v ledvični mehur in potekajo po sečevodih ter izstopajo skozi stomo. Naloga medicinske sestre je, da skrbi za prehodnost ureternih katetrov. Kontrolira se diureza, ki naj bo od 50 do 100 ml/h oz. ne manj od 30 ml/h. V primeru, da urin ne izteka po ureternih katetrah, jih je potrebno prebrizgati s 5-7 ml fiziološke raztopine. Postopek se izvaja sterilno (EAUN, 2009). Medicinska sestra pacienta opazuje in dnevno beleži črevesno peristaltiko (vetrove in blato). Pacienti imajo pogosto težave z meteorizmom, običajno imajo predpisana zdravila (Prostigmin) za preprečevanje črevesne atonije in paralitičnega ileusa. Če ne pride do spontanega odvajanja blata, pacientu zdravnik predpiše odvajala, običajno klistir. Obravnava je individualna, glede na pacientovo stanje in potrebe.

## POOPERATIVNO OPAZOVANJE UROSTOME

Pacient je iz operacijskega bloka premeščen na oddelek z nameščeno postoperativno enodelno kožno podlogo, ki je sterilna, prozorna in ima okno, katero nam omogoča dostop do stome in ureternih katetrov. Ureterne katetre vstavljene v stomo po operativnem posegu prikazujemo v sliki 1 in 2. Stomo opazujemo tako pogosto, kot ostale vitalne funkcije (Burch, 2005). Opazujemo prekrvitev stome in smo pozorni na znake ishemije ali nekroze. Stoma mora biti rožnate ali rdeče barve, če pomodri oz. počrni obvestimo kirurga. Na začetku je prisoten edem, kar je po operativnem posegu normalno in postopoma izginja. Preverjamo temperaturo stome (skozi stomalni pripomoček), ki mora biti tako topla kot trebuh (EAUN, 2009). Del črevesja, ki služi kot prevodna cevka (conduit) proizvaja sluz, ki se izloča skozi stomo. To sluz je potrebno redno odstranjevati in paziti, da ne zamaši ureternih katetrov. S stomo medicinska sestra ravna nežno, da



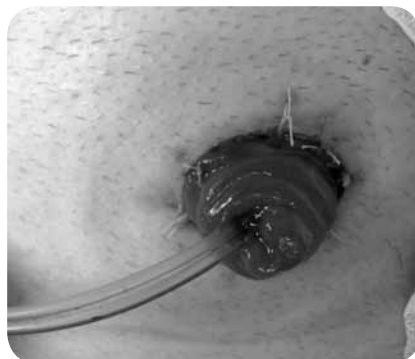
Slika 1. Urostoma s prisotnim edemom in ureternimi katetri

Vir: Jelen, 2009

ne poškoduje sluznice. V primeru krvavitve oz. krvavitvi iz stome takoj obvesti kirurga.

Prvi teden po operativnem posegu se običajno ne menja kožne podloge z vrečko, razen v primerih, ko ta popusti in začne urin zatekati pod podlogo. Stomo čistimo s fiziološko raztopino skozi okno, po potrebi spiramo ureterne katetre.

Po prvi menjavi kožne podloge stomo čistimo z vodo, kožno podlogo se menja na 3-5 dni oz. po potrebi, vrečko pa vsak dan. Zaradi kontrole diureze ima pacient v času hospitalizacije urinsko vrečko priključeno na zbiralno vrečko.



Slika 2: Urostoma z ureternimi katetri

Vir: Jelen, 2009

## UČENJE

Učenje in informiranje pacienta je načrtovano in prilagojeno njegovim fizičnim in psihičnim sposobnostim. Običajno se ob koncu prvega tedna po operaciji začne pacienta aktivno poučevati o negi in oskrbi stome. Pred odpustom iz bolnišnice pa v obravnavo medicinska sestra vključi tudi svojce, katerim pacient zaupa. Poučevanje poteka do odpusta in zajema:

- odstranjevanje in nameščanje kožne podloge ter vrečke,
- opazovanje stome in kože v okolici stome,
- nega kože (umivanje, sušenje) in uporaba kozmetičnih pripomočkov za nego kože
- praznjenje vrečke,
- uporaba nočne zbiralne vrečke.

Ob odpustu iz bolnišnice je pacient (in njegovi svojci) poučen o negi in oskrbi urostome, ter o pripomočkih za nego stome, delovanju ILCO društva. Zdravstveno vzgojno delo temelji na smernicah, ki vsebujejo:

- načela zdravega prehranjevanja,
- pomen zadostne hidracije pacienta,
- pomen telesne aktivnosti po zmožnostih pacienta,
- poznavanje znakov uroinfekta,
- navodila, kdaj mora pacient obvezno k zdravniku (ko začuti bolečine v ledvenem predelu, ko ima povišano temperaturo, ga obhaja slabost ali ga sili na bruhanje, ko je urin moten, krvav ali ima močan vonj).

## KOMPLIKACIJE PRI UROSTOMI

Delimo jih na zgodnje in pozne.

Zgodnji zapleti so tisti, ki nastanejo takoj po operativnem posegu ali kmalu po njem (Jelenc 2006, Ferš 2006):

- neprimerno mesto stome,
- edem stome (običajno takoj po operaciji in lahko traja ves teden),
- krvavitev s površine stome ali iz notranjosti stome (običajno takoj po operaciji),
- nekroza stome (opazimo jo že v prvih 24 urah po operaciji),
- dehiscenca stome,
- retrakcija stome – ugreznjenje,
- spremembe na koži v okolici stome,
- anurija,

Pozni zapleti stom so tisti zapleti, ki se pojavijo kasneje, običajno ko je pacient že doma (Jelenc 2006, Mihelič 2006, EAUN 2009):

- stenoza (zožitev)stome,
- prolaps stome,
- parastomalna kila,
- spremembe v okolici kože,
- ileus,
- hidronefroza,
- tvorba urinskih kristalov na urostomi in v okolici urostome.

Namestitvi stome na neprimerno mesto se kirurg izogne, če v zdravstveno obravnavo pacienta vključimo predoperativni pregled in posvet enterostomalne terapevtke, ki s sodelovanjem pacienta označi primerno mesto stome. **Edem stome** in venski zastoj se pogosto pojavita neposredno po operaciji. Ishemija je lahko posledica prekratkega mezenterija ali slabe prekrvitve končnega dela črevesa. **Nekroza** nastopi pogosteje pri debelih pacientih in pri tistih, ki so imeli nujno operacijo. **Krvavitev** lahko povzročimo s poškodbo ob neprevidni menjavi pripomočkov za oskrbo stome (običajno je to manjša krvavitev). Vzrok krvavitve je lahko neustrezna hemostaza, vpliv nekaterih zdravil, portalna hipertenzija, poškodba. Krvavitve se zdravijo konzervativno (hlajenje stome, led lokalno na manjše krvavitve), lokalno s pritiskom na mestu krvavitve, če pa krvavitev ne poneha, je potrebno namestiti šiv ali z elektrokauterizacijo požgati mesto krvavitve (Tomc Šalamun, 2006). Krvavitev iz odprtine stome kaže na dodatno bolezensko stanje ali poškodbo, če prejšnji ukrepi ne zadoščajo je potrebna kirurška obravnava.



**Dehiscenca stome** pomeni, da se je stoma ločila od okolne kože, kar prikazujemo v sliki 3. Dehiscenca je lahko delna (samo na enem mestu) ali po celem obsegu stome. Pogosto nastane kot dodaten zaplet pri nekrozi stome in ugreznjenju stome. Pogosteje se pojavi pri pacientih, ki so imunsko kompromitirani, pacientih s sladkorno boleznijo in pri pacientih, ki so na kortikosteroidni terapiji. Takšne stome medicinske sestre obravnavajo konzervativno. Stomo spirajo s fiziološko raztopino, uporabljajo hidrokoloid v obliki paste, obročkov ali traku ali visoko vpojne sodobne obloge za oskrbo ran.



Slika 3: Dehiscenca urostome in vnetja okolica stome

Vir: Jelen, 2009

## **SPREMEMBE KOŽE (VNETJA, INFEKCIJE, ALERGIJE)**

Nastanejo iz različnih vzrokov. Največkrat so vzrok urin, ki poškoduje kožo, mehanske poškodbe, povzročene zaradi neprimerne odstranitve kožne podloge, infekcije (folikulitis), kožna obolenja (psoriza, ekcem), imunska obolenja (kontaktni dermatitis) (EAUN, 2009). Preprečimo jih lahko z dobro narejeno stomo in primerno nego stome. Urostoma mora biti dvignjena vsaj 1 cm nad nivojem kože. Pri preprečevanju sprememb na koži je pomembno zgodnje učenje pacienta o negi stome in kako naj ravna s pripomočki za nego stome (pravilno umivanje in nega ter zaščita kože, pravilen izrez kožne podloge, praznjenje vrečke...). Lahko se pojavi tudi alergija na material, iz katerega je izdelana kožna podloga, v takem primeru je potrebno zamenjati oziroma izbrati drugo kožno podlogo.

## **RETRAKCIJA STOME ALI UGREZNJENJE**

O ugrezu govorimo, ko je stoma pod nivojem kože oz. ne sega nad nivo kože. Vzroki so različni, povzroči jo lahko nekroza po operaciji, težka kreacija stome zaradi debelosti pacienta, zdravljenje z obsevanjem pred operacijo, kronične kožne infekcije ali zaradi pridobljene telesne teže (EAUN, 2009). Takšne stome potrebujejo skrbno zdravstveno nego, velikokrat moramo menjati pripomočke za nego stome, iskati moramo optimalni pripomoček, ki bo pacientu nudil varnost in udobje. Uporabljamo lahko konveksne kožne podloge, hidrokoloid v obliki paste, obročkov ali traku. Včasih pa je dovolj, če uporabimo enodelni sistem, ki je mehek in prilagodljiv.

## ANURIJA

Anurija je bolezensko stanje, ko ledvice popolnoma prenehajo delovati oz. izločijo le do 100 ml urina. Vzroki zavrtega izločanja seča so lahko:

### **Prerenalni dejavniki:**

- hipovolemija (dehidracija, krvavitev),
- kardiovaskularna insuficienca (kardiogeni šok, povečana kapaciteta žil).

### **Postrenalni dejavniki (obstrukcija)**

### **Parenhimska akutna ledvična odpoved = akutna tubulna nekroza (ATN):**

- ishemična,
- nefrotoksična (Springhouse, 2006).

Anurija lahko nastane zaradi zamašitve ureternih katetrov. V tem primeru je potrebno prebrizgati ureterne katetre. Pri urostomi je pomembno redno pregledovanje prehodnosti katetrov, odstranjevanje sluzi in stalna kontrola količine urina.

## HIDRONEFROZA

Nastane zaradi oviranega odtoka seča iz ledvic. Ledvica zaradi zastalega seča nabrekne. Če motnja ni pravočasno odstranjena, lahko posledično poškoduje delovanje ledvic.

## URINSKI KRISTALI

Nastanejo zaradi alkalnega urina in se lahko pojavijo na stomi ali na okolni koži kot beli zrnati kristalčki. Kristali kožo in stomo poškodujejo in povzročajo krvavitve. Pri odstranjevanju urinskih kristalov si pomagamo z obkladki namočenimi v belem kisu (pol belega kisa in pol vode). Pacientom svetujemo pitje tekočine, obogatene z vitaminom C in uživanje brusnic, kar pripomore k zniževanju alkalnosti urina. Brusnice tudi znižujejo tvorbo sluzi in so dobra preventiva pred okužbami sečil (EAUN, 2009).

## ODPUST PACIENTA

Načrtovanje odpusta pacienta z urostomo je pomembna etapa v zdravstveni negi, saj je potrebno sodelovanje in uskladitev med zdravnikom, oddelčno medicinsko sestro, medicinsko sestro enterostomalno terapevko, lahko tudi drugimi strokovnjaki (dietetik, fizioterapevt...). Dobra priprava odpusta pacienta vpliva na zmanjšanje števila hospitalizacij, manj je obiskov v ambulantah, boljše je poznavanje bolezni, ter vodi v boljše samooskrbo in kakovost življenja (Peternelj, 2005, cit. po Vrankar, 2008). Običajno so pacienti odpuščeni 14. dan po operaciji, lahko tudi prej. Pacient ni nikoli

odpuščen brez ustrezne edukacije, zato je koordinacija med posameznimi strokovnjaki pomembna. Oddelčna medicinska sestra uredi in pripravi vso pacientovo dokumentacijo, napiše oz. izpolni odpustni dokument zdravstvene nege (oddelčna MS in MS ET), zdravnik napiše odpustnico in mu predpiše potrebna zdravila. MS ET izpolni naročilnico za medicinsko tehnične pripomočke, podpiše pa jo zdravnik. MS ET telefonsko obvesti pristojno patronažno medicinsko sestro, ki bo pacienta obiskovala na domu in ji da potrebne ter ustrezne informacije.

## ZAKLJUČEK

Pacient, pri katerem se pričakuje urostoma, je izredno ranljiv, zato je pomembno, da se ga že od sprejema naprej obravnava s primernim občutkom in empatijo. Pomembno je dobro sodelovanje v timu zdravstvene nege, kakor tudi z ostalimi zdravstvenimi timi. Pacientu je potrebno prisluhniti in mu ponuditi oporo v fizičnem, psihičnem in socialnem smislu. MS morajo imeti ne samo dovolj strokovnega znanja, ampak tudi znanja iz psihologije in komunikacije, predvsem pa morajo imeti veliko mero razumevanja in tenkočutnosti.

---

## LITERATURA

1. Burch J. (2005). Exploring the conditions leading to stoma-forming surgery. Br J Nurs 14 (6):310-18.
2. European Association of Urology Nurses (2009). Good practice in health care: Incontinent urostomy. Dostopno na: [www.uroweb.org/fileadmin/.../EAUN\\_IU\\_Guidelines\\_EN\\_2009\\_LR.pdf](http://www.uroweb.org/fileadmin/.../EAUN_IU_Guidelines_EN_2009_LR.pdf)
3. Ferš S. (2006). Zdravstvena nega bolnika z urostomo in komplikacije. V: Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana. Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego: 155-57.
4. Holte K., Kehlet H. (2006). Fluid therapy and surgical outcomes in elective surgery: a need for reassessment in fast-track surgery. J Am Coll Surg 202 (6): 971-89.
5. Jelenc F. (2006). Zapleti pri črevesnih stomah. V: Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana. Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego: 77-81.

6. Kübler-Ross E., Kessler D. (2005). On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. London [etc.] : Simon & Schuster: 7-23.
  7. Mihelič M. (2006). Urinske stome pri odraslih, suhe stome, zapleti, pelvična eksenteracija. V: Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana. Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego: 149-54.
  8. Nichols RL (2001). Preventing surgical site infections: a surgeon's perspective. *Emerg Infect Dis*; 7 (2). Dostopno na : <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/nichols.htm>
  9. Springhouse (2006). *Handbook of Signs & Symptoms (Third Edition)*. Dostopno na: <http://www.wrongdiagnosis.com/a/anuria/book-diseases-5b.htm>
  10. Tomc Šalamun D (2006-2007). Oskrba zapletov izločalnih stom. V: Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije, Ljubljana. Klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego: 82-85.
  11. Vrankar K. (2008). Pripravljenost pacienta na odpust. Zbornik predavanj. 4 Slovenski pneumološki in alergološki kongres, Portorož: 45-50.
  12. Železnik D., Ivanuša A. (2002). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola.
- 

## VIRI

1. Jelen A. (2009). Osebni fotografski arhiv.
2. Lastne izkušnje pri delu.

---

# PERKUTANA NEFROSTOMA

## PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY

---

*Igor Sterle, dr.med.,spec.urolog*

*Aleš Sedlar, dr.med.,spec.urolog*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

*Klinični oddelek za urologijo*

*igor.sterle@kclj.si*

### IZVLEČEK

Ovirano odtekanje urina na nivoju zgornjih sečil je motnja, ki lahko vodi do prehodne ali celo trajne izgube ledvične funkcije. Zato moramo pri vsaki ugotovljeni odtočni motnji čimprej poskrbeti za dokončno razrešitev ovire ali poskrbeti za začasno premostitev ovire s pomočjo JJ opornice ali ureternega katetra, ki ju cistoskopsko vstavimo v sečevod do ledvice. Če to ni možno, je bolniku potrebno vstaviti perkutano nefrostomo (PN). Pri-spevek obravnava pomen perkutane drenaže preko nefrostomskega kate-tra, predstavljeni so razlogi za vstavitve PN, kontraindikacije, komplikacije in osnovna navodila za ravnanje s perkutano nefrostomo.

### KLJUČNE BESEDE

perkutana nefrostoma, obstrukcija zgornjih sečil

## **ABSTRACT**

Impaired urinary drainage at the level of upper urinary tract is a condition which can lead to transient or permanent kidney function loss. This is the reason why permanent solution of every obstruction must be done as soon as possible. If a lasting solution can not provided soon enough, JJ stent or ureteral catheter should be placed in ureter cystoscopically or, if this is not possible, percutaneous nephrostomy placement is obligatory.

Percutaneous nephrostomy importance, indications and contraindications for percutaneous kidney drainage, complications and basic nephrostomy care guidelines are issue of this article.

## **KEY WORDS**

percutaneous nephrostomy, upper urinary tract obstruction

## UVOD

Perkutana nefrostoma je plastična cevka, ki jo preko kože, skozi ledvico, vstavimo v ledvični meh in s tem omogočimo neoviran odtok urina (slika 1). S šivom jo fiksiramo na kožo.

Prva vstavitev perkutane nefrostome, ki jo je leta 1954 napravil Goodwin s sodelavci (1), hkrati predstavlja tudi začetek minimalno invazivne terapije urotrakta. S tehničnim napredkom je vstavitev perkutane nefrostome postala enostaven, rutinski postopek, ki omogoča začasno ali trajno razrešitev zapore zgornjih sečil in s tem ohranitev ali povrnitev ledvične funkcije. Poleg tega lahko z vstavitvijo PN zmanjšamo bolečine in preprečimo septične zaplete, ki bi lahko bili za bolnika življenjsko nevarni. Omogoči nam enostavno kontrolo delovanja ledvice. Po nefrostomi lahko dobimo podatke o koncentracijski sposobnosti ledvice in merimo količino urina.

Vstavitev PN izvede interventni radiolog, indikacije za vstavitev PN pa ugotavlja urolog. Poseg izvajajo pod UZ in/ali rtg kontrolo, v lokalni anesteziji. Pri otrocih, nemirnih bolnikih ali iz drugih razlogov lahko tudi v splošni anesteziji. Ob uvajanju PN bolnik leži na trebuhu. Tipično vboдно mesto je v posteriorni aksilarni liniji, na sredini med 12. rebrom in črvenico (2). To mesto omogoča, da bolnik pri ležanju na hrbtu ne leži na nefrostomskem katetru.



Slika 1: rentgenska slika bolnika z vstavljenim nefrostomskim katetrom



Slika 2: votli sistem in sečevod levo, po aplikaciji kontrastnega sredstva (vir: lastni sliki)

## KONTRAINDIKACIJE ZA VSTAVITEV PERKUTANE NEFROSTOME

Absolutnih kontraindikacij ni, od relativnih pa so najpomembnejše motnje strjevanja krvi, ki jih moramo pred predvideno vstavitvijo PN nujno popraviti. Relativni kontraindikaciji za poseg sta še:

- bolnik v terminalni fazi bolezni
- nosečnost v prvem trimestru, kadar je potrebna fluoroskopija (3).

Preiskave pred vstavitvijo PN:

Vsakemu bolniku napravimo UZ sečil in ob normalnih retentih tudi intravensko urografijo ter kontroliramo laboratorijske izvide (urin, Sanford, hemogram, elektroliti, sečnina, kreatinin, CRP, pč in INR).

## INDIKACIJE ZA VSTAVITEV PERKUTANE NEFROSTOME

Osnovni razlog za vstavev PN je ponavadi pomembna zapora sečil nad višino sečnega mehurja (4), ki je ne uspemo hitro in učinkovito razrešiti z drugimi, manj invazivnimi postopki. V nekaterih ustanovah je obstrukcija vzroka za vstavev PN v 87% (5), drugje pa je ta razlog v manjšini in je vstavev PN le prva stopnja priprave dostopa za različne endourološke postopke (6). Do zapore lahko pride zaradi različnih vzrokov:

- kamni v sečilih,
- različni maligni tumorji (urološki, ginekološki, abdominalni),
- poškodbe,
- retroperitonealna fibroza in drugo,
- brazgotinjenje (po operativnih posegih v področju sečevodov, vnetjih...),
- pionefroza,
- hemoragični cistitis,
- prirojene anatomske anomalije.

Za PN se odločimo tudi v primeru, ko ni obstrukcije in gre za iztekanje urina zaradi različnih vzrokov (7): po operativnih posegih na sečilih (fistule na anastomozi), po poškodbah, iatrogenih poškodbah sečevoda (ginekološki, urološki, abdominalni op. posegi v medenici ali trebuhu) ali pri pooperativnih komplikacijah po transplantaciji ledvice.

Različni vzroki obstrukcije imajo za posledico tudi različno nadaljevanje obravnave bolnika. Klinična simptomatika je lahko zelo pestra.

Zapora je lahko enostranska ali obojestranska, notranja ali zunanja (pritisk



na sečevod od zunaj), akutna (kamen v sečevodu) ali dolgotrajna. Bolnik ima lahko hude bolečine ali pa je povsem brez njih, lahko ima po laboratorijskih izvidih normalno ledvično funkcijo ali pa je ta zelo močno prizadeta, lahko ima normalne vnetne parametre ali pa je septičen in zato zelo ogrožen. Ledvični meh in sečevodi so lahko normalno široki ali pa močno razširjeni. Razširjen votli sistem bistveno olajša vstavev PN.

Enostransko ali obojestransko hidronefrozo lahko ugotovijo otroku že pred rojstvom. Če se izkaže, da je vzrok razširjenost votlega sistema zapora zgornjih sečil, se lahko po rojstvu odločimo za vstavev PN.

Zaradi pritiska ploda na sečevod ali zaradi kamna v sečevodu lahko pride do zapore urina tudi pri nosečnici. Če vstavev JJ opornice ni možna, je včasih potrebno vstaviti PN.

Stanj, ko je vstavev PN zelo nujna ali urgentna je malo. Najpomembnejše urgentno stanje za vstavev PN je pionefros. V tem primeru je drenaža nujna zaradi nevarnosti urosepse in možnosti nepopravljive okvare ledvične funkcije, bolnik pa je tudi vitalno ogrožen. Nujno stanje je tudi akutno nastala zapora sečevoda zaradi kamna, ki ga ne moremo dovolj hitro odstraniti ali vstaviti JJ opornice ali ureternega katetra.

Po vstavitvi PN pri bolniku s še ohranjeno ledvično funkcijo po kratkotrajni zapori, sledi poliurična faza z obilnimi diurezami. Ledvična funkcija se hitro popravi, vrednosti retentov se normalizirajo. Pri dolgotrajni zapori pa je izboljševanje ledvične funkcije upočasnjeno, traja več tednov ali celo mesecev, včasih pa izboljšanja sploh ni. Diureze so majhne in se ne izboljšujejo.

Dolgotrajna popolna zapora ledvice lahko povzroči nepopravljivo okvaro ledvične funkcije, ne glede na vzrok zapore, še posebej hitro pa do okvare pride kadar je zapori pridružena še okužba sečil.

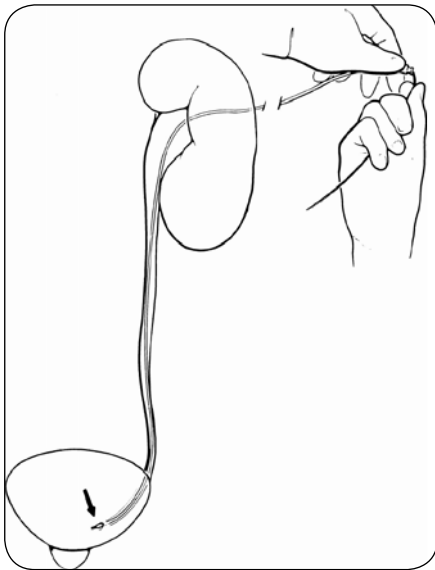
Vstavev PN je poseg, ki prepreči nadaljnjo škodo za bolnika in nam da čas za izboljšanje kliničnega stanja in nadaljevanje diagnostike ter kasneje dokončno rešitev zapore sečil (4).

Po umiritvi akutne situacije napravimo antegradno pielografijo (slika 2) z aplikacijo kontrastnega sredstva po PN, ki nam lahko pokaže vzrok, višino, dolžino zapore, izrazitost dilatacije votlega sistema ledvice... Antegradna pielografija naj bi bila običajni sestavni del vsake perkutane punkcije.

Pri napredovalih malignomih v medenici ali v trebuhu včasih pride do zapore sečevoda, ki povzroči dokončno odpoved prizadete ledvice, bolniku pa ne dela večjih težav. Te se pojavijo takrat, ko je oviran odtok tudi iz druge ledvice. Če takemu bolniku ne uspemo retrogradno (od mehurja proti

ledvici) vstaviti JJ opornice ali ureternega katetra, je nujna vstavitev PN. V hujših primerih lahko tak bolnik prehodno potrebuje hemodializo. Po umiritvi akutnega stanja poskusimo JJ opornico vstaviti antegradno. Poseg pod kontrolo rtg napravijo interventni radiologi.

Po vstavitvi PN lahko napravimo terapevtske posege, s katerimi odpravimo vzrok zapore (zunajtelesno drobljenje kamnov (ESWL), ureterorenoskopija (URS), klasični operativni posegi) ali pa se odločimo za antegradno vstavitev JJ opornice v sečevod (6). To pomeni, da preko PN v sečevod do mehurja uvedemo vodilno žico, nato pa preko nje še JJ opornico. En konec JJ opornice leži v ledvičnem mehu, drugi pa v sečnem mehurju (slika 3).



Slika 3: Antegradna vstavitev JJ opornice (6)

Antegradna vstavitev JJ opornice je pogosto uspešna tudi v primerih, ko retrogradna vstavitev ni uspela, predvsem kadar je vzrok vijugavost sečevoda, fistula, "false route" ali kadar pri cistoskopiji ne uspemo najti ostija. Manj uspešna je antegradna vstavitev kadar gre za mehanično obstrukcijo sečevoda. Po uspešni vstavitvi JJ opornice lahko PN odstranimo takoj, običajno pa počakamo še kak dan.

Ker PN omogoča več diagnostičnih možnosti, ima včasih prednost pred retrogradno vstavitvijo JJ opornice tudi, ko je ta možna.

Kadar dokončna kirurška razrešitev zapore ni možna, bolnik potrebuje redne cistoskopske menjave JJ opornice. Če zamenjava ni možna, je potrebna ponovna vstavitev PN.

Pri invazivnem urotelnem raku sečnega mehurja, ki povzroča zaporo ene ali obeh sečevodov, bolnik potrebuje PN do zaključka diagnostike in/ali zdravljenja – radikalne cistektomije, lahko pa tudi kot doživljenjsko terapijo. Včasih se po ESWL večji del ledvičnega kamna ali drobci tega kamna naberejo v delu sečevoda v obliki kamnite ceste (steinstrasse), kar onemogoči odtekanje urina. Če nam vstavev JJ opornice ne uspe, je potrebno vstaviti PN. S tem pridobimo čas in preprečimo okvaro ledvične funkcije. V tednih po vstavitvi PN navadno pride do spontane izločitve drobcev, včasih pa je potreben dodaten poseg – URS.

Ponekod preko PN raztapljajo ledvične kamne (kemoliza), običajno kot dodatek k drugim načinom odstranjevanja kamnov (2).

Kadar je vzrok zapore urina neznan, oziroma ne moremo izključiti malignega obolenja, lahko urin ali izpirek iz nefrostomskega katetra pošljemo na citološko preiskavo.

Nekaterim bolnikom s slabo ledvično funkcijo vstavimo PN za nekaj mesecev. Nato ledvično funkcijo primerjamo s stanjem pred vstavitvijo. To nam pomaga pri odločitvi o morebitnem operativnem posegu, s katerim bi odstranili mesto zožitve oziroma zapore ali celo o odstranitvi nedelujoče ledvice.

Pri bolnikih, pri katerih so druge možnosti izčrpane, je PN potrebna kot doživljenjska oblika drenaže urina. Pri teh bolnikih so potrebne redne menjave nefrostomskega katetra na 3 – 4 (6) mesecev. Kljub izboljšavam materialov se na nefrostomskem katetru, ki je vstavljen dlje časa, nabirajo kristali ledvičnih kamnov, ki zamašijo kateter ali celo otežijo zamenjavo ali odstranitev katetra. Poleg tega se na nefrostomski kateter lahko naselijo bakterije, kar onemogoči popolno ozdravitev okužbe sečil.

Pri vseh bolnikih, še posebej pa pri tistih, ki jim je bila PN vstavljena kot trajna rešitev zapore zgornjih sečil, je potrebna skrbna nega nefrostomskega katetra in redne preveze ter kontrole vbodnega mesta in kože v okolici. Bolnik, njegovi svojci, lečeči zdravnik in patronažna sestra morajo dobiti natančna navodila za ravnanje s PN. Zelo pomembno je, kako natančno je nefrostomski kateter fiksiran (prilepljen) na kožo. Šiv (slika 4) je samo del te fiksacije. Pogosto namreč popusti, kateter izpade in potrebna je ponovna vstavev, ta pa je zahtevnejša, kot je sama zamenjava katetra. Zato s pravilno nego bolniku prihranimo dodatne neprijetnosti.

Bolnik mora biti primerno hidriran. Stalno je potrebno kontrolirati količino in videz urina po nefrostomskem katetru. Če se kateter zamaši, je potrebno prebrizgavanje nefrostome s fiziološko raztopino, po potrebi tudi večkrat dnevno. Kadar PN ne uspemo prebrizgati, je potrebna zamenjava.



Slika 4: nefrostomski kateter, s šivom fiksiran na kožo (vir: lastna slika)

## KOMPLIKACIJE PRI BOLNIKI S PERKUTANO NEFROSTOMO

Zapletov po vstavitvi PN je okrog 4%. Resnejši zapleti so zelo redki (4). Približno polovica bolnikov ima po vstavitvi PN bolj ali manj krvav urin, ki pa se običajno zbistri v 1-2 dnevih. Včasih je krvavitev hujša in je potrebno dodatno spirati nefrostomski kateter, bolnik pa potrebuje transfuzijo (4). Pri močnejši krvavitvi je včasih že takoj po vstavitvi PN potrebna embolizacija krvaveče arterije.

Kadar se krvavitev pojavi več dni po vstavitvi ali odstranitvi PN, je potrebno napraviti angiografijo za izključitev psevdoanevrizme, AV fistule ali poškodbe večje žile (6).

Pri vstavljanju PN pri pionefrosu ali okuženih ledvičnih kamnih lahko pride do urosepse, zato poseg vedno izvajamo ob antibiotični zaščiti. Kadar izvajamo perkutane posege na ledvici (perkutana litotripsija), vedno že pred posegom želimo doseči sterilizacijo urina in s tem zmanjšati možnost za septične zaplete.

Pri uvajanju PN so možne poškodbe organov v trebuhu (črevo, jetra, vraničca, trebušna slinavka) ali v prsnem košu (pleura, pljuča), ki zahtevajo dodatne posege ali odprto operacijo (4, 6).

Med manjše komplikacije spadajo: ekstravazacija urina retroperitonealno, preobremenitev s tekočino, hematurija, zamašitev nefrostomskega katetra, okužba vbodnega mesta PN.

## ZAKLJUČEK

PN je enostaven, zanesljiv, minimalno invazivni poseg za začasno ali trajno drenažo zgornjih sečil, ne glede na vzrok obstrukcije. Z njim preprečimo nepopravljive posledice in pridobimo čas za dokončno rešitev težav, kadar je to možno.

---

## LITERATURA

1. Goodwin WE, Casey WC, Woolf W. Percutaneous trocar (needle) nephrostomy in hydronephrosis. JAMA 1955; 157:891-894.
2. Tanagho EA, McAninch JW (eds): Smith's General Urology, 14th ed, Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1995.
3. ACR-SIR practice guideline for the performance of percutaneous nephrostomy. Dostopno na: [http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality\\_safety/guidelines/iv/percutaneous\\_nephrostomy.aspx](http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/guidelines/iv/percutaneous_nephrostomy.aspx) (23.01.2011).
4. Barbaric ZL. Percutaneous nephrostomy for urinary tract obstruction. AJR Am J Roentgenol 1984; 143:803-809.
5. Ramchandani P, Cardella JF, Grassi CJ, et al. Quality improvement guidelines for percutaneous nephrostomy. J Vasc Interv Radiol 2003;14:S277-S281.
6. Percutaneous Nephrostomy with Extensions of the Technique: Step by Step. Dostopno na: <http://radiographics.rsna.org/content/22/3/503.full>
7. American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria. Dostopna: [http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality\\_safety/app\\_criteria/pdf/ExpertPanelonInterventionalRadiology/TreatmentUrinaryTractObstruction.aspx](http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/app_criteria/pdf/ExpertPanelonInterventionalRadiology/TreatmentUrinaryTractObstruction.aspx)

---

# ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA Z NEFROSTOMO

## NURSING CARE OF PATIENTS WITH A NEPHROSTOMY

---

*Vesna Vrbanec, dipl.m.s.*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika*

*Klinični oddelek za urologijo*

*vesna.vrbanec@kclj.si*

### IZVLEČEK

Pri zdravljenju bolezni sečil imajo pacienti pogosto različne urinske drenaže. Namen teh drenaž je vzpostaviti nemoteno izločanje urina in s tem zagotoviti dober potek zdravljenja. Zdravstvena nega pacientov z urološkimi drenažami je ključnega pomena predvsem pri preprečevanju zapletov pri zdravljenju in pri zagotavljanju kvalitete življenja. Pri uroloških pacientih se najpogosteje srečujemo z akutno zaporo seča. Tem pacientom vstavimo urinski kateter. Če je uvajanje katetra neuspešno, se pacientu preko kože v sečnik vstavi suprapubična cistostoma. Pri zapori gornjih sečil se napravi perkutana nefrostomija. Nefrostomski kateter omogoča razbremenitev ledvice. Nekateri bolniki imajo urinsko drenažo začasno, drugi stalno. Pogosti zaplet ob drenaži je poškodba drenažnih cev, najpogostejši pa okužba sečil. S postopki zdravstvene nege morajo medicinske sestre in zdravstveni tehniki zagotavljati preprečevanje nastanka okužb. Pomembno vlogo pri tem ima zdravstvena vzgoja pacientov in njihovih svojcev.

### KLJUČNE BESEDE

preprečevanje okužb sečil, urosepsa, perkutana nefrostoma, medicinska sestra

### SUMMARY

Patients are often confronted with urinary drainages when being treated for urological diseases. The object of these drainages is to enable an unobstructed voiding and to ensure a successful treatment. Medical treatment of

patients with urological drainages is fundamental for preventing complications and ensuring the patient's quality of life. Most urological patients are suffering from acute urine blockage. A urinary catheter is inserted in those patient. If the catheterization is not possible, a suprapubical cystostomy is the next procedure. Percutaneous nephrostomy is performed when upper urinary tract is obstructed. The nephrostomic catheter enables the discharge of kidneys. Urinary drainages can be temporary or permanent. Some of those patients will have one kind of the drainage for a few months the other for a lifetime. Complications because of damaged drainage tubes are common. The most frequent complication in patient with urinary diversion is infection.

With the procedures of health care, nurses and health technicians must ensure the prevention of infections. The health education of patients and their families also plays an important role here.

## **KEY WORDS**

prevention of infections in urological patients, percutaneous nephrostomy, nurse

## UVOD

Vsem poznan rek pravi, da brez vode ni življenja. In tudi vsi vemo, a o tem molčimo, da življenja ni brez bakterij. Življenje je možno le v povezavi in v ravnovesju z bakterijami, ki so nam hkrati koristne in obenem predstavljajo smrtno grožnjo (Oblak, 2001).

Urin je primarno sterilna telesna tekočina. Pri zdravemu človeku na vsej poti, od ledvic do sečnika ni prisotnih mikroorganizmov, z izjemo zadnjega, distalnega dela sečnice, kjer je prisotna normalna bakterijska flora, ki najpogosteje kontaminira urin. Bakteriurija je bakterijska kolonizacija sečnih poti brez vnetnega odgovora. Manjše število bakterijskih kolonij v urinu (CFU- *colony forming units*) je klinično nepomembno. Asimptomatska bakteriurija velikokrat spontano izzveni. Klinično pomembna je za diagnostiko pri simptomatskem bolniku, ker lahko vodi v zapletene okužbe: *urethritis, cistitis, prostatitis, epididimitis, pielonefritis, bakteriemij, sepsa*.

Nastanek okužbe je odvisen od lastnosti gostitelja in povzročitelja.

Večina mikroorganizmov lahko povzročiti predhodno bakteriemijo in sepsa, zlasti pri imunsko oslabljenih ljudeh.

Nefrostoma je cevka katera v ledvenem predelu, ki skozi kožo vstopa v ledvico oz. votli sistem ledvice. Vstavlja se jo pod rentgenskim ali ultrazvočnim nadzorom, v nekaterih primerih pa operativno. Zapora sečil je lahko enostranska ali obojestranska.

Indikacije za vstavev perkutane nefrostome so:

- posledica prirojenih anomalij,
- sečnih kamnov,
- ekspanzivni procesi v okolici sečnih izvodil,
- rak- mehurja, maternice, prostate, črevesni rak (Kmetec, 2006).

Njen namen je razbremeniti ledvico, ko pride do zapore seča pod ledvico. Prišita je na kožo. Okolico je potrebno skrbno opazovati, negovati in prevezovati, kajti vbodno mesto nefrostome so lahko vstopna vrata za bakterije. Nikakor ne sme priti do motenega odtokanja urina. Zapora urina v ledvici lahko povzroči bolečine, temperaturo, mrzlico in sepsa.

Najhujša komplikacija, ki lahko ogroža življenje pacienta, je vsekakor sepsa.

## SEPSA

Sepsa je klinično stanje z znaki hude infekcije s sistemskim odzivom na okužbo. Urosepsa je sepsa, katere vir se nahaja v sečilih (Muzlovič, 1999).



Najpogostejši povzročitelji so anaerobne, gram- negativne bakterije. Ko je okužba povezana z obstrukcijo, najprej razrešimo le-to, da preprečimo hidronefrozo in nadaljnje razmnoževanje bakterij. Nujna je takojšnja drenaža prizadete ledvice, vse druge intervencije so indicirane, ko je bolnikovo stanje stabilno.

## SEPSA PRI PACIENTIH Z NEFROSTOMO

Pojavlja se zlasti pri imunsko oslabljenih bolnikih. V določenih stanjih (npr. po operaciji) se mehanizem naravne odpornosti lahko poruši. K temu mnogokrat pripomore nekontrolirana uporaba antibiotikov in različni invazivni posegi. Ne nazadnje se ljudje močno razlikujejo med seboj glede na sprejemljivost za različne povzročitelje okužb (npr. sladkorni in onkološki pacienti). Sepsa lahko povzroči nastanek septičnega šoka in smrt. Septični šok pomeni znižan krvni tlak in zmanjšan pretok krvi v organih. Navadno ga sprožijo bakterijski produkti, ki povzročajo sproščanje citokinov iz mikrofagov. Zato pride do hemodinamskih motenj in oslabiljenega delovanja organov (Muzlovič,1999).

Klinični znaki sepse.

- spremenjena telesna temperatura, ki je lahko višja od 38°C ali nižja kot 36°C,
- mrzlica,
- tahikardija,
- tahipnea,
- levkocitoza,
- oligurija.

Povzročitelji urosepse so najpogosteje aerobne, gram negativne bakterije (E. Coli, Pseudomonas a. Klebsiella...), pa tudi glive (npr. Candida albicans), virusi in paraziti. Urosepso ugotavljamo na podlagi klinične slike, mikrobiološke preiskave urina in hemokulture.

Vzroki za nastanek urosepse so:

- ovira v odtoku seča,
- ledvični kamni,
- prirojene anomalije sečil,
- urinski kateter,
- akutni bakterijski prostatitis,
- ledvična papilarna nekroza,

- sladkorna bolezen,
- nevrogeni mehur,
- nosečnost,
- stalna prisotnost bakterij v sečilih, kot posledica kroničnega prostatitisa, vnetno spremenjene atrofične ledvice, ciste, tujki, paravezikalni abscesi...

Kadar je nastanek urosepse povezan z obstrukcijo ledvic (ene ali obeh), najprej razrešimo le to, da preprečimo nastanek hidronefroze in ledvično okvaro. Nujna je takojšnja drenaža prizadete ledvice z vstavitvijo perkutane nefrostome. Najpogostejši vzrok za nastanek obstrukcije ledvic in urosepso so kamni v sečevodu. Razrešitvi vzroka obstrukcije se pristopa šele, ko je stanje pacienta stabilno.

## **OBRAVNAVA PACIENTA Z AKUTNO OBSTRUKCIJO LEDVIC**

Sprejem pacienta z akutno obstrukcijo ledvic je urgenten. Takoj ko smo pri pacientu posumili na sepsu, moramo začeti z merjenjem krvnega tlaka, srčne frekvence, telesne temperature, frekvence dihanja in bilanco tekočine. Pacientu damo kisikovo masko, pričnemo z intravenozno tekočinsko terapijo ter ga premestimo v intenzivno enoto.

Diagnostično terapevtski postopki ob sprejemu:

- odvzem urina za Sanford in sediment,
- odvzem krvi za laboratorijske preiskave: hemogram, elektroliti, kreatinin, sečnina, PČ, INR,
- pregledna slika urotrakta,
- ultrazvok sečil,
- merjenje vitalnih funkcij,
- lajšanje bolečin,
- psihična priprava bolnika na poseg - perkutano nefrostomijo (Vrbanc, Horvat, 2008).

Urosepso zdravimo s širokospektralnimi antibiotiki in nadomeščanjem tekočine.

Po vstavitvi perkutane nefrostome ves čas spremljamo barvo in količino urina. Preveza vbodnega mesta se napravi kmalu po vstavitvi, ker je vbodno mesto krvavo (slika 1). Vbodno mesto očistimo s sterilno fiziološko raztopino, nefrostomski kateter razkužimo z alkoholnim zloženčkom in ga prekrijemo z preklanimi zloženci. Fiksiramo s prozornim lepilnim trakom.

Nefrostomski kateter dodatno pritrdimo na kožo, da preprečimo izpad ali poškodbo cevke (slika 2). Naslednja preveza je na 72 ur oz. po potrebi. Postopek ustrezno dokumentiramo. Bolnika in njegove svojce informiramo in učimo zdravstveno negovalnih postopkov v zvezi z nefrostomo (Vrbanc, 2008 a).



Slika 1. Nefrostoma



Slika 2. Preveza nefrostome

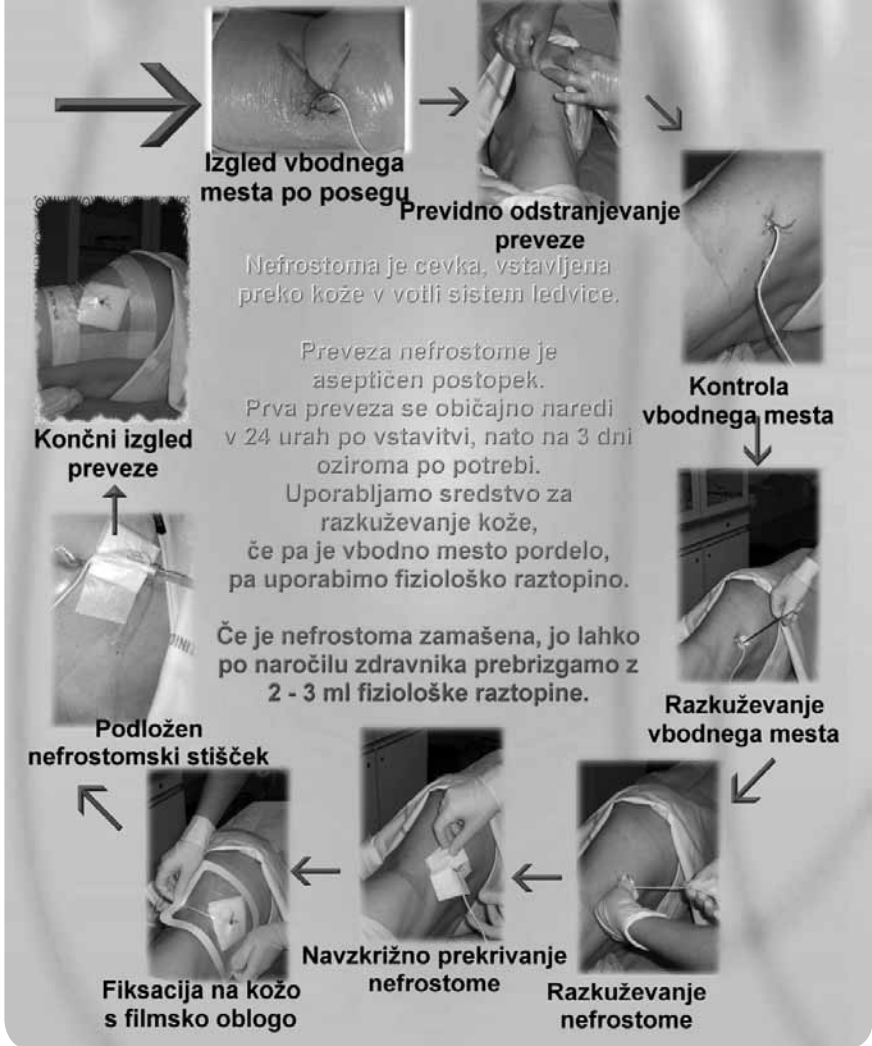
## CILJI ZDRAVSTVENE NEGE

- preprečiti nastanek septičnega šoka,
- zagotoviti nemoteno izločanje urina iz prizadete ledvice,
- preprečiti nastanek okužbe na vbodnem mestu,
- preprečiti izpad nefrostomskega katetra,
- zdravstveno vzgojno delovanje – osveščen bolnik in njegovi svojci,
- zagotoviti bolniku pomoč na domu - patronažna služba,
- zagotavljanje varnosti bolnika,
- dobro psihofizično počutje bolnika (Krišelj Žebovec in sod., 2008).

Nefrostomski kateter je lahko vstavljen za krajše ali daljše časovno obdobje. Pogosto so bolniki z nefrostomo odpuščeni v domačo oskrbo. Zato je zdravstvena vzgoja izrednega pomena. Za ustrezno oskrbo v domačem okolju bolniku ob odpustu, njegovim svojcem in patronažni službi posredujemo pisno-slikovna navodila (slika 2).

# PREVEZA NEFROSTOME

Tadeja Krišelj Žebovec, Franci Eržen, Vesna Vrbanec, Zdenka Horvat  
KO ZA UROLOGIJO, KLINIČNI CENTER LJUBLJANA  
Telefon: 01 522 37 82



Slika 3. Navodila za prevezo nefrostome (Krišelj Žebovec in sod., 2008).

## ZAKLJUČEK

Perkutana nefrostoma je danes nepogrešljivi spremljevalec urološke prakse pri izpeljavi seča iz obstruiranega, razširjenega ali z gnojno vsebino napolnjenega votlega sistema ledvic.

Holističen pristop bolniku, kontinuirana zdravstvena nega in timsko delo

zagotavljajo dobre rezultate zdravljenja in zadovoljstvo bolnikom. Zato je pomembno, da imamo medicinske sestre dovolj teoretičnega znanja, praktičnih izkušenj in da znamo prepoznati zaplete. Medicinske sestre pri svojem delu ravnajo tako, da bolniku vzbujajo zaupanje, mu skušajo pomagati s svojim strokovnim znanjem in ga informirati. V procesu zdravljenja in zdravstvene nege urološkega bolnika je vloga medicinske sestre kompleksna. Medicinska sestra nastopa kot izvajalka zdravstvene nege, učiteljica, svetovalka, zagovornica, pred vsem pa kot človek ki bolniku in njegovim bližnjim nudi oporo, podporo in pomoč.

---

## LITERATURA

1. Kmetec A., Indikacije za vstavev urinskih drenaž - perkutane nefrostome in cistostome. V: Kmetec A., ed. Zbornik povzetkov: Urološki simpozij - starostnik z urološkimi težavami, Ljubljana, Slovenija, 7. oktober 2006. Ljubljana: Lek; 2006: 78-81.
2. Muzlovič I., Pristop k bolniku s sepsom. V: Kremžar B., Šola intenzivne medicine. Ljubljana: SZIM, 1999: 89-100.
3. Oblak C., Epidemiologija in etiopatogeneza bakterijskih okužb sečil, Zbornik povzetkov: Simpozij - okužbe sečil, Ljubljana, Slovenija, 17. november 2001. Ljubljana: Lek 2001; 7-11.
4. Vrbanec V., Horvat Z., Preprečevanje urosepse pri bolnikih z vstavljenom perkutano nefrostomo. Zbornik predavanj, 7. simpozij urološke zdravstvene nege. Olimje 2008; 88-89.
5. Vrbanec V., Preprečevanje bolnišničnih okužb pri bolnikih s urinskim kate- trom, cistostomo, nefrostomo. Interklinični seminar higienikov. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2008a
6. Krišelj Žebovec T., Horvat Z., Vrbanec V., Nursing care of patients with nephro- stomy. Ljubljana. WECT, 2008: 166.

---

# INTERMITENTNA URINSKA KATETERIZACIJA

## INTERMITTENT URINARY CATHETERIZATION

---

*Zdenka Dimnik Vesel, viš.med.ses., ET  
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije-Soča  
zdenka.vesel@ir-rs.si*

### IZVLEČEK

Med funkcionalnimi motnjami, ki pacientu sprožajo občutke negotovosti, sramu, odvisnosti in manjvrednosti, je na prvem mestu inkontinenca. Vzroki uhajanja urina so različni in lahko nastopijo v različnih življenjskih obdobjih. Ob sprejemu v Univerzitetni rehabilitacijski inštitut imajo pacienti trajni urinski kateter. Med hospitalizacijo bo načrtovana odstranitev katetra. Sledil bo trening mehurja in sterilna intermitentna katetrizacija. Zaradi prevelike količine urina, ki se spontano ne izloči, bo potrebna intermitentna katetrizacija tudi v domačem okolju. Pacienti se učijo čiste intermitentne katetrizacije. V primeru, ko ni ohranjena zadovoljiva funkcija rok, se te veščine učijo tudi njihovi svojci.

### KLJUČNE BESEDE

inkontinenca, trening mehurja, intermitentna katetrizacija, zdravstveno-vzgojno delo

## ABSTRACT

Functional disorders, which cause a patient feelings of insecurity and shame, dependence and inferiority, the incontinence, is on the first place. Causes leakage of urine are different and can occur at different life stages. Upon acceptance into the Institute of the Republic of Slovenia for rehabilitation patients have a permanent urinary catheter. During the hospitalization, catheter removal is planned. After the removing of the catheter training and sterile intermittent bladder catheterization is following. If in the bladder remains too much urine, which isn't eliminated, the patient will require intermittent catheterization for long period of time even in their home environment too. They learn how to do clean intermittent catheterization by themselves. If the function date of their fingers isn't sufficient, the relatives also learn the clean intermittent catheterization.

## UVOD

Zdravstvena nega je dinamičen proces strokovnega reševanja človekovih problemov in temelji na mišljenju, znanju in izkušnjah. Človeka obravnava kot celoto, kot dinamično silo v svojem okolju, ki deluje v smeri doseganja zunanjega in notranjega ravnovesja.

Rehabilitacijska zdravstvena nega je specifična zdravstvena nega, ki predstavlja vrsto posegov in opravil, ki jih izvajamo v času zdravljenja in rehabilitacije, da bi ublažili posledice in preprečili komplikacije bolezni in poškodb. V kombinaciji opravil osnovne in specialne zdravstvene nege s specifičnimi postopki osamosvajanja pacienta je zgrajen povsem nov vidik zdravstvene nege, ki se bistveno razlikuje od klasičnega pojmovanja zdravstvene nege (Hren, 2003).

Pacient je sprejet v našo Ustanovo zaradi različnih zdravstvenih problemov, urinska inkontinenca je po navadi le spremljajoča težava. Normalno zadrževanje urina je posledica uravnavanja pritiskov v mehurju, trebušni votlini in pritiska gladke mišične stene mehurja, na eni strani in pritiska v sečnici, ki je nekajkrat višji od pritiska v mehurju, na drugi strani. Ob naporu, kašlju, hoji, se ti pritiski povečajo in uravnavajo tako, da urin ne uhaja. V primeru, da je pritisk v sečnem mehurju višji kot v predelu mišice zapiralke v sečnici, začne urin uhajati (Hren, 2003). Pri nadzorovanem praznjenju sečnega mehurja, se aktivira mišica sečnega mehurja, poveča se pritisk v samem mehurju, sprostijo se mišice zapiralke sečnice in odpre se vrat sečnega mehurja. Če je občutljivost ohranjena, pacient začuti krčenje mehurja in skuša s krčenjem mišice zapiralke, preprečiti uhajanje urina, kar se mu lahko posreči ali pa tudi ne (Hren, 2001).

## URINSKI KATETER IN TRENING MEHURJA

Okvara hrbtenjače, s posledično para in tetraplegijo, povzroči težjo obliko telesne prizadetosti. Poleg ohromitve od mesta okvare navzdol, motenj v občutljivosti za dotik, toploto in bolečino, so posledice tudi motnje v izločanju urina (Škorjanc, 1998). Po poškodbi hrbtenjače, se razvije spinalni šok, ki traja različno dolgo (4-6 tednov). V tem času imajo pacienti trajni urinski kateter, uveden preko sečnice ali cisto stomski kateter, ki ga uvedejo s kirurškim posegom skozi trebušno steno v sečni mehur. V času, ko ima pacient urinski kateter, se mu mehur skrči in nima kapacitete, ki je potrebna za zadrževanje urina. Da bi se vzpostavila zadovoljliva kapaciteta, kateter pred odstranitvijo zapiramo, najprej na 1 uro (1 uro je kateter zaprt, ½ ure odprt). Če pacient nima težav z znaki prepolnega mehurja, kot so: glavobol, naval krvi v glavo, tiščanje na vodo, povišan krvni tlak, rdeče lise po telesu



(znaki avtonomne hiperrefleksije), čas zapiranja postopoma podaljšujemo na 2, 3, 4 ure. Če praznimo zelo poln mehur, ga moramo prazniti počasi. Kateter zapremo, ko izteče 500 ml urina in nadaljujemo s praznjenjem čez ½ ure. Na ta način se izognemo krvavitvi, ki lahko nastopi ob prehitrem praznjenju mehurja (Dimnik Vesel, 2001).

Ob poškodbi hrbtenjače je zveza med sečnim mehurjem, refleksnim centrom v hrbtenjači in možgani prekinjena:

- ne pojavi se občutek polnega mehurja
- že začetega uriniranja ni mogoče zadržati
- zavestna kontrola uriniranja ni mogoča.

Urinski kateter, ki je v telesu le začasno, je tujek. Povzroči lahko pogosta vnetja, tvorbo usedlin, kristalov, ki so lahko posledica pojava bakterij.

Ko pacientu odstranimo urinski kateter, začnemo s treningom mehurja. Da bi zagotovili dobro sodelovanje pacienta, se mora pred začetkom treninga z njim pogovoriti zdravnik, enake informacije (glede zaužite tekočine) mora pacient dobiti tudi od negovalnega osebja. Pacient mora vedeti, da tudi hrana, npr. jogurt, sadje, vsebujejo tekočino, ki jo mora prišteti k popiti tekočini. Bistvo treninga mehurja je navajanje mehurja na praznjenje v enakomernih časovnih presledkih in kontrolirano pitje tekočine. Še pred leti so pacientom svetovali praznjenje s pritiskom na trebušno steno, nad sramno kostjo (Credejev manever), ali z napenjanjem trebušne stene. S tega načinoma se je povečal pritisk v trebušni votlini, ki se je prenesel na mehur. Povečal se je tudi pritisk v samem mehurju, kar je dolgoročno povzročilo veziko uretralni refluks in okvaro zgornjih sečil.

## STERILNA INTERMITENTNA KATETRIZACIJA

Metoda izbora za popolno izpraznitev sečnega mehurja je sterilna intermitentna katetrizacija. To pomeni, da sečni mehur praznimo v rednih časovnih presledkih, s pomočjo sterilnega katetra za enkratno uporabo. Časovni interval med posameznimi katetrizacijami prilagajamo količini zaostalega urina, ki naj ne presega 500 ml. Paciente katetriziramo na 6, 8, 12 ur. Sčasoma število katetrizacij zmanjšujemo glede na količino spontano izločenega urina in urina, ki še ostane v mehurju. Najdlje ostane intermitentna katetrizacija zvečer, pred spanjem (Dimnik Vesel, 2001). V času hospitalizacije pri nas, opravijo tudi urodinamsko preiskavo. Pri tej preiskavi preko urinskega katetra natočijo v mehur fiziološko raztopino in z njo napolnijo sečni mehur. S tem posnemajo polnjenje sečnega mehurja z urinom. Preko

posebnih elektrod, ki so priključene na računalnik, merijo pritiske, ki jih tekočina v mehurju prenaša na steno mehurju. Če so ti pritiski previsoki, lahko sčasoma okvarijo steno mehurja in povzročijo refluks 1., 2. ali 3. stopnje. Ob tem se lahko razširijo sečevodi ob izstopu iz mehurja ali ob vstopu v ledvica. Na podlagi rezultatov te preiskave se lahko poveča število katetrizacij tudi na pet ali šest dnevno.

Za izvedbo sterilne intermitentne katetrizacije obstajajo seti za enkratno uporabo ali pa si moramo za vsako posamezno katetrizacijo pripraviti naslednje pripomočke: nepremočljivo podlogo, ne sterilne rokavice, sterilne rokavice, sterilni kateter za enkratno uporabo s premerom 8-12, odvisno od starosti pacienta in premera sečnice, tampone, tekočino za razkuževanje sluznice, ledvičko in gel. Pred posegom moramo narediti anogenitalno nego.

Vse paciente, ki imajo ohranjeno funkcijo rok in ki bodo tak način praznjenja sečnega mehurja potrebovali tudi v domačem okolju, učimo čiste intermitentne katetrizacije ali čiste samokateterizacije. Tako kot pri sterilni, je tudi pri čisti intermitentni katetrizaciji zelo pomembna osebna higiena. Tudi pri čisti intermitentni kateterizaciji se uporablja enake pripomočke, le sterilnih rokavic ne potrebujemo. V bolnišnici pacienta učimo uporabe tamponov, doma pa jih lahko opusti in uporablja le blago milo in vodo, razkužilo za roke v razpršilu ali v obliki robčkov, vedno pa mora uporabljati le sterilni kateter za enkratno uporabo, ki ga namaže z gelom, da lažje zdrsi skozi sečnico. V uporabi pa so tudi katetri, ki so iz posebnega materiala. V stiku z vodo postanejo spolzki in zanje ne potrebujemo gela. V primeru, da bo pacient potreboval intermitentno kateterizacijo dalj časa ali vse življenje in če zaradi pomanjkljive funkcije rok, tega ne bo zmožel sam, o posegu podučimo tudi njegove svojce (Dimnik Vesel, 2006).

## ZAKLJUČEK

Obvladovanje inkontinence urina je dolgotrajen proces, ki zahteva veliko discipline. Pacient zaradi spremenjene telesne podobe in komplikacij pogosto zapade v različna duševna stanja, od depresije do jeze in odklonilnega odnosa do drugih ljudi in odklanja navodila, ki jih prejema. Tudi v učenje intermitentne katetrizacije mora vložiti veliko truda, volje in ročnih spretnosti. S pravilnim pristopom, s potrpežljivostjo in vzpodbujanjem mu pomagamo, da prebrodi te ovire in iz procesa odide kot zmagovalec. Le če pravilno ukrepamo, lahko izboljšamo kakovost pacientovega življenja.

---

## LITERATURA

1. Dimnik Vesel Z., Negovalni problemi v rehabilitacijski zdravstveni negi, eds. Zbornik predavanj strokovnega srečanja, Ljubljana, 8. oktober 2001. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2001: 9-15.
2. Dimnik Vesel Z., Uporaba pripomočkov in zdravstvena nega pacientov s spinalno lezijo, eds. Zbornik prispevkov strokovnega srečanja, Nova Gorica, 28. oktober 2006. Nova Gorica: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2006: 62-72.
3. Hren M., Negovalni problemi v rehabilitacijski zdravstveni negi, eds. Zbornik predavanj strokovnega srečanja, Ljubljana, 8. oktober 2001. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 203-15.
4. Hren M., Rehabilitacijska zdravstvena nega. Osnove fizikalne medicine in rehabilitacije gibalnega sistema 2003 str. 203-15.
5. Škorjanc T. Rehabilitacija bolnikov z okvaro hrbtenjače. 9. Rehabilitacijski dnevi, 20.-21. marec 1998. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 1998: 9-10, 81-5.

---

# RANA – KAJ PA ZDAJ?

---





---

# AKUTNA IN KRONIČNA RANA

## ACUTE AND CHRONIC WOUND

---

*Dragica Tomc, viš.med.ses., ET*

*Onkološki inštitut Ljubljana*

*dtomc@onko-i.si*

### **IZVLEČEK**

Opisane so vrste akutnih ran, njihova prva in dokončna oskrba ter vrste kroničnih ran in načini celjenja.

### **KLJUČNE BESEDE**

akutna rana, ocena rane, celjenje rane, kronična rana, dokumentiranje

### **ABSTRACT**

Acute and chronic wounds are described, first and final care.

Different types of chronic wounds are described and types of healing.

### **KEY WORDS**

acute wound, wound assesment, healing of wound, chronic wound, documentation

## UVOD

V poplavi sodobnih pripomočkov za oskrbo ran ne smemo pozabiti na zakonitosti celjenja akutnih in kroničnih ran ter pomembne razlike.

Pristopi k oskrbi ran pa so zagotovo enaki: orientirani predvsem k pacientu. Medicinska sestra si naredi načrt zdravstvene nege v sodelovanju s pacientom, ki ga obravnava holistično, kar v učinkoviti praksa zahteva oceno stanja pacienta kot celote in ne »vsega v pacientu«. Upoštevati je potrebno interdisciplinarni pristop pacienta z rano, ki zahteva znanja in sposobnosti več strokovnjakov različnih strokovnih disciplin.

Zdravljenje in oskrba rane se izvaja na osnovi postopkov, ki temeljijo na raziskovalni dejavnosti, v praksi podprti kot najboljši modeli ter cenovno sprejemljivo (Geneeskde, 2006).

## AKUTNA RANA

Akutna rana je poškodba, ki povzroči prekinitev kože. Lahko je kot odrgnina, vbod, raztrganina, vreznina kjerkoli na telesu. Globoka rana prizadene tudi mišice, žile, živce in kosti. Možna je huda izguba krvi in tkiva ter vstop bakterij na poškodovanem delu, kar povzroči infekcijo rane (Anon, 2011).

Avtorji navajajo dve vrsti akutnih ran: **poškodbe in kirurške rane**. Manjše poškodbe, kot so vreznine, odrgnine kože in tkiv nastanejo, ko deluje prevelika sila na kožo ali pod njo ležeča tkiva. Poškodbe delijo na čiste in umazane. Med poškodbe sodijo tudi **opekline**, ki jih avtor deli na več stopenj glede površino in globino poškodbe. Opekline zahtevajo intenzivno zdravstveno nego, celijo se počasi in povzročajo globoko bolečino in smrtnost, če je poškodba velika (Castano, 2010). Kirurški rez zajema prekinitev kože in podkožja. Te rane avtor deli na čiste, ki se celijo primarno; čiste kontaminirane in kontaminirane ali umazane. Kontaminirane rane niso zašite, so odprte dokler okužba ne izgine. Kirurg rano zašije, ko ni kontaminirana, to imenuje avtor odloženo primarno celjenje, ki zagotavlja dober izid celjenja rane. Če rane kirurg ne šiva, bo defekt zapolnilo granulacijsko tkivo, ki se kasneje spremeni v brazgotino, to je sekundarno celjenje ran. Avtor omenja še regenerativno epitelijsko celjenje ali reepitelizacija, ki nadomesti uničene celice z drugimi enake kakovosti (celice s sposobnostjo mitoze), (Hartmann, 1999).

Velike poškodbe zahtevajo urgentne postopke, ki so: vzpostaviti cirkulacijo na prizadetem delu, raziskati spremljajoče poškodbe, izboljšati preskrbo rane s krvjo, odstraniti mrtvine, ki ustvarjajo ugodne pogoje za razvoj in

razmnoževanje bakterij, izprati rano. Antibiotiki in cepljenje proti tetanusu se pacientu aplicirajo po naročilu zdravnika, preventivno (Leaper, Harding 1998).

## **OBRAVNAVA PACIENTA Z AKUTNO RANO**

Medicinska sestra se v prvi fazi osredotoči na resnost poškodbe, na katerem delu telesa se nahaja poškodba, ugotavlja prisotnost drugih poškodb, koliko časa je poteklo od nastanka poškodbe.

**Prva naloga je zaustaviti krvavitev in obvladati morebitni nastajajoči šok.**

Prva oskrba rane:

- rano izperemo s sterilno raztopino,
- odstranimo tujke, umazanijo, mrtvine iz odprte rane,
- rano sterilno pokrijemo, zavijemo,
- imobiliziramo ud, namestimo pacienta v primeren položaj,
- poskrbimo za transport do bolnišnice.

Dokončna oskrba rane:

- rano pregledamo – ugotovimo, koliko kože je poškodovane, kako globoka je rana in koliko lahko poškodovanec premika in občuti,
- rentgensko slikanje – za določitev poškodb kosti in tkiv, prisotnost tujkov v rani,
- rano zašijemo ali uporabimo sterilne trakove ali lepilo za kožo. Šivamo, če je rana na predelu, ki se veliko premika (roke, podplati). Rana je zaprta in možnost okužbe smo zmanjšali. Nekatere rane se lepše zacelijo brez šivov in brazgotine so manjše,
- uporaba zdravil: antibiotikov, če obstaja velika nevarnost okužbe rane in zdravila za lajšanje znakov, kot so bolečina, oteklina, vročina. Cepljenje proti tetanusu.

Za izvedbo vseh naštetih postopkov je potreben pristanek pacienta in njegovo sodelovanje v preiskovalnih postopkih in pri zdravljenju.

**Dobra prva oskrba** veliko pripomore k boljšemu celjenju, manj je brazgotin, krajši je čas celjenja in boljša je kakovost življenja. K temu pripomore tudi primerna obravnava bolečine, kar se na rani kaže kot zmanjšanje prekrbe s kisikom, poveča obolenost in umrljivost, ovira pokretnost pacienta in daljša čas bolnišničnega zdravljenja.



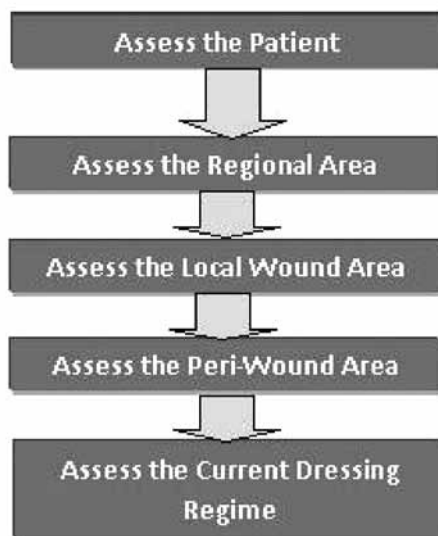
Izbira sodobne obloge za oskrbo rane naj bo primerna količini izločka iz rane, podpora hemostazi in preprečevanju okužbe rane. Večkrat je potrebno zaščititi tudi okolico rane. (Ahčan, 2006).

## KRONIČNA RANA

Rano imenujemo kronična, ko se ne prične celiti v 4 tednih ali se ne zaceli v 6-8 tednih (Triler, 2006). Kronične rane so: golenje razjede (arterijske in venske), diabetično stopalo, razjede zaradi pritiska in maligne rane. Celijo se sekundarno z obilnimi izločki, robovi rane so razprti.

Celjenje ran je kompleksen in dinamičen proces, spreminjajo se pogoji celjenja, kot se spreminja zdravstveno stanje pacienta. Znanje fiziologije celjenja ran (faze hemostaze, vnetja, granulacije, remodeliranja in staranja) omogoča zdravstvenim delavcem obvladovanje zahtevne naloge, kot je obnova tkiv (Keast, Orsted, 1998).

V sliki 1 prikazujemo skalo, po kateri medicinska sestra izvede oceno bolnika in rane:



Slika 1: Ocena bolnika in rane (WUWHS)

- Prva faza: Faktorji, ki zavirajo celjenje so lahko spremljajoča obolenja, kot so sladkorna bolezen, kardiovaskularne bolezni, slabša imunost, karcinom, psihosocialni pogoji, zdravila, starost, prehransko stanje, alergije.
- V drugi fazi oceni okolico – žilna obolenja, okužbe, bolečino.

- V tretji fazi naredi lokalno oceno rane – glede na globino in vrsto okvare tkiva, izloček, vonj.
- V četrti fazi oceni učinkovitost obloge na rani – učinkovitost, bolečina, čas namestitve, racionalna izbira (WUWHs, 2007).

## OCENA RANE IN DOKUMENTIRANJE

Medicinske sestre izvedejo sistematično oskrbo kronične rane po korakih (protokol TIME), ki zajema: oceno tkiva, oceno prisotnosti okužbe in vnetja, oceno vlažnosti in oceno robov rane (Schultz et al., 2004).

Avtor omenja merilni instrument (MEASURE), ki zajema pokazatelje stanja rane: izmera rane, količina in kakovost izločka, videz dna rane, bolečina, robovi rane in žepi, stanje okolne kože. Postopek ponovne ocene stanja rane strokovnjak, ki rano oskrbuje, ponavlja v rednih časovnih intervalih (Keast, 2004).

Kljub velikemu napredku v medicinski tehnologiji in oskrbi ran, ostajata ocena rane in dokumentiranje še vedno osnovni merili. Nekateri še vedno določajo dolžino, širino in globino rane z ravnilo, drugi uporabijo pripomočke za izris in izračun površine rane in dokumentirajo spremembo velikosti rane. Redkeje se rano fotografira v rednih intervalih in s priloženim merilom za ugotavljanje velikosti rane, kar je potrebno za natančno dokumentiranje, oceno videza rane ter za boljšo komunikacijo osebja, ki sodeluje pri obravnavi pacienta z rano (Kieser, 2011). Pri obravnavi kompleksnih ran je za presojo oskrbe nujno mnenje posebej usposobljenih medicinskih sester (Bruhin, 2007).

## ZAKLJUČEK

Pri akutni rani je pomembna dobra prva in dokončna oskrba rane. Za kronične rane velja, da bo celjenje dolgotrajno, pomembna je ocena rane in uporaba merilnih instrumentov za sledenje obravnave, preprečevanje okužb in izbiro ter racionalno uporabo sodobnih oblog za rane. Zaključujemo, da je nujno poglobljeno znanje, ki ga pridobijo medicinske sestre z dodatnim post diplomskim izobraževanjem s področja zdravstvene nege in oskrbe ran, za učinkovito delo in izboljšanje kakovosti življenja pacientom z akutno ali kronično rano.

---

## LITERATURA

1. Anon, Acute wound care. What you should now. Dostopno na: [www.drugs.com/cg/acute-wound-care-aftercare-instructions.html](http://www.drugs.com/cg/acute-wound-care-aftercare-instructions.html) Datum dostopa 20.1.2011.
2. Bruhin A., Metzger J., Principles of wound treatment, *Ther Umsch*, 2007 sept. 64 (9): 473- 483.
3. Castano C., Types of Acute Wound. *eHow Contributor*. 2010; Dostopno na: [ehow.com/list\\_6918294\\_types-acute-wounds.html](http://ehow.com/list_6918294_types-acute-wounds.html). Datum dostopa 20.1.2011.
4. Kieser D., Hammond C., Advances in Skin & Wound Care. *The Journal for Prevention and Healing*. 2011; 24(2). 68 – 7.
5. Leaper DJ, Harding KG, Wounds: Biology and Management. Oxford University Press. 1998 Dostopno na: [Clinimed.co.uk/wound-care/education/indication-classification/acute-wounds.aspx](http://Clinimed.co.uk/wound-care/education/indication-classification/acute-wounds.aspx). Datum dostopa 20.1.2011.
6. Keast D., Orsted H., The basic principles of wound care. *Ostomy Wound Manage*. 1998 avg; 44(8):24-8, 30-1. Interdisciplinary Chronic Wound Management Clinic, Parkwood Hospital, London, Ontario, Canada.
7. Keast D., Orsted H., The basic principles of wound healing, 1998. Dostopno na: [www.cawc.net](http://www.cawc.net) Datum dostopa 20.1.2011.
8. Geneeskde T., Local wound care: evidence based treatments and dressings, 2006 May 27; 150(21): 1165-72. *Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam*.
9. Keast D. at all, MEASURE: a proposed assesment framework for developing best recommendations for wound assesment. *Wound repair and regeneration*. 2004; 12(1), 1-17.
10. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) Principles of best practice: Wound Exudate and the role of dressings: A consensus document. London MEP Ltd. 2007 Dostopno na: [clinimed.co.uk/wound-care/wound-essentials/patient-assessment.aspx](http://clinimed.co.uk/wound-care/wound-essentials/patient-assessment.aspx). Datum dostopa 20.1.2011.
11. P. Hartmann AG. Compendium wounds and woundmanagement. Hartmann medical edition. practice Heindeheim, 1999.
12. Schultz G.S. at all. Wound bad preparation and a brief history of TIME. 2004; 1(1). 19-32 Published on line: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16722892](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16722892)
13. Prva pomoč: priročnik s praktičnimi primeri, doc.dr. Uroš G. Ahčan, dr. med., Rdeči Križ Slovenije, 2006. Vir: ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve. Dostopno na: [prva-pomoc.mdds.gov.si/indexae77.html?sv\\_path=9590,11862](http://prva-pomoc.mdds.gov.si/indexae77.html?sv_path=9590,11862).
14. Triller C., Kronična rana. Zbornik predavanj, Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo: Sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. DORS. Portorož. 2006. Strani 23 – 27.

---

# OBRAVNAVA PACIENTOV Z INKONTINENČNIM DERMATITISOM V SPLOŠNI BOLNIŠNICI DR. JOŽETA POTRČA PTUJ

## THE TREATMENT OF PATIENTS WITH INCONTINENCE DERMATITIS IN GENERAL HOSPITAL DR. JOŽE POTRČ PTUJ

---

*Jasmina Kropfl, dipl. m. s.*

*Lidija Lazar, medicinska sestra*

*Mirjana Bušljeta, dipl. med. sestra, univ.dipl. org*

*Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj*

*jasmina.kropfl@gmail.com*

### IZVLEČEK

Inkontinenčni dermatitis je resna in pogosta težava, ki se pojavlja pri pacientih z inkontinenco. Prisotnost inkontinenčnega dermatitisa pomembno vpliva na kakovost pacientovega življenja, potek in zdravljenje osnovne bolezni. Pacientom povzroča bolečine, kar neredko vodi v depresijo, poleg tega pa upočasni proces celjenja kože, povečuje se verjetnost za nastanek razjede zaradi pritiska, podaljšuje se hospitalizacija in nenazadnje se večajo stroški obravnave pacientov. Nerazlikovanje med razjedo zaradi pritiska in poškodbo kože zaradi vlažnosti pa pomembno vpliva na kakovost oskrbe pacientov, saj nepravilna opredelitev vpliva na ustreznost načrta zdravstvene nege in izvajanje zdravstvene nege. V članku je opisan pristop obravnave pacientov z inkontinenco v SB dr. Jožeta Potrča Ptuj. Poudarek je na razlikovanju inkontinenčnega dermatitisa od razjed zaradi pritiska ali drugih

ran različne etiologije, prikazan je sistem ocenjevanja tveganja za nastanek inkontinenčnega dermatitisa, sistem preprečevanja in zdravljenja inkontinenčnega dermatitisa.

## **KLJUČNE BESEDE**

model obravnave, ocena tveganja, preventiva, zdravstvena nega

## **ABSTRACT**

The incontinence dermatitis is severe and frequent problem, that appears at patients with incontinence. Presence of incontinence dermatitis important influences quality of a patient life, course and medical treatment of a basic disease.

Incontinence dermatitis produces pains to patients, which leads them in to depression, it delays the procedure of skin healings, it increases probability for a creation of ulceration because of pressure, it prolongs the hospitalization and increases the costs of patients treatment.

The quality of care of patients depends on knowledge about differences between ulceration because of pressure and injury of skin because of incontinence dermatitis. Incorrect definition influences compliance of a plan of nursing care and performance of nursing care.

In article is described approach of treatment of patients with incontinence in SB Dr. Jože Potrč Ptuj. It is showed a system of assessments of a risk for a creation of a incontinence dermatitis and a system of disablings and treatments of incontinence dermatitis.

## **KEYWORDS**

model of treatment, risk assessment, prevention, nursing care

## UVOD

Inkontinenca urina in/ali blata je velika medicinska, socialna in ekonomska težava, ki v največji meri prizadene osebe v starosti nad 60 let, čeprav lahko prizadene ljudi v vseh starostnih obdobjih. Pojavnost urinske in fekalne inkontinence v svetu narašča. Tako se tudi v naši bolnišnici srečujemo s številnimi pacienti s stalno ali občasno urinsko in/ali fekalno inkontinenco. Kljub našim prizadevanjem za kakovostno in strokovno zdravstveno nego, smo opazili, da se zlasti pri starejših pacientih z inkontinenco občasno pojavljajo poškodbe kože v obliki inkontinenčnega dermatitisa. V različnih študijah so objavljeni različni podatki o njegovi razširjenosti (5,6% do 50%), (Gray et al, 2007). Okvara kože, povezane z inkontinenco ima velik vpliv na psihično in fizično počutje pacientov. Tradicionalno je bil inkontinenčni dermatitis deležen le malo pozornosti kot posebno kožno obolenje in ga pogosto nismo ločili od površinskih razjed zaradi pritiska. In tako smo si zadali cilj, da bomo:

- znali razlikovati inkontinenčni dermatitis od razjed zaradi pritiska ali drugih ran različne etiologije,
- ocenili paciente, da bi spoznali stopnjo njihove ogroženosti za nastanek inkontinenčnega dermatitisa,
- zagotovili ustrezno in enotno doktrino preprečevanja in zdravljenja inkontinenčnega dermatitisa pri vseh pacientih,
- zmanjšali pojavnost inkontinenčnega dermatitisa v bolnišnici.

## TEORETIČNA IZHODIŠČA

### • **Inkontinenčni dermatitis/poškodba kože zaradi vlažnosti**

Dermatitis povezan z inkontinenco je klinična manifestacija z vlago povezanih poškodb kože in pogosta težava pri pacientih z urinsko in/ali fekalno inkontinenco (Gray et al, 2007). Nastane zaradi stika kože z urinom in blatom, ki povzročata vlago in naredita kožo pod plenico bolj dovzetno za fizične, kemične in encimske mehanizme. Mokra koža je bolj prepustna za dražee snovi. S tem ima koža slabšo sposobnost zaščite pred silami trenja, strižnimi silami in pritiskom. Starejši pacienti, zlasti tisti z dolgotrajno oskrbo (hospitalno ali domsko), imajo povečano tveganje za nastanek inkontinenčnega dermatitisa (Newman et al, 2007).

- Dermatitis pod plenico je primer iritativnega kontaktnega dermatitisa. Glavni dejavniki tveganja za nastanek so (povzeto po Nazarko L., 2007):
- inkontinenca blata, urina,
- kombinacija urinske inkontinence in inkontinence blata,

- starost,
- prisotnost sil trenja in strižnih sil,
- suha, občutljiva koža ali druge težave s kožo (npr. spremembe zaradi staranja, uporaba steroidov, kontaktne alergije...),
- tekoča prehrana,
- driska,
- antibiotična terapija,
- premočno povite ali premajhne plenice,
- slaba higiena/neustrezna oskrba pacienta,
- zmanjšana mobilnost pacienta,
- povišana telesna temperatura.

**Znaki in simptomi** so omejeni na gluteuse, predel med gluteusi, na predel spolovila in zgornji del stegen. Kažejo se kot rdečina, izpuščaji, mehurčki, erozije. Pogosto je prisotna otekline, luščenje kože in rosenje. Vse te pojave spremlja srbenje. Pri milejših oblikah (rdečina) običajno bolečina ni prisotna, pri resnejših oblikah s prisotnimi izpuščaji, mehurčki, erozijami pa je prisotna bolečina, še zlasti pri čiščenju kože. Spremembe na koži lahko ob neustrezni negi in obravnavi hitro napredujejo v razjede. Razvijejo se tudi sekundarne okužbe, predvsem bakterijske in glivične. To povzroča dodatno neugodje in ogroženost pacienta.

- **Razlikovanje inkontinenčnega dermatitisa/poškodbe kože zaradi vlažnosti od razjede zaradi pritiska**

V klinični praksi je zelo pomembno pravilno razlikovati med poškodbo kože zaradi vlažnosti in razjedo zaradi pritiska, saj se pristopi preventive razlikujejo (Beeckman et al, 2009). Pri preprečevanju razjede zaradi pritiska je namreč pomemben dejavnik zmanjševati oz. odstraniti pritisk, trenje in strižne sile. Pri poškodbi kože zaradi vlažnosti pa je najbolj pomembno vzdrževati čisto in suho kožo, kar prikazujemo v tabeli 1. Razlikovanje med razjedo zaradi pritiska in poškodbo kože zaradi vlažnosti torej pomembno vpliva na kakovost oskrbe pacientov, saj vpliva na načrt in izvajanje zdravstvene nege.

Tabela 1: Razlika med razjedo zaradi pritiska in poškodbo kože zaradi vlažnosti (Defloor T. et. al. 2009).

RAZLIKA	RAZJEDA ZARADI PRITISK-RZP	POŠKODBA KOŽE ZARADI VLAŽNOSTI
VZROK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pritisk</li> <li>• strižne sile</li> <li>• trenje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vlažnost kože zaradi stika in draženja kože z urinom, blatom (inkontinenca, slaba higiena, preredka in neustrezna frekvenca menjave plenice, kontaktne alergije...)</li> </ul>
LOKACIJA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mesta, kjer je mehko tkivo stisnjeno ob kost (zatilje, rame, lopaticice, komolci, trtica, gluteusi, gležnji, kolena, stopala...) ali mesta kamor pritiskajo medicinsko tehnični pripomočki (ušesa, nosna sluznica, uretra...)</li> </ul>	Razjeda je omejena na anogenitalni predel in na gluteusa, lahko se širi na zgornji del stegen.
OBLIKA	Predvsem pravilna okrogla oblika, poškodba je omejena na eno področje.	Razpršene, površinske razjede, različnih velikosti. Velikokrat so simetrične-Kissing ulcer.
GLOBINA	Razjede so različne globine, odvisno od prizadetosti kože in spodaj ležečih tkiv, od I. do IV. stopnje.	Razjede so povrhnje, gre za poškodbo epidermalnih celic kože. V primeru okužbe se poveča globina in površina ran..
ROBOVI	Jasni in izraziti.	Nejasni robovi, nepravilne oblike.
BARVA	Rdečina, ki ne pobledi.	Rdečina ni enakomerno porazdeljena. Bela ali rožnata koža v okolici razjede pomeni maceracijo.



<b>NEKROZA</b>	Lahko je prisotno črno odmrlo tkivo.	Ni odmrlega tkiva.
<b>PREVENTIVA</b>	ODSTRANITI: pritisk, sile trenja, strižne sile.	Vzdrževati čisto in suho kožo.

- **Ocena pacientove ogroženosti za nastanek inkontinenčnega dermatitisa/poškodbe kože zaradi vlažnosti**

Paciente ocenjujemo zato, da bi spoznali njihovo tveganje za nastanek inkontinenčnega dermatitisa

in pravočasno ukrepali. S pomočjo sheme lahko izločimo paciente, ki so ogroženi za

nastanek inkontinenčnega dermatitisa, od tistih, ki to niso. Lestvica vključuje oceno na podlagi znanih dejavnikov, ki lahko vodijo do poškodbe kože zaradi vlažnosti: trajanje izpostavljenosti draženja kože z blatom ali urinom, intenzivnost in vrsta draženja, stanje kože ob perianalnem predelu, pridruženi dejavniki, ki lahko povzročijo drisko pri pacientu. Shemo prikazujemo v tabeli 2.

Tabela 2: Ocenjevalna lestvica za oceno tveganja za nastanek inkontinenčnega dermatitisa (Nix HD, 2002)

Število točk	1	2	3
<b>Vrsta in intenzivnost draženja</b>	Formirano blato in/ali normalen urin	Mehko blato z ali brez urina	Tekoče blato z ali brez urina
<b>Trajanje draženja</b>	Plenička se menja /2 uri ali manj	Plenička se menja/ 4 ure ali manj	Plenička se menja/ 8 ur ali manj
<b>Stanje perianalne kože</b>	Čista in nepoškodovana	Eritem/dermatitis z ali brez kandidoze	Erozijske z ali brez dermatitisa

Dejavniki, ki lahko povzročijo drisko:	0-1 dodatni dejavnik	2 dodatna dejavnika	3 ali več dodatnih dejavnikov
<ul style="list-style-type: none"> <li>• nizki albumini</li> <li>• antibiotiki</li> <li>• hranilne sonde</li> <li>• Clostridium difficile</li> </ul>			

Vsakega od ocenjevalnih parametrov ocenimo s točkami od 1 do 3. Rezultat 4-6 točk pomeni majhno tveganje za nastanek inkontinenčnega dermatitisa, rezultat 7-12 pomeni visoko tveganje za nastanek inkontinenčnega dermatitisa (Nix HD, 2002). Pri vseh teh bolnikih je potrebno izvajati Preventivni program za preprečevanje inkontinenčnega dermatitisa.

## PREDSTAVITEV POTEKA OBRAVNAVE PACIENTA Z INKONTINENČNIM DERMATITISOM

- **Ocena tveganja**

Oceno tveganja za nastanek inkontinenčnega dermatitisa izvedemo ob sprejemu vsakega pacienta, pri katerem je prisotna inkontinenca urina in/ali blata (pri vsakem pacientu, ki uporablja plenico ali inkontinenčno predlogo). Oceno izvede diplomirana medicinska sestra (vodja izmene) in sicer ob sprejemu (v prvih 24 urah), enkrat tedensko in ob vsaki spremembi pacientovega zdravstvenega stanja, ki bi lahko vplivala na pojav inkontinenčnega dermatitisa (naprimer pojav driske, uporaba hranilne sonde, tekoče hrane in drugo). Rezultate ocene vpišemo v negovalno dokumentacijo. Začetna ocena kože nam pomaga pri izbiri pripomočkov in aktivnosti za preventivno delovanje, z nadaljnjimi ocenami spremljamo uspešnost intervencij in ustreznost uporabljenih zaščitnih sredstev ter izvedenih ukrepov.

- **Ocena kože pri inkontinenčnem dermatitisu**

Kadar se pri pacientu pojavi inkontinenčni dermatitis/poškodba kože zaradi vlažnosti, se v obravnavo vključi medicinska sestra za oskrbo kroničnih ran, ki oceni prisotnost in stopnjo inkontinenčnega dermatitisa. V pomoč ji je lestvica, ki omogoča natančno in zanesljivo oceno poškodbe kože zaradi vlažnosti pri inkontinentni osebi, kar prikazujemo v tabeli 3. Oceni se

barva in celovitost kože, velikost prizadetega predela in simptomi izraženi pri pacientu. Medicinska sestra za oskrbo kroničnih ran pripravi tudi načrt obravnave pacienta z inkontinenčnim dermatitisom in koordinira delo. Izvajalec načrta je osebje zdravstvene nege na posameznem oddelku, izvedene negovalne intervencije se beležijo na obrazcu »List zdravstvene nege«.

Tabela 3: Ocenjevalna lestvica za oceno kože pri pacientu z inkontinenčnim dermatitisom (Brown DS,1993).

<b>BARVA KOŽE</b>	Rdečina ni prisotna	
	Blaga rdečina	
	Zmerna rdečina	
	Huda rdečina	
<b>CELOVITOST KOŽE</b>	Intaktna koža	
	Rahla oteklina z dvignjenimi predeli kože	
	Obsežna oteklina	
	Izpuščaji ali mehurčki na koži	
	Odrpta ali macerirani predeli kože	
	Skorjasta koža ali luščenje kože	
<b>VELIKOST PRIZADETEGA DELA</b>	<b>DESNA STRAN:</b>	<b>LEVA STRAN</b>
	DOLŽINA:     cm ŠIRINA:        cm	DOLŽINA:     cm ŠIRINA:        cm
<b>OBČUTKI PACIENTA</b>	Ne občuti težav	
	Mravljinčenje	
	Srbenje	
	Pekoč občutek	
	Bolečina	

• **Preventivni program za preprečevanje inkontinenčnega dermatitisa**

Preventiva je usmerjena predvsem v ohranjanje zdrave in suhe kože. Za preprečevanje poškodbe kože zaradi vlažnosti uporabljamo sistem ABCDE, ki ga uporabljamo pri vseh inkontinentnih pacientih oziroma pacientih, ki potrebujejo plenice oz. inkontinenčne predloge. Zelo pomembno pa je prepoznati in zdraviti vzroke za inkontinenco, to je najpomembnejši način za

preprečevanje inkontinenčnega dermatitisa in izboljšanja kakovosti življenja pacienta z inkontinenco. Prav tako je bistvenega pomena redno preverjanje stanja kože in takojšnje ukrepanje ob morebitnih nastalih spremembah v barvi ali integriteti kože. Sistem ABCDE predstavljamo v tabeli 4.

Tabela 4: Preventivni program za preprečevanje inkontinenčnega dermatitisa (Slemnik M., 2010; Kumperščak Duh M., 2006).

<b>A-AIR (zračnost)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• po umivanju in brisanju kože, naj se koža nekaj minut suši na zraku</li> <li>• obračanje pacientov/bočni položaj večkrat na dan</li> </ul>
<b>B-BARRIER (ovira)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uporaba zaščitnih sredstev</li> <li>• pri pacientu z inkontinenco in formiranim blatom bomo uporabljali zaščitno kremo</li> <li>• pri pacientu z inkontinenco in diarejo pa moramo uporabljati zaščitna mazila, lahko tudi posebne sisteme za inkontinenco blata.</li> <li>• krem in losionov, ki vsebujejo veliko vode NE UPORABLJAMO</li> </ul>
<b>C-CLEASING (čiščenje)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• obvezno umivanje z nežnim milom in mlačno vodo ter mehko krpico OB VSAKEM URINIRANJU/ODVAJANJU (nikoli zamenjati plenice, ne da bi umili anogenitalni predel)</li> <li>• umiti del dobro osušimo-popivnamo, ne drgnemo, posušimo še na zraku</li> <li>• pomembno je nežno odstranjevanje nečistoč (ostanke mazil odstranimo z oljem za nego)</li> </ul>
<b>D-DIAPER (plenica)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pacientom NE nameščamo plenice, če lahko nadzirajo izločanje urina/blata-UPORABA NOČNIH POSOD</li> <li>• mokro ali umazano plenico odstranimo čim prej - vedno umijemo in dobro osušimo kožo</li> <li>• izberemo ustrezno velikost plenice (ne sme tiščati)</li> <li>• plenice namestimo rahlo in zračno.</li> </ul>

<b>E-EDUCATION</b> (zdravstvena vzgoja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zelo pomembna je ustrezna hidracija pacienta: pacientu večkrat dnevno ponudimo čaj, vodo, sok brusnic</li> <li>• ob vsakem previjanju preverimo stanje kože, ob spremembah v integriteti ali barvi kože - TAKOJ OBVESTIMO MEDICINSKO SESTRO ZA OSKRBO KRONIČNE RANE, ki pripravi NAČRT ZN</li> </ul>
--	---

- **Načrt obravnave pacienta z inkontinenčnim dermatitisom/poškodbo kože zaradi vlage**

Pri negi pacienta z inkontinenčni dermatitisom upoštevamo smernice za preprečevanje inkontinenčnega dermatitisa (Slemnik M., 2010 ), s tem da:

- pri vneti koži za umivanje ne uporabljamo mila in vode, temveč pene in čistilne robčke
- plenice uporabljamo le v izjemnih primerih: pod pacienta namestimo posebne visoko vpojne podloge brez lateksa, ki jih je potrebno pogosto menjati,
- na čisto in osušeno kožo nanesimo mazila, ki vsebujejo cinkov oksid, dekspantenol, smukec, bizmutov subgalat, ribje olje, sivkino olje, lahko tudi nizkoprotektne kortikosteroide
- uporabljamo gentiana violet in sedeče kopeli,
- skrbimo za dobro hidracijo pacientov.

Ob dobri higijenski oskrbi se mora inkontinenčni dermatitis pozdraviti v roku treh dni. Medicinska sestra za oskrbo kronične rane vsak dan obišče pacienta z inkontinenčnim dermatitisom in preveri učinkovitost in izvajanje predpisanega načrta obravnave. Če v obdobju treh dni ne pride do izboljšanja, gre najverjetneje za sekundarno bakterijsko ali glivično okužbo kože. Pri sekundarni okužbi kože (*Staphylococcus aureus* ali *Candida albicans*) je potrebno dodatno antimikotično zdravljenje ali zdravljenje z antibiotiki po predpisu zdravnika, ki ga medicinska sestra za oskrbo kronične rane vključi v obravnavo (Agrawal R., 2006).

## ZAKLJUČEK

Poškodba kože zaradi vlažnosti je razširjen zaplet inkontinence blata in/ali urina. Ogroža integriteto kože, je preddispozicija za okužbe kože, povečuje

tveganje za nastanek razjed zaradi pritiska, še zlasti ob prisotnosti drugih dejavnikov tveganja. Zavedati se moramo resnosti tega problema ter načrtno in sistematično pristopiti tako k preventivi kot tudi k zdravljenju te pogoste težave, ki bistveno vpliva na kvaliteto življenja inkontinentnih pacientov.

---

## LITERATURA

1. Beeckman D., Schoonhoven L., Verhaege S., Heyneman A., Defloor T., Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis. *Journal of Advanced Nursing*, 2009; 6 (1): 1141-1154.
2. Brown DS., Prevention of perineal skin injury in a high risk patient. *Ostomy wound manage*, 1993; 39 (7): 22-37.
3. Gray M., Weir D., Prevention and treatment of moisture-associated skin damage (maceration) in the periwound skin. *J WOCN*. 2007; 34 (2): 153-157.
4. Kumperščak M., Nega otroške kože in plenični dermatitis, 2006. Dostopno na: [http://www.bambino.si/nega\\_otroske\\_koze\\_in\\_plenicni\\_dermatitis](http://www.bambino.si/nega_otroske_koze_in_plenicni_dermatitis), 11.1.2011.
5. Nazarko L., NVQs in nursing and Residential Care Homes. *Nursing Care*, 2007; 310-313.
6. Newman DK., Program of Excellence in Extended Care. Bothell Wa. Verathon; 2007.
7. Newman DK., Managing and Treating Urinary Incontinence. 2nd ed. Baltimore. Health Professions Press; 2007.
8. Nix DH., Validity and reliability of the perineal assessment tool. *Ostomy wound manage*, 2002; 48 (supl. 2): 43-6, 48-9.
9. Ruchir Agrawal, MD, Consulting Staff, Allergy Specialists MD SC, Children's Hospital of Wisconsin. Diaper Dermatitis; 2006. Dostopno na: <http://www.emedicine.com/ped/topic2755.htm>, 11.1.2011.
10. Slemnik M., Dermatitis pod plenico ali plenični izpuščaj, 2010. Dostopno na: [www.Ringaraja.Net](http://www.Ringaraja.Net), 11.1.2011.

---

# PREDSTAVITEV DRUŠTVA ZA OSKRBO RAN SLOVENIJE – KJE SMO?

---

*Nataša Čermelj, dipl. m. s.*

*Društvo za oskrbo ran Slovenije*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo  
natas.a.cermelj@kclj.si*

## **IZVLEČEK**

Kronične rane predstavljajo velik ekonomsko, socialni in zdravstveni problem, še posebej za pacienta, kar vpliva na njegovo kvaliteto življenja. Namen prispevka je seznanitev zdravstvenih delavcev z delovanjem in glavnimi cilji delovanja Društva za oskrbo ran Slovenije.

## **KLJUČNE BESEDE**

društvo, rana, izobraževanje

## UVOD

Društvo za oskrbo ran Slovenije (DORS v nadaljevanju) deluje od leta 2001 z namenom poglobljenega strokovnega delovanja in izobraževanja na področju oskrbe ran. Je neprofitno in prostovoljno društvo s sedežem v Ljubljani. Trenutno ima 200 članov z različnih zdravstvenih področij. DORS je bilo ustanovljeno tudi na pobudo evropskega združenja za oskrbo ran EWMA (European Wound Management Association).

## PREDSTAVITEV

Osnovni namen delovanja društva je poenotenje strokovnih teoretičnih in praktičnih postopkov pri oskrbi pacienta s kronično rano ter medsebojna povezava med poklicnimi skupinami na področju zdravstva iz različnih zdravstvenih ustanov, ki jih zanima področje oskrbe ran.

Glavni cilji delovanja DORS-a so:

- aktivno sodelovanje s strokovnimi in izobraževalnimi ustanovami zdravstvenega področja,
- organiziranje strokovnih predavanj, učnih delavnic, posvetovanj in drugih strokovnih srečanj s področja zdravljenja in oskrbe ran,
- sprotno seznanjanje strokovne javnosti z vsemi novostmi na področju zdravljenja in oskrbe ran,
- obveščanje laične javnosti o novostih na področju preventive, zdravljenja in oskrbe ran,
- skrb za enotno evidentiranje postopkov s področja zdravljenja in oskrbe ran,
- pripravljanje in razširjanje strokovnih smernic na področju zdravljenja in oskrbe ran,
- pripravljanje enotne metodologije na raziskovalnem področju oskrbe ran,
- sodelovanje z Ministrstvom za zdravje,
- sodelovanje z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in urejanje plačil za sodobne materiale za oskrbo ran,
- sodelovanje z organizacijami na področju oskrbe ran v Sloveniji,
- sodelovanje in povezovanje z drugimi podobnimi organizacijami doma in v tujini.

V letu 2010 smo v okviru DORS-a zaključili z mednarodnim projektom Razjede na nogah. Projekt je podprla tudi EWMA. Študija je potekala na Dolenjskem in je zajela približno 150.000 prebivalcev omenjene regije, ki so imeli različne vrste ran na nogah. Projekt je bil razdeljen na več faz:



1. posnetek stanja na področju oskrbe pacientov z razjedami na nogah,
2. izobraževanje zdravstvenega osebja,
3. evalvacija zdravstvene oskrbe in nege razjed na nogah,
4. analiza rezultatov.

Med izvajanjem projekta smo zaznali spremembo pri oskrbi pacientov s kronično rano. Po 6. mesecih v izvedbeni fazi se je število prevez na teden pri pacientih zmanjšalo za 17 %, kar predstavlja pozitiven premik k kakovostni in celoviti oskrbi pacienta s kronično rano.

## **ZAKLJUČEK**

Največji izziv, ki smo si ga zadali v društvu je vplivanje na zdravstveno politiko v državi, saj z določenimi spremembami pomagamo različnim zdravstvenim ustanovam na vseh nivojih zdravstvenega varstva, da prenesejo teoretične smernice v svoje delovno okolje, kar vodi v kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov.

**VEČ INFORMACIJ O DELOVANJU DRUŠTVA ZA OSKRBO RAN SLOVENIJE NAJDETE NA SPLETNI STRANI:**

**[HTTP://WWW.DORS.SI/](http://www.dors.si/)**

---

# LIJEČENJE PACIJENATA SA KRONIČNIM RANAMA U HRVATSKOJ

---

*Suzana Tunuković, dr.med.*

*Stoma medical d.o.o*

*stunukovic@stoma-medical.hr*

Od 2000 godine pacijentima u Hrvatskoj dostupne su moderne obloge za rane na doznake HZZO-a i to za slijedeće indikacije – dekubitus, potkoljenski vrijeđ, dijabetičko stopalo i opekline.

Obloge su na listu bile prihvaćene zbog dokazane kliničke učinkovitosti (1994 god. Klinička studija o primjeni Granuflexa na 110 pacijenta, odvijala se na KBC Rebru i KB Sestre Milosrdnice – tada je bila najveća u Europi), koje je bila dobro dokumentirana i predložena od strane struke (Hr.flebološko društvo, dermatovenerološko, vaskularno, za plastičnu i rekonstrukcijsku kirurgiju).

Priložene su i brojne inozemne studije, ali presudnu ulogu imao je detaljan lokalni cost-benefit rađen na 30 tak pacijenata u bolničkom i polikliničkom obliku tretmana. Taj cost benefit pokazao je da pravilnom primjenom obloga troškovi liječenja manji su 4-5 puta u odnosu na klasičan prijevoj.

Prema pravilniku HZZO-a oblogu za rane, u limitiranoj količini od 10 kom. mjesečno, propisuje obiteljski liječnik, koji to može indicirati samostalno ili na preporuku specijaliste (dermatologa ili kirurga). Medicinska sestra mora provoditi terapiju liječnika i ne može samostalno odlučivati o izboru obloge (ni u bolnici, ni u primarnoj). Činjenica je da medicinske sestre provode terapiju sa oblogama i da su ključan faktor u dobivanju dobrih rezultata, ali je isto tako i činjenica da liječenje rane nije samo previjanje nego i tretiranje općeg stanja i osnovne bolesti kod samog pacijenta za što je odgovoran liječnik.

Uspješna terapija oblogama za rane podrazumijeva izvrsnu educiranost o cijeljenju rane, vrstama i mehanizmu djelovanja obloga, te kontinuiranom praćenju provođenja terapije i evaluaciji pacijenta i rane, a u tom segmentu lokalne terapije medicinske sestre imaju odlučujuću ulogu da bi terapija bila uspješna.

Dostupnost obloga za rane i to kvalitetnih, klinički dokazane učinkovitosti, osnovni je preduvjet suvremenog liječenja rana, a odmah slijedeći faktor je kvalitetna kontinuirana edukacija liječnika i medicinskih sestara i kvalitetan multidisciplinarni i individualni pristup svakom pacijentu.

---

# PREVIJANJE OPEKLINA HIDROFIBER TEHNOLOGIJOM I MODERNIM OBLOGAMA

---

*Suzana Tunuković, dr.med.*  
*Stoma medical d.o.o*  
*stunukovic@stoma-medical.hr*

## UVOD

Kvalitetan lokani tretman opeklina jedan je od preduvjeta za učinkovito i isplativo zacijeljenje rana. Suvremenim razvojem zavojnog materijala, danas imamo velike mogućnosti u odabiru lokalne terapije. Osnovna uloga modernih obloga ili suportivnih ovoja je, da osiguraju optimalne fizikalno kemijske uvijete za cijeljenje rane, a danas njihova uloga postaje sve zahtjevnija u smislu kontrole infekcije rana, smanjenog broja potrebnog dodatnog debridmana, smanjenja bolnosti atraumatskim prijevodom isl.

Mehanizam djelovanja hidrofiber obloga sa i bez srebra, temelji se na principu vlažnog cijeljenja rana. Uz klinički dokazano djelovanje na brži debridman, proliferaciju i oslobađanje faktora rasta, stimulaciju angiogeneze i smanjenje broja infekcija rana. Da bi dobili odgovarajući rezultat potrebno je znanje o oblogama i samoj rani, te dobro praćenje provođenja terapije kako rezultati ne bi izostali.

## PROCJENA RANE

Prije aplikacije moderne obloge neophodno je napraviti status rane zbog pravilnog odabira obloge tj. njezine veličine koja mora biti 5 cm veća od ruba rane. Početna procjena je neophodna i zbog praćenja učinkovitosti tretmana.

Elementi koje mora sadržavati procjena i status rane prije aplikacije Aquacela Ag:

1. Dubina opeklina;
2. Lokalizacija rane;
3. Starost rane;
4. Veličina/površina rane;

5. Znaci infekcije;
6. Dno/baza rane;
7. Eksudat – jačina, izgled, boja, gustoća isl.;
8. Prisustvo i intenzitet mirisa;
9. Stupanj čistoće rane – nekroza, fibrinske naslage, granulacija i epitelizacija;
10. Okolina rane.

## MEHANIZAM DJELOVANJA HIDROFIBER AG OBLOGE

Hidrofiber Ag pripada posebnoj generičkoj skupini. To je obloga građena od 100 % natrijkarboksimetilceluloze i ima specifične fizikalno kemijske karakteristike koje joj daju superiornu lokalnu terapiju u usporedbi sa starijim i već korištenim materijalima. Slijedeća podijela suvremenih obloga temelji se na mogućnosti primjene kao primarna ili sekundarna obloga.

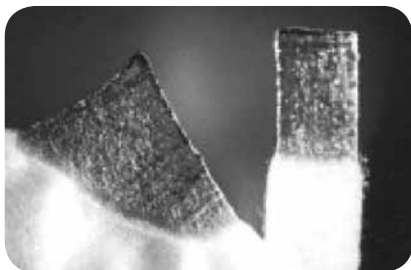
Najvažnije karakteristike hidrofiber tehnologije koja je patentom zaštićeni materijal su slijedeće:

1. Hidrofiber vlakna geliraju u kontaktu sa sekretom iz rane i pri tome ne maceriraju okolnu kožu
2. Savršeno prijanja na dno rane ne ostavljajući tkz. “mrtve prostore“ u kojima je moguće umnažanje bakterija
3. Širokog je antimikrobnog spektra koji djeluje putem ionskog srebra i baktericidan je i na dnu rane i na absorbirane bakterije
4. Omogućava atraumatski prijevoz za pacijenta i poliklinički tretman bez sistemskog uzimanja antibiotika
5. Mehanizam otpuštanja iona srebra je kontroliran jačinom eksudacije iz rane tj. koliko jako rana eksudira toliko se jače i otpuštaju ioni srebra iz same obloge. To znači da ukoliko imamo dublju opeklinu od 2b stupnja možemo očekivati da će se obloga izgelirati već slijedećeg dana, ukoliko je opeklinu do 2b stupnja obloga će ostati na rani do 14 dana, kada će se spontano odlijepiti.

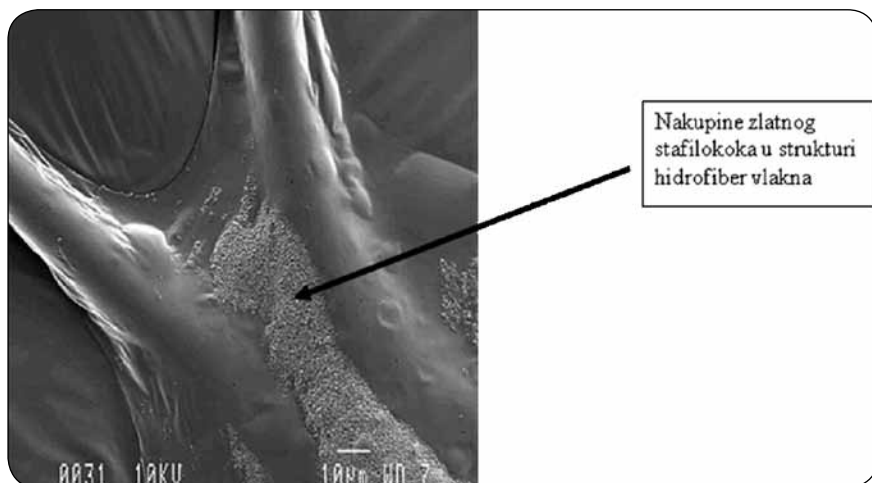
Ukoliko se koristi kao **primarna obloga** to znači da je rana određene dubine za koju je dovoljno da se pokrije jednom vrstom obloge. Tako se hidrofiber Ag aplicira nakon početnog debridmana u veličini 5 cm od ruba defekta i pokriva se gazom. Važno je napomenuti da ukoliko koristimo više obloga njihovi rubovi također moraju biti u preklapanju od 5 cm.

**Sekundarna obloga** podrazumijeva da prvo moramo primijeniti primarnu oblogu (npr. tamponirati duboki defekt) i potom aplicirati sekundarnu oblogu.

Što u slučaju opekлина podrazumijeva da ukoliko se radi o površinskoj opeklini da primarno možemo aplicirati i hidrokolidnu oblogu (npr. tanki hidrokolid ili Granuflex Signal), a ukoliko se radi o opeklini drugog stupnja prvo je potrebno aplicirati hidrofiber Ag, pa preko njega kao sekundarnu oblogu gazu.



Slika 1: Izgled vlakna obloge kada su suha i kada se navlaže eksudatom iz rane čime se pretvore u kohezivni gel.



Slika 2: Prikaz punjenja hidrofiber vlakna i imobiliziranje bakterija u samu strukturu vlakna čime se mehanički uklanja bakterije i onemogućuje njihovo daljnje umnažanje.

Ovim mehanizmom imobiliziraju se i metaloproteinaze koje ostaju u vlaknu i na taj način ne mogu štetiti cijeljenju rane.

## NAČIN PRIMJENE HIDROFIBER AG OBLOGE

Koriste se vrlo jednostavno. Nakon toaleta rane s fiziološkom otopinom oblogu apliciramo tako da je barem 5 centimetra veća od ruba defekta rane, jer će se malo skupiti pri apsorpciji. Pokriva se gazom ili nekom od samoljepivih obloga. Kod kronične opekline se obloga mijenja kada sekret

probije sekundarnu oblogu tj. kada se obloga u potpunosti izgelira. Važno je napomenuti da se izgelirana obloga ne treba dodatno polijevati npr. fiziološkom otopinom, jer bi to moglo dovesti do kontra efekta u smislu adherencije obloge za dno rane.

## PREDNOSTI PRIMJENE MODERNE OBLOGE U KONTROLI INFEKCIJE OPEKLINA

Opeklina ubrajamo u akutne rane s visokim rizikom za nastanak infekcije. Važno je znati da prisustvo bakterija u rani (kolonizacija) nije nužno i infekcija, ona se zbiva tek kada imamo određeni broj bakterija i kliničke znakove infekcije.

Osnovni razlog smanjene mogućnosti infekcije u tretiranju rane sa modernom oblogom je smanjena učestalost previjanja. S obzirom da su previjanja sa gazom svakodnevno ili čak i nekoliko puta u toku dana, a suvremenim oblogama je to daleko rjeđe previjanje (u slučaju opekline do 2b stupnja – jednom u 14 dana), time smo automatski smanjili mogućnost infekcije, jer svako previjanje povećava mogućnost kontaminacije bilo iz okoline na ranu ili obrnuto. Pri eventualnoj izmjeni, npr. ukoliko se radi o dubljoj opeklini pa je hidrofiber prije izgelirao, **nema disperzije mikroorganizama** iz rane u okolinu. Sav sadržaj iz rane ostaje u samoj oblozi ili gelu, dok pri prijetoju sa gazom nalazimo veliku disperziju mikroorganizama u sitnim kapljicama koje se rasprše po okolini i ukoliko u sebi nose patogene uzročnike, potencijalni su rizik za širenje infekcije na npr. druge pacijente u istoj bolesničkoj sobi.

Slijedeći razlog je i mehanička apsorpcija bakterija u samu oblogu čime se onemogućuje njezino daljnje razmnožavanje i kontaminacija rane. Potrebno je znati da je promjena u određenom broju bakterija važnija u procesu cijeljenja nego ukupan broj bakterija. Bakterija u rani ne mora nužno biti negativan efekat u cijeljenju rane, naime u određenom broju (kolonizirane) i određenom sastavu one podržavaju upalnu fazu u cijeljenju rane.

Moderne obloge smanjuju rizik od infekcije direktno djelujući na stupanj čistoće u rani. S obzirom da je fibrinska naslaga ili nekroza u rani podloga za razvoj bakterija, moderna obloga potičući **autolitički debridman**, atrumatski **čisti ranu** i time direktno smanjuje mogućnost infekcije.

## MODERNE OBLOGE SA IONSKIM SREBROM

Da bi uloga obloge u slučaju prisutne infekcije rane ili u tretmanu visoko rizičnih rana od infekcije bila što kvalitetnija, proizvođači obloga za rane su

posegnuli za srebrom. Ugrađujući srebro u različitim oblicima, ionskim u određenoj koncentraciji ili direktno u strukturu vlakana koje se aplicira na ranu, omogućio se aktivniji pristup liječenju akutnih i kroničnih rana.

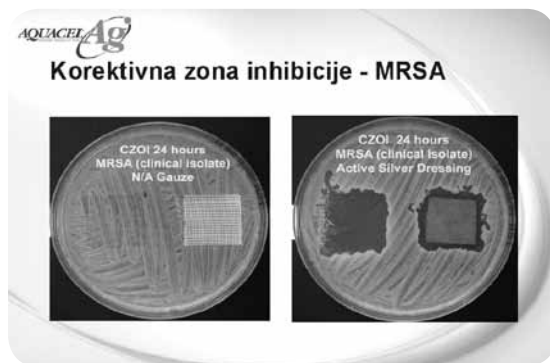
Obloga sa srebrom mora imati nekoliko važnih karakteristika:

1. Mora imati dokazani antibakterijski spektar;
2. Mora biti baktericidna;
3. Mora imati reference o netoksičnosti na npr. fibroblaste i druge stanične elemente važne u cjeljenju rane;
4. Mora imati dobar i kontroliran mehanizam otpuštanja srebra;
5. Srebro koje se otpušta ne smije raditi diskoloraciju kože;
6. Mora biti isplativija u primjeni od dosadašnje metode i u kliničkom djelu uspješnija i u troškovnom dijelu.

Obloge koje zadovoljavaju ove kriterije trebaju biti prvi izbor u primjeni na djelomično dubokim opeklinama.



Slika 3: Prikaz otpuštanja iona srebra iz hidrofibr obloge.



Slika 4: Prikaz korektivne zone inhibicije hidrofibr obloge sa 1,2 % srebrnih iona na MRSA u toku 24 sata.

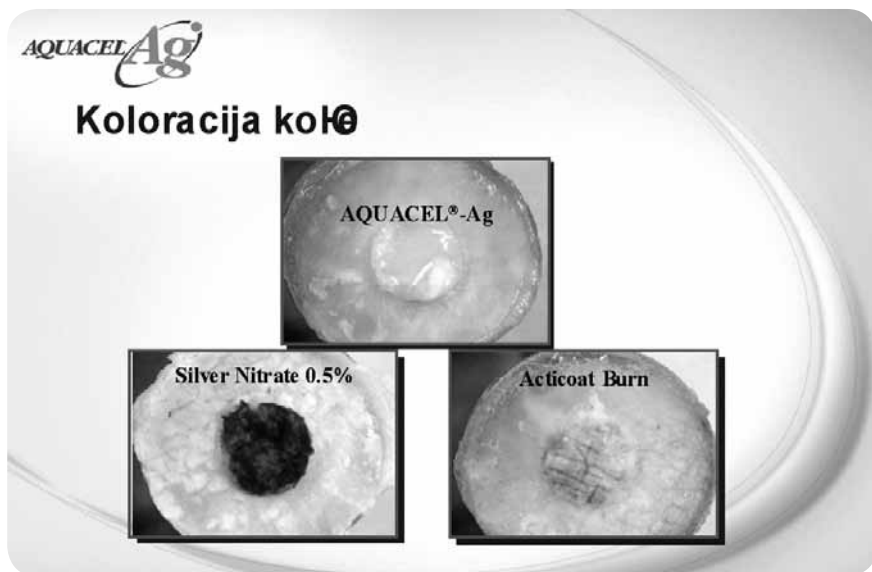
Srebro se kontinuirano otpušta u ranu tek pri vlaženju vlakna, i eksudat iz rane kontrolira količinu potrebnog srebra.

Važno je napomenuti da nije važna velika koncentracija srebra već dovoljna koncentracija tj. Srebro mora biti baktericidno tijekom cijelog procesa cijeljenja od 14 dana te se mora kontrolirano otpuštati što omogućuje hidrofibr vlakno u kojem se nalazi.



## SIGURNA PRIMJENA MODERNIH OBLOGA NA OPEKLINAMA LICA DO 2B STUPNJA OBLOGAMA SA IONIMA SREBRA

Važno djelovanje moderne obloge sa srebrom je i njihova mogućnost aplikacija na licu u smislu kontrole eventualne dikoloracije kože.



Osim dobre bakterijske kontrole, mogućnosti polikliničkog tretmana Aquacel Ag stvara i izvrstan kozmetički efekt u cijeljenju opekline.

## PRIMJER PROTOKOLA PRIMJENE HIDROFIBER AG NA OPEKLINAMA DO 2B STUPNJA



### 1-3 dan

Nakon toaleta rane i debridmana aplicirati Aquacel Ag 5 cm veći od ruba rane i pokriti gazom.



### 4-7 dan

Prvih 72 sata oblogu promijeniti samo ukoliko se u cijelosti izgelirala. Pri tome je nikako ne treba dodatno vlažiti.



Ukoliko je adherirala za opeklinu kao na slici to znači da je opekline do 2b stupnja i Aquacel Ag ne treba mijenjati već samo promijeniti gazu.

### 7-14 dan

Epitelizacijom opekline s rubova Aquacel Ag će se spontano sam odlijepiti najkasnije 14 dan

**Klinička studija** – multicentrična, nekomparativna studija.

**Cilj** - prikazati sigurnost i efikasnost hidrofiber Ag u tretmanu površinskih i djelomično dubokih opekline. Osiguravanja vlažnog, atraumatskog cijeljenja rane sa antibakterijskim djelovanjem.

### **Veličina uzorka**

Ukupni broj pacijenata 22 u 3 centra u SAD-u.

### **Osnovni kriterij za primjenu**

1. < 24 sata od nastanka opeklina
2. Kompletna opeklina: 40% TBSA
3. Tretirana opeklina: 20% TBSA
4. Površinska tj.djelomično duboka opeklina do 2b.

### **Metodologija**

1. Primarna aplikacija obloge
2. Sekundarna obloga gaza
3. Hidrofiber Ag nije mijenjan do reepitelizacije 14-17 dana.

Mijenjana je sekundarna obloga radi inspekcije hidrofiber Ag svakog 2-3 dana. Promatrala se je adhezija, infekcija, cjeljenje.

### **Prikaz slučaja i rezultata liječenja:**

33-god. Pacijentica, 21% TBSA

Opeklina plamenom

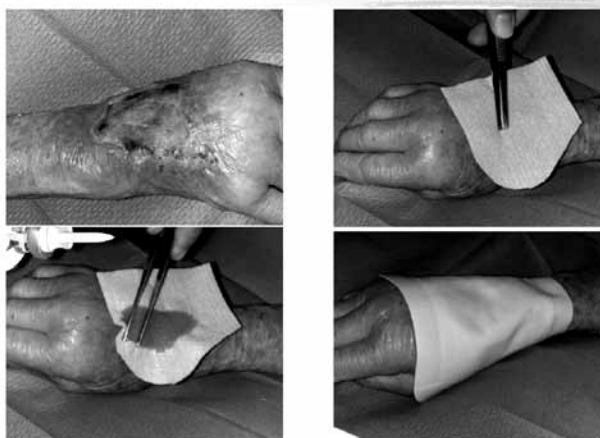
- Toraks, abdomen i leđa



## KAKO PRIMIJENITI MODERNU OBLOGU NA KRONIČNOJ OPEKLINI ?

Ukoliko rana ima signifikantne znakove infekcije, potrebno je izolirati etiološkog uzročnika i ordinirati sistemski antibiotik. Uz sistemsku terapiju lokalno su indicirane obloge sa srebrom. Opekline su rane koje su sklone visokom riziku infekcije i stoga su apsolutno kao prvi izbor u rutinskoj terapiji trebaju biti obloge sa srebrom.

### Primjena hidrofiber obloge sa ionima Ag-a



S obzirom da rana nema dovoljnu eksudaciju, da bi dobili efekt otpuštanja srebra potrebno je navlažiti oblogu i pokriti je okluzivnom oblogom. Nakon debridmana, a osobito u polikliničkom tretmanu možemo nastaviti sa istom terapijom ali uz rijeđe previjanje.

## ZAKLJUČAK

Moderne obloge različite generike danas su odličan odabir u suvremenom previjanju djelomično dubokih opekline koje spontano zacijeljuju. Znatno su isplativije i udobnije za pacijenta. S obzirom na izuzetne karakteristike hidrofiber tehnologije, možemo potvrditi na osnovu kliničkih rezultata da je hidrofiber sa ionima srebra jedan od sigurnih odabira u konzervativnom tretmanu opekline dubine do 2b stupnja. Jednostavan je i dostupan s izvrsnim kozmetičkim rezultatima, pacijent se sa sigurnošću može tretirati poliklinički bez primjene sistemskih antibiotika. Potpuno je atraumatski

u konzervativnom liječenju opekline, onemogućuje pojavu diskoloracije kože na svim dijelovima tijela uključujući i lice, a dokazan je u kliničkoj primjeni na pacijentima u Hrvatskoj još od 2002 godine.

---

## LITERATURA

1. Hoekstra MJ, Hermans MH, Richters CD, Dutrieux RP. A histological comparison of acute inflammatory responses with a hydrofibre or tulle gauze dressing. *J Wound Care*. 2002;11(3):113-117.
2. Caruso DM, Foster KN, Hermans MH, Rick C. Aquacel Ag in the management of partial-thickness burns: results of a clinical trial. *J Burn Care Rehabil*. 2004;25(1):89-97.
3. Richters CD, du Pont JS, Mayen I, et al. Effects of a Hydrofiber dressing on inflammatory cells in rat partial-thickness wounds. *Wounds*. 2004;16(2):63-70.
4. Vloemans AF, Soesman AM, Kreis RW, Middelkoop E. A newly developed hydrofibre dressing, in the treatment of partial-thickness burns. *Burns*. 2001;27(2):167-173.
5. Caruso DM, Foster KN, Blome-Eberwein SA, et al. Randomized clinical study of Hydrofiber dressing with silver or silver sulfadiazine in the management of partial-thickness burns. *J Burn Care Res*. 2006;27(3):298-309.
6. Bowler PG, Jones SA, Walker M, Parsons D. Microbicidal properties of a silver-containing hydrofiber dressing against a variety of burn wound pathogens. *J Burn Care Rehabil*. 2004;25(2):192-196.
7. Paddock HN, Fabia R, Giles S, et al. A silver-impregnated antimicrobial dressing reduces hospital costs for pediatric burn patients. *J Pediatr Surg*. 2007;42(1):211-213.
8. Jones SA, Bowler PG, Walker M, Parsons D, 2004. Controlling wound bioburden with a novel silver- dressing. *Wound Rep. Reg.*®containing Hydrofiber 12: 288-294.
9. Jones S, Bowler PG, Walker M. Antimicrobial activity of silver-containing dressings is influenced by dressing conformability with a wound surface. *WOUNDS*. 2005;17(9):263-270.
10. AQUACEL® Ag Hydrofiber® Wound Dressing [CE Mark package insert ConvaTec 1137338]. Deeside, UK: ConvaTec Limited 2002

---

# ALI LAHKO S TIMSKIM PRISTOPOM IZBOLJŠAMO KVALITETO OSKRBE BOLNIKOV Z RZP?

## CAN TEAM APPROACH IMPROVE THE QUALITY OF NURSING OF PATIENTS WITH PRESSURE ULCERS?

---

*Asja Jaklič, dipl.m.s.*

*Univerzitetni klinični center Ljubljana*

*Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja*

*asja.jaklic@gmail.com*

### **IZVLEČEK**

Razjeda zaradi pritiska je resen zaplet pri zdravljenju pacienta in pomeni tudi enega izmed pomembnih kazalnikov kakovosti zdravstvene oskrbe v posamezni zdravstveni ustanovi. V članku je opisano delovanje in sodelovanje Svetovalne službe zdravstvene nege Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana z Oddelkom za intenzivno terapijo na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja. Poudarjen je multidisciplinaren pristop pri obravnavi pacienta z razjedo zaradi pritiska.

### **KLJUČNE BESEDE**

razjeda zaradi pritiska, organizacija dela, timski pristop

## UVOD

Razjede zaradi pritiska ostajajo resen zdravstveni problem in velik izziv za zdravstveno nego. Kljub poglobljenemu razumevanju patofiziologije nastanka rane zaradi pritiska, uveljavitvi metod zgodnjega odkrivanja oseb ogroženih za nastanek rane zaradi pritiska, dosledni in vrhunski preventivi rane zaradi pritiska in specialnim kirurškim tehnikam se rana zaradi pritiska lahko pojavi pri različnih starostnih skupinah pacientov. Nedvomno je potrebno za uspešno in kakovostno oskrbo pacientov z rano zaradi pritiska sodelovanje celotnega zdravstvenega tima. Izobraževanje zaposlenih na temo obravnave pacienta z rano zaradi pritiska mora biti kontinuirano. Le tako lahko zagotovimo kompetenten in odgovoren kader, ki v timskem pristopu obravnava pacienta z rano zaradi pritiska (Kramar, Mertelj, 2007).

## TEORETIČNA IZHODIŠČA

Razjeda zaradi pritiska je vsakršna poškodba tkiva, povzročena s pritiski, strižnimi silami in trenjem oziroma kombinacija vseh naštetih dejavnikov tveganja, ki vodijo do ishemije in odmrtja tkiva (Vilar, 2008).

Ločimo zunanje in notranje dejavnike tveganja. Najpomembnejši zunanji dejavniki tveganja so: pritisk, strižna sila in trenje. Notranji dejavniki tveganja pa predstavljajo kombinacijo številnih procesov in stanj organizma. Med notranje najpomembnejše dejavnike tveganja štejemo: nekontrolirano odvajanje urina in blata, telesno težo, starost, sposobnost gibanja in zaznavanje bolečine, psihično počutje ter dolgotrajne in kronične bolezni (Vilar, 2008).

Preprečevanje razjede zaradi pritiska je učinkovitejše kot zdravljenje, zato je potrebno, da se tega problema zaveda vsak posameznik, kot tudi celotni negovalni oz. zdravstveni tim. Zaradi zdravljenja razjede zaradi pritiska se trajanje hospitalizacije lahko podaljša, lahko se razvije bolnišnična okužba, kar pomeni dodatno finančno breme.

Preventivni ukrepi morajo omogočati in zagotoviti sistematičen pristop pri ocenjevanju bolnikove ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska. Poleg ocene ogroženosti, izvajanja vseh aktivnosti v zvezi s preventivo in uporabo razbremenilnih pripomočkov je potrebno kontinuirano izobraževanje članov negovalnega tima, pacientov in njihovih svojcev ter sodelovanje s službami in strokovnjaki, ki imajo dodatna strokovna znanja na področju razjede zaradi pritiska (Kramar, Mertelj, 2007).

Najučinkovitejša metoda za ocenitev pacientove ogroženosti za nastanek razjede zaradi pritiska je uporaba različnih shem, ki omogočajo, da se ugotovi,

kateri pacienti so ogroženi in kateri niso. Ocenjevanje tveganja pri pacientu je dinamičen proces, ki je odvisen od pacientovega stanja. Vedno je potrebno narediti oceno v prvih urah ob sprejemu, sledijo ponovitve po 24 urah, nato 48 – 72 urah in ob spremembi stanja pacienta. Ocena tveganja mora zajeti oceno stanja kože pacienta, oceno splošnega stanja pacienta, podatke o psihofizičnem stanju pacienta in izračun tveganja. V klinični praksi se uporabljajo naslednje sheme za ocenjevanje ogroženosti: Nortonova, Bradenova, Waterlow in Gosnellova shema (Kramar, Mertelj, 2007).

Za akutne paciente se uporablja Waterlow shema. Ocenjuje se 10 parametrov. Večje število doseženih točk pomeni večje tveganje za nastanek razjede zaradi pritiska. Ocena 10 točk pomeni ogroženega pacienta, 15 točk bolj ogroženega in 20 točk dosežejo najbolj ogroženi pacienti (Standard preveze rane, UKC Ljubljana).

Na osnovi izračuna ugotovljene stopnje ogroženosti pacienta se načrtuje preventivne ukrepe. Izdela se individualni program preventive, ki mora vključevati naslednje aktivnosti zdravstvene nege :

- aktivnosti za zmanjševanje pritiska, trenja in strižne sile,
- aktivnosti za nego kože,
- aktivnosti glede prehrane,
- zdravstvena vzgoja pacientov in njihovih svojcev,
- izobraževanje zdravstvenega osebja,
- dokumentiranje postopkov in aktivnosti zdravstvene nege (Kramar, Mertelj, 2007).

Razjedo zaradi pritiska se ocenjuje s štiri-stopenjsko klasifikacijo, povzeto po The European Pressure Advisory Panel Classification System (EPUAP). Glede na globino in prizadetost tkiva jih razvrstimo v štiri stopnje (Standard preveze rane, UKC Ljubljana):

- **1. stopnja:**  
RDEČINA - prisotna je rdečina kože, ki ne zbledi. Mesto poškodbe je lahko toplo in edematozno. Koža je lahko zadebeljena. Če pritisnemo s prstom na rdečino, ta ne pobledi, kar kaže, da je mikrocirkulacija na tem mestu že okvarjena.
- **2. stopnja:**  
MEHUR - povrhnja poškodba kože, ki zajema poškodbo epidermisa ali dermisa. Razjeda se kaže kot odrgnina ali mehur.
- **3. stopnja:**  
DERMALNA RANA - poškodba vseh kožnih plasti in podkožja, ki sega do mišičnihovojnic, vendar jih ne zajema.



- **4.stopnja:**

GLOBOKA RANA - mrtvine zajemajo vse plasti kože in se širijo do mišic, kosti in sklepov.

Za oskrbo razjede zaradi pritiska se v praksi uporabljata dva načina oskrbe: klasični in sodoben način. Sodoben način, pri katerem se uporabljajo sodobne obloge, zagotavlja rani optimalne možnosti za zdravljenje. Na tržišču je veliko vrst oblog in pripomočkov, ki so namenjeni negi in oskrbi razjed. Vsaka razjeda mora biti obravnavana individualno, zato mora medicinska sestra poznati smernice in priporočila glede uporabe sodobnih oblog (Trobec, Skočir, Žvanut, 2008).

V Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana deluje že od maja leta 1997 Svetovalna služba zdravstvene nege. Namen službe je dvig kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov s kroničnimi ranami, stomami in inkontinenco. Cilji delovanja Svetovalne službe zdravstvene nege so izvajanje kakovostne, individualne in celostne obravnave pacientov upoštevajoč najvišje standarde, strokovna in etična načela na področju kroničnih ran, inkontinence in stom (Intranet UKC LJ, Svetovalna služba zdravstvene nege UKC Ljubljana).

Svetovalna služba zdravstvene nege se multidisciplinarno povezuje z vsemi strokovnimi službami Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in tako dosega cilje, ki zagotavljajo in ugotavljajo zadovoljstvo pacientov in uspešnost službe. Svetovalna služba ima različne namene, nekateri od teh so (Intranet UKC LJ, Svetovalna služba zdravstvene nege UKC Ljubljana):

- zbiranje in obdelava statističnih podatkov v celotnem Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana glede obravnave pacientov z rano zaradi pritiska,
- obveščanje o rezultatih vseh kompetentnih služb, ki se kakor koli dotikajo obravnave pacienta z rano zaradi pritiska,
- vodi delovne skupine za izdelovanju standardov in navodil za izvedbo posegov, na temo oskrba bolnikov z razjedo zaradi pritiska, ki omogočajo kvalitetno zdravstveno nego,
- sodeluje pri izboru ustreznih delovnih pripomočkov,
- pripravlja in izvaja izobraževalne programe za zaposlene, za bolnike in svojce ter skrbi za razvoj stroke na enterostomalne terapije z uvajanjem raziskovalne dejavnosti v kliničnem okolju.

## ORGANIZACIJA SLUŽBE ZDRAVSTVENE NEGE NA ODDELKU ZA INTENZIVNO TERAPIJO

Organiziranost dela je v zdravstvu ključnega pomena. Zdravstvena nega zaradi dinamike sprememb v zdravstvenem sistemu, pričakovanj in zahtev varovancev in stroke spreminja svojo podobo in temelje, ki ne sloni več na ritualu in rutini. Sodobna organiziranost je oblikovana na principu procesnega pristopa, ki je nastal z reinženiringom zdravstvene nege in kontinuiranim učenjem (Jaklič, 2007).

Vizija proučevanega oddelka je vzpostavitev organiziranosti službe zdravstvene nege po modelu primarne zdravstvene nege, ki temelji na tem, da ena medicinska sestra ugotavlja potrebe pacienta ter z načrtovanjem in usmerjanjem zagotavlja celovito 24-urno zdravstveno nego. Proces je stalen in prekinitev ni, saj mora primarna medicinska sestra predvideti vse posege in postopke ter poskrbeti za vse pripomočke in pogoje, da je delo opravljeno (Jaklič, 2007).

Trenutno je na proučevanem oddelku služba zdravstvene nege organizirana kot kombinacija funkcionalnega in timskega modela. Timski model temelji na skupnem cilju, ki ga zasledujejo vsi člani vključeni v proces. Za kvalitetno oskrbo pacientov je potrebno, da je tim oziroma delo posameznikov časovno usklajeno in da se vsak posameznik zaveda lastne odgovornosti za svoje delo, za katero ima ustrezno izobrazbo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Od vsakega posameznika je potrebno zahtevati in izkoristiti njegove sposobnosti in zmožnosti. Tim zdravstvene nege na proučevanem oddelku sestavljajo diplomirane medicinske sestre, višja medicinska sestra, srednje medicinske sester in zdravstveni tehniki. Tim zdravstvene nege vodi nadzorna diplomirana medicinska sestra, ki ima naloge organiziranja, vodenja in nadziranja službe zdravstvene nege oddelka. Lastnosti kvalitetnega timskega dela so v tem, da potrebe po zdravstveni negi izhajajo iz celovitosti potreb pacienta, torej pacient je center dogajanja. Potrebno ga je obravnavati celovito in holistično, potrebno ga je upoštevati kot subjekt in ga v največji možni meri vključiti v načrtovanje in izvajanje zdravstvene nege (Jaklič, 2007).

Vsako sistematično delo je zasnovano na dokumentiranju. Z dokumentiranjem se odraža profesionalnost dela zdravstvenega tima, omogoča izmenjavo informacij in kontinuiteto obravnave ter zagotavlja varno in kakovostno zdravstveno nego (Klinar, 2009; Kramar, Mertelj, 2007).

Medicinske sestre so za dokumentiranje prevzele model negovalna dokumentacija po Virgin Henderson, ki vsebuje vse elemente procesne metode zdravstvene nege. Oblikovan je sprejemni dokument zdravstvene nege s sprejemnimi negovalnimi diagnozami in enodnevni list zdravstvene nege z aktualnimi in potencialnimi negovalnimi diagnozami in cilji, ki tim vodijo k reševanju negovalnih problemov. Dokument omogoča dnevno evidentiranje negovalnih diagnoz, načrt zdravstvene nege in zapisovanje izvedenih aktivnosti zdravstvene nege. Medicinska sestra ob odpustu pacienta izpolni odpustni dokument zdravstvene nege.

## NAMEN

V prispevku želimo predstaviti študijo primera, v kateri bomo predstavili timski pristop obravnave pacienta z rano zaradi pritiska v Enoti z intenzivno terapijo na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, ki deluje v okviru Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Pristop smo izoblikovali člani tima, ki je na omenjenem oddelku zaposlen in članice tima Svetovalne službe. Ker se je model izkazal za odličnega v preventivi zdravljenja in oskrbe ran zaradi pritiska, ga želimo predstaviti.

## REZULTATI

- **Obravnava bolnika z razjedo zaradi pritiska na Oddelku za intenzivno terapijo**

Pacienti sprejeti na proučevani oddelek so v večini hemodinamsko nestabilni, zato je potrebno, da medicinske sestre primarno ugotavljajo in rešujejo probleme, ki ovirajo osnovne fiziološke potrebe (dihanje, srčni obtok, hranjenje in hidracijo, izločanje, telesno temperaturo, psihofizično udobje). Poleg tega se v anamnezi osredotočijo tudi na probleme, ki se nanašajo na varnost in zaščito, izražanje ljubezni in pripadnosti, probleme, ki se nanašajo oziroma ovirajo samospoštovanje, ter tiste, ki preprečujejo osebni razvoj in doseganje ciljev. Za pridobivanje učinkovite anamneze pri posameznem pacientu medicinska sestra uporablja izdelane protokole za obravnavo pacienta z rano zaradi pritiska. Izdelani interni protokoli (Jaklič, 2007) so vodilo za poenotenje aktivnosti zdravstvene nege, kar vodi v kakovostno izvedbo aktivnosti zdravstvene nege in s tem kakovostno obravnavo pacientov. Protokoli so izdelani jasno, enostavno in so dostopni in razumljivi za vse izvajalce zdravstvene nege. Vsi izvajalci zdravstvene nege pa se poleg tega kontinuirano izražajo in izpopolnjujejo. Zaposleni morajo biti seznanjeni z vsemi novostmi na področju sodobnih materialov za oskrbo in zdravljenje ran in z njihovo uporabo, kar omogoča vpeljavo le teh v

klinično prakso. Vsaka medicinska sestra obravnava pacienta z rano zaradi pritiska natančno dokumentira in v primeru negotovosti se posvetuje z drugo medicinsko sestro, ki ima drugačne izkušnje na področju oskrbe pacienta z rano zaradi pritiska ali pa se posvetuje s članicami Svetovalne službe zdravstvene nege. V pomoč pri obravnavi pacienta z rano zaradi pritiska so tudi plakati z navodili za izbiro sodobnih oblog, ki pomagajo medicinski sestri pri izbiri le teh.

- **Preventiva rane zaradi pritiska**

V proučevani organizaciji se za ocenjevanje ogroženosti pacientov za nastanek rane zaradi pritiska uporablja ocenjevalna lestvica po Waterlowu, oceno zabeležimo na list zdravstvene nege. Ocena se na Oddelku za intenzivno terapijo izvede ob sprejemu vsakega pacienta, nato pa ponovi vsak dan dopoldan ali ob spremembi zdravstvenega stanja pacienta. Oceno naredi medicinska sestra, ki poleg tega naredi za pacienta celoten individualen načrt zdravstvene nege. Število točk po Waterlowu shemi je podatek, ki je osnova za diagnosticiranje negovalne diagnoze. V pomoč pri določanju negovalne diagnoze se uporablja priročnik negovalnih diagnoz po M.Gordonu. Celoten načrt, ki ga izdelata medicinska sestra pripomore k učinkoviti preventivi rane zaradi pritiska, saj zajame pacienta kot celoto, nikoli samo ukrepov za preprečevanje ran zaradi pritiska.

- **Zdravljenje in oskrba rane zaradi pritiska**

Protokol zdravljenja in oskrbe rane zaradi pritiska je odvisen od stopnje le te: V kolikor se pri pacientu pojavi rana zaradi pritiska 1. stopnje (rdečina na koži), kljub preventivnim ukrepom, ki ne izginejo po 24 urah, mora medicinska sestra izpolniti dokumentacijo, ki je sestavljena iz:

- dokumenta Obvestilo o pojavu rane zaradi pritiska,
- dokumenta Zdravstvena oskrba razjede zaradi pritiska,
- dokumenta Ocenitev razjede zaradi pritiska.

V kolikor se je pri pacientu razvila katerakoli rana zaradi pritiska ali da je bil pacient premeščen od drugod z že prisotno rano zaradi pritiska, mora medicinska sestra izpolniti enako dokumentacijo, kot pri pojavu rane zaradi pritiska 1. stopnje.

Vse tri izpolnjene dokumente medicinska sestra pošlje v Svetovalno službo zdravstvene nege in o nastanku rane zaradi pritiska obvesti nadzorno medicinsko sestro na oddelku in glavno medicinsko sestro klinike. O spremembah pri pacientu z rano zaradi pritiska, s poudarkom na stanju rane

zaradi pritiska, medicinske sestre predajajo informacije na vsakem sestanku ob predaji službe. Na ta način je celoten tim seznanjen o stanju in spremembah na koži pacientov ali o stanju in spremembah na ranah zaradi pritiska pri posameznem pacientu.

Oceno je treba ponavljati glede na stopnjo razjede na 1 do 3 tedne oziroma ob vsaki pomembni spremembi v razjedi. Za ocenitev velikosti se uporabljajo prozorni filmi. Z vodoodpornim svinčnikom se obriše razjedo, ki se jo namesti na mrežo, ki služi za ocenitev velikosti razjede. Obrisi razjede na filmu se shrani v pacientovo dokumentacijo. Za kvalitetnejše spremljanje celjenja rane se razjeda lahko tudi fotografira. Fotografija je priloga dokumentacije k obrazcu Ocenitev RZP (Standard preveze rane, UKC Ljubljana).

V kolikor ima pacient rano zaradi pritiska 4. ali 5. stopnje se ga namesti na terapevtsko blazino (na oddelku sta na razpolago dve), sicer so pacienti nameščeni na »Flay« pad blazino. Za zmanjšanje pritiska na določene dele telesa pri pacientu, se pacientom spreminja lego telesa na 2 – 3 ure. V kolikor je pacient hemodinamsko nestabilen in menjava lege telesa stanje še poslabša, pa zdravnik odredi terapevtsko ležanje. Takrat se pacienta namesti na terapevtsko blazino.

Na proučevanem oddelku se v procesu zdravljenja in oskrbe ran zaradi pritiska odločamo za uporabo sodobnih oblog. Izbor oblog in obvezilnega materiala je izredno velik, kar pomeni, da so medicinske sestre, ki delajo s temi oblogami visoko strokovno usposobljene, veliko pa lahko stavijo na svoje predhodne izkušnje in na izmenjavo izkušenj s sodelavkami, ki se izvaja ob vsaki predaji službe.

Medicinska sestra mora biti pozorna na morebiten nastanek okužbe rane zaradi pritiska, ki se običajno prične z znaki vnetja (rdečina, bolečina, oteklina, povišana temperatura). Z rednim in dobrim opazovanjem medicinska sestra ugotovi ali spremembe teh kazalcev napovedujejo okužbo razjede, zato mora ob vsaki prevezi ugotavljati in določati stanje razjede zaradi pritiska (Lipovšek, Jokič, 2007).

Za zdravljenje in oskrbo rane zaradi pritiska ima pomembno vlogo poznavanje faktorjev, ki vplivajo na pospeševanje celjenja rane zaradi pritiska in tiste ki celjenje zavirajo. Eden od faktorjev, ki lahko pripomorejo k celjenju rane zaradi pritiska je upoštevanje higienskih standardov pri oskrbi rane

zaradi pritiska in upoštevanje vseh predpisanih protokolov za izvedbo postopka oskrbe rane (Kovačec, Kohek, 2008; Vilar, 2007).

## ZAKLJUČEK

Oskrba rane zaradi pritiska predstavlja na področju kakovostne oskrbe pacientov celovit pristop in kontinuirano obravnavo. Znanje s področja oskrbe rane zaradi pritiska je potrebno stalno obnavljati in nadgrajevati pri zaposlenih, ki se pri svojem delu srečujejo vsakodnevno s to problematiko. Zaposleni na proučevanem oddelku se redno udeležujejo internih izobraževanj, po potrebi tudi eksternih.

Poudariti je potrebno, da tri medicinske sestre – enterostomalne terapevte, ki sestavljajo Svetovalno službo za zdravstveno nego, so praktično dosegljive 24 ur na dan. Svoje strokovno znanje in neprecenljive izkušnje so vedno pripravljene deliti z ostalimi člani negovalnega tima. Najverjetneje je prav ta pripravljenost delitve znanja pripomogla k temu, da so na Oddelku za intenzivno terapijo na Kliniki za infekcijske bolezni in vročinska stanja, medicinske sestre spoznale, kako pomembna je oskrba bolnika z rano zaradi pritiska. Vsaka medicinska sestra čuti osebno odgovornost in kompetentnost pri bolniku z razjedo zaradi pritiska, kar pomeni, da uporablja svoje strokovno znanje, spretnosti in sposobnosti, potrebne za kvalitetno oskrbo bolnika z razjedo zaradi pritiska.

Strokovna filozofija je vodilo medicinskim sestram pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene nege pacienta. Cilji so zadovoljstvo pacienta, profesionalen razvoj medicinskih sester in razvoj stroke. Za vse paciente mora veljati pravilo, da so vsi pacienti z rano zaradi pritiska deležni enake oskrbe po strokovnih smernicah. Pacienta je potrebno obravnavati holistično in celostno, vodilo našega dela mora biti pacient s svojimi potrebami in željami. Pacienti, ki so sprejeti na zdravljenje v enoto intenzivne terapije so hemodinamsko nestabilni in življenjsko ogroženi, zato je pri njih v ospredju reševanje aktualnih problemov, ki ovirajo njihove osnovne fiziološke potrebe. Vendar nikakor ne smemo pozabiti tudi na nastanek razjede zaradi pritiska. Naše aktivnosti morajo biti primarno usmerjene v preprečevanje nastanka rane zaradi pritiska, v kolikor pa se razvije, je naloga medicinske sestre oz. celotnega negovalnega tima, da se vzdržuje stanje, ter da se pristopa k reševanju problema timsko oz. multidisciplinarno.

---

## LITERATURA

1. Jaklič A., Organiziranost zdravstvene nege v Respiracijskem centru. V: Muzlovič I. s sod. (ur), Zbornik predavanj Respiracijski center: 50 let prvega slovenskega oddelka intenzivne terapije klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja: strokovno srečanje z mednarodno udeležbo, Ljubljana, 11. in 12. maj 2007. Ljubljana: Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Klinični center: Združenje za infektologijo pri slovenskem zdravniškem društvu, 2007: 219 -230.
2. Klinar U., Kazalniki kakovosti in njihov vpliv na varnost pacientov (diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.
3. Kovačec B., Kohek M., Interdisciplinarni pristop pri oskrbi kronične rane v splošni bolnišnici Murska Sobota. V: Vilar V (ur), Zbornik predavanj društva za oskrbo ran Slovenije, 2008. Ljubljana, Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008: 65 -70.
4. Kramar Z., Mertelj O., Do kakovostne obravnave bolnikov s pravilnimi ukrepi za razjede zaradi pritiska. V: Vilar V. (ur), Razjede zaradi pritiska (RZP) kot kazalnik kakovosti, Zreče, 20.- 21.4.2007. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 2007: 28 – 41.
5. Lipovšek B., Jokič R., Zdravstvena nega bolnika v kirurški intenzivni terapiji. V: Vilar V. (ur), Zbornik predavanj društva za oskrbo ran Slovenije 2008. Ljubljana, Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008: 97-102.
6. Svetovalna služba zdravstvene nege UKC Ljubljana. Intranet UKC Ljubljana. Dostopno na : [http://www.kclj.si/portal\\_ZN/](http://www.kclj.si/portal_ZN/) (24.1.2011).
7. Standardni postopki oskrbe akutne in kronične rane. Univerzitetni klinični center Ljubljana, Področje za zdravstveno nego in oskrbo, 2010.
8. Vilar V., Kakovostna oskrba bolnika z razjedo zaradi pritiska. V: Vilar V. (ur), Razjede zaradi pritiska (RZP) kot kazalnik kakovosti, Zreče, 20.- 21.4.2007. Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije, 2007: 51 – 59.
9. Vilar V., Okužba razjede zaradi pritiska. V: Vilar V. (ur), Zbornik predavanj društva za oskrbo ran Slovenije 2008. Ljubljana, Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008: 195 – 201.
10. Trobec I., Skočir H., Žvanut B., Različni pristopi pri oskrbi kroničnih ran. V: Vilar V. (ur), Zbornik predavanj društva za oskrbo ran Slovenije, 2008. Ljubljana, Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008: 71-75.



Ustvarjeno za  
brezskrben dan

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

## Celovita paleta, zasnovana v sodelovanju s stomisti

Enodelne (Flexima) in dvodelne (Flexima Key) medicinske pripomočke za oskrbo kolostome, ileostome in urostome podjetja B.Braun odlikujejo visoka **kakovost, zanesljivost, diskretnost in udobje.**

Za popolno nego stome vam nudimo tudi:

- pasto za izravnavo neravnih površin kože (Superfiller)
- sredstvo za zgoščevanje vsebine vrečke (Ileo gel+)
- sredstvo za nevtralizacijo neprijetnega vonja izločka (DeOdour)

Za dodatne informacije in testiranje pripomočkov pokličite brezplačno telefonsko številko **080 87 86** ali obiščite **www.stoma.si**.





# NOVE MOŽNOSTI ZA UČINKOVITO CELJENJE RAN

Pri zdravljenju kroničnih ran je v ospredju skrb za bolnika, hkrati pa morajo biti obloge za rane stroškovno učinkovite in njihova uporaba podprta z dokazi.

V podjetju B.Braun so na podlagi dolgoletnih izkušenj razvili obloge za oskrbo ran, ki ustrezajo naštetim zahtevam in pomagajo telesu pri obnovi poškodovanega tkiva.

Predstavljamo vam izdelke iz skupine Askina®, ki pomagajo pri zdravljenju ran v toplo-vlažnem okolju in združujejo nove tehnologije, kot npr. alginat s srebrovimi ioni, zato so učinkovita rešitev za zdravljenje ran.

S celotnim asortimanom Askina® ima vsaka faza celjenja rane primerno oblogo, izdelano z upoštevanjem različnih tehnologij.

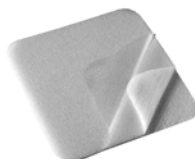
## Askina® Calgitrol® Ag

Tehnološko izpopolnjena obloga za rane z učinkovito pregrado iz ionskega srebra z vpojnimi sposobnostmi kalcijevega alginata in poliuretanske pene.



## Askina® Transorbent

Obloga s patentirano tehnologijo, ki zagotavlja edinstven proces vpijanja.



## Askina® ThinSite

Ultratanka, prilagodljiva in ultravpojna obloga primerna za oskrbo površinskih secernirajočih ran.



## Askina® Heel

Anatomsko oblikovana, dvoslojna, nelepljiva penasta obloga s penastim trakom za pritrjevanje, ki omogoča oblogi da po namestitvi ostane na svojem mestu.



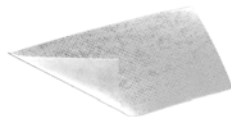
## Askina® Foam Cavity in Askina® Cavity Strips

Oblogi iz mehke hidrofilne pene za drenažo globokih žepastih in tunelnih ran.



## Askina® SilNet

Mehka kontaktna mrežica, prevlečena s silikonom.



## Askina® DresSil

Penasta obloga, prevlečena s silikonskim adhezivom.



MODRA ŠTEVILKA  
**080 87 86** za dodatne  
informacije