

ONKOCHIRURGIE MALÉ PÁNVE

Miroslava Ježová, FN Brno, Chirurgická klinika

Onkogynekochirurgie je obor zabývající se léčbou pohlavních orgánů ženy, které jsou postiženy maligním bujením. Gynekologické nádory postihují ženy ve všech obdobích života. Kromě rozdělení nádorů na nezhoubné a zhoubné, můžeme mluvit i o rozdělení na nádory hormonálně aktivní a inaktivní. Z chirurgického pohledu je specifikem vaginální operační přístup, který snižuje invazivnost výkonů a ulehčuje pacientkám pooperační průběh nebo se využívá kombinace abdominálního a vaginálního přístupu.

K základním operačním výkonům v gynekologii patří:

- hysterektomie – odstranění dělohy;
- ovariectomie – odstranění vaječnicků;
- salpingektomie – odstranění vejcovodů.

Základní onemocnění v onkogynekochirurgii:

Karcinom dělohy

patří k nejčastějším malignitám ženského genitálu a nejčastěji se vyskytuje endometriální karcinom. Ke vzniku dochází nejčastěji mezi 60. a 75. rokem života ženy.

Rozdělení

Typ I – estrogen dependentní karcinom (růst karcinomu pod vlivem estrogenů), tvoří 80 % všech karcinomů dělohy a k rizikovým faktorům patří zejména obezita, diabetes mellitus a hypertenze a hormonální, estrogenní faktory jako časná menarché, pozdní menopauza, nuliparita;

Typ II – karcinom s nejasnou etiologií, bez zjevného působení estrogénů.

Klinický obraz

v 90 % krvácení z genitálu (metroragie) u postmenopauzálních žen (délka trvání krvácení a jeho množství nesouvisí s rozsahem nemoci), pouze 5 % klinicky němých tumorů, bez krvácení;

mírné bolesti v podbříšku a sangvinolentní či purulentní vaginální výtok jsou známky již pokročilého stádia nemoci.

Diagnostika těchto tumorů bývá díky metroragii obvykle časná (ve stádiu I):

anamnéza, klinické vyšetření, transvaginální ultrazvuk a hysteroskopie s biopsií, onkomarkery Ca 125, cystoskopie a rektoskopie k vyloučení lokální progresse

nemoci, doplňující vyšetření jako sono nebo CT jater a dutin břišní, rtg S+P k vyloučení vzdálených metastáz.

Možnosti léčby

Chirurgická kurativní léčba v raném stádiu nemoci (I a II)

abdominální hysterektomie s oboustrannou adnexetomií nebo laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s bilaterální adnexetomií a s eventuální regionální (pánevní a paraaortální) lymfadenektomií.

Chirurgická paliativní léčba metastatického onemocnění

resekce solitárních jaterních či plicních metastáz, paliativní kolostomie při obstrukčním ileu.

Radioterapie neoadjuvantní i adjuvantní s výraznými nežádoucími účinky v podobě postradiační cystitidy, proktokolitidy, tvorby vředů a píštělí, lymfedému dolních končetin.

Chemoterapie při metastatické formě endometriálního karcinomu a při selhání Hormonální léčby.

Hormonoterapie, léčba gestageny.

Symptomatická terapie, především tlumení bolesti a zajištění nutrice.

Předoperační příprava a pooperační péče v gynekologii

Předoperační příprava začíná stanovením vhodné doby k operaci, kterou je období po menstruaci. Těsně před menstruací může dojít vlivem překrvení orgánů ke zbytečným krevním ztrátám a během ní se zvyšuje krvácivost.

Gynekologické problémy mohou souviset se změnami v sebepojetí, tělesného vzhledu, osobní identitě i plnění rolí. Operací může být ovlivněna reprodukční schopnost, sexuální prožívání i sexuální aktivity. Minimalizovat pocit úzkosti, strachu, studu i méněcennosti lze jak plnou informovaností pacienta s operačním výkonem, tak srozumitelným seznámením pacientky s ošetřovatelskými intervencemi v před a pooperačním období.

Fyzická příprava v gynekologii spočívá v následujících krocích:

- přeléčení poševních a močových infekcí;
- vyšetření uropoetického aparátu;
- důsledné vyprázdnění před vaginálními výkony;

- příprava operačního pole – oholení pubického ochlupení, dezinfekce pupku před operací abdominálním přístupem nebo příprava pochvy antimikrobiálními prostředky před vaginální operací (dle zvyklostí zdravotnického zařízení);
- zavedení permanentního močového katétru;
- důsledná prevence TEN z gynekologického hlediska vysazení hormonální substituční léčby či hormonální antikoncepce.

Pooperační péče se vždy řídí druhem operačního výkonu a anestezie, stavem pacientky, zvyklostmi oddělení a požadavky operátora. Kromě důsledného monitorování ZFF je ošetrovatelská péče zaměřená na tyto aspekty:

- sledování krvácení (sleduje se operační rána, sekrece z drénů a známky vnitřního krvácení, pravidelnou kontrolou hygienické vložky nebo poševní tamponády lze časně odhalit krvácení z rodidel);
- sledování bilance tekutin;
- analgetizace;
- péče o vyprazdňování močového měchýře;
- péče o střevní peristaltiku;
- péče o operační ránu;
- zvýšená hygiena genitálu a operační rány (ve smyslu sprchování, oplachu genitálu po vyprázdnění nebo výměny hygienických vložek či osobního prádla);
- péče o psychický stav pacientky zejména u onkologické diagnózy (po hysterektomii, ovariectomii a vulvectomii).

Edukace pacientky v onkogynekochirurgii

Edukace pacientky je důležitá z následujících úhlů pohledu:

- z pohledu zásad životosprávy: dostatek tělesného a psychického klidu, prevence infekce, důraz na hygienu s upřednostněním sprchování, ochrana před prochlazením;
- z pohledu sexuální problematiky: abstinence pohlavního styku po dobu šesti týdnů, vnímání změn v sexualitě - pocit ztráty sexuální přitažlivosti, hygienické návyky pohlavního života, problémy při pohlavním styku v důsledku anatomických změn pohlavních orgánů, užívání antikoncepce a hormonální substituce, nástup klimakteria;
- z pohledu následné léčby: dispenzarizace, léčba na onkologii, lázeňská léčba.

Urologie je chirurgický obor zabývající se diagnostikou a léčbou onemocnění ledvin, vývodných močových cest, retroperitonea a mužských pohlavních orgánů. Z operačního hlediska je možný přístup transuretrální a abdominální.

K základním operačním výkonům v urologii patří:

- nefrektomie – odstranění ledviny;
- cystektomie – odstranění močového měchýře;
- prostatektomie – odstranění prostaty.

Základní onemocnění v urologii:

Karcinom prostaty

Prostata je orgán ležící na svalovém dnu pánve a jejím středem prochází močová trubice. Výskyt karcinomu prostaty má stoupající tendenci a tvoří cca 10 % všech zhoubných nádorů.

Rozdělení

adenokarcinom (vychází ze sekrečních buněk prostatických acinů, které obsahují prostatický specifický antigen),

rabdomyosarkom a leiomyosarkom (vyrůstají z hladké i příčné svaloviny).

Základní příznaky odpovídají symptomatologii BHP (dále jen benigní hyperplazie prostaty):

potíže s močením obstrukčního charakteru – oslabení proudu močení, použití břišního lisu při močení;

potíže s močením imitativního charakteru – okamžitá nutnost močení, bolestivé a časté močení, zejména v noci;

močová retence;

hematurie;

potíže s defekací z důvodu útlaku rekta.

Diagnostika

anamnéza, vyšetření per rektum, odběr krve na PSA, transrektální sonografie, punkční biopsie, CT, k vyloučení metastáz scintigrafie skeletu, rtg plic či CT břicha.

Možnosti léčby

Faktory ovlivňující způsob léčby:

věk a celkový stav klienta, hodnoty PSA

staging a grading nádoru

Terapie lokalizovaného karcinomu prostaty (nádor lze úplně vyléčit):

radikální prostatektomie (odstranění prostaty včetně vazivového pouzdra a semenných váčků), zde riziko inkontinence při poranění příčně pruhovaného svěrače a impotence při poranění neurovaskulárních svazků přiléhajících k prostatě.

Radioterapie zevní nebo kombinace zevní radioterapie s brachyradioterapií (zavedení zářiče přímo do oblasti prostaty) má výsledky srovnatelné s chirurgickým výkonem.

V průběhu léčby se hodnotí hladina PSA.

Terapie lokálně pokročilého karcinomu prostaty:

radioterapie

u polymorbidních klientů nad 70 let pouze dispenzarizace

Terapie generalizovaného karcinomu prostaty (vede ke snížení hodnot androgenů, na kterých je závislá prostata i prostatický antigen):

odstranění varlat (bilaterální orchiektomie)

podávání antiandrogenů

paliativní zevní radioterapie aplikovaná na kostní metastázy (úleva od bolesti).

Prevence: digitální rektální vyšetření a sledování PSA.

Karcinom močového měchýře

Nejčastější nádor močového ústrojí s častějším výskytem u mužů, s narůstající tendencí.

Základní příznaky:

- hematurie (přítomnost krve v moči);
- pyurie (přítomnost hnisu v moči);
- dysurie (obtíže při močení);
- pálení při močení s častější frekvencí;
- bolesti při invazivním prorůstání tumoru do okolních tkání nebo při močové infekci;
- mikrohematurie (přítomnost krve v moči prokazatelná pouze mikroskopicky).

Diagnostika:

- cystografické vyšetření;
- vylučovací urografie (série rentgenových snímků, na kterých se sleduje vylučování rentgenkontrastní látky podané pacientovi nitrožilně);
- cytologické vyšetření moče na přítomnost nádorových buněk je často pozitivní;
- cystoskopie (přímé endoskopické vyšetření m. m.) s transuretrální resekcí biopsií (odběr vzorku tkáně nádoru endoskopicky přes močovou trubici k histologickému vyšetření);

- palpační bimanuální vyšetření (vyšetření pohmatem zároveň dvěma rukama v celkové anestezii);
- CT vyšetření, scintigrafie (vyšetření s pomocí aplikace radioizotopů);
- ultrasonografické vyšetření a MR.

Možnosti léčby:

- endoskopická transuretrální resekce (přímé odstranění nádoru přístupem přes močovou trubici);
- cystektomie radikální nebo parciální s močovou diverzí (s novým vyústěním močovodů);
- radioterapie;
- chemoterapie ve formě instilace cytostatik do močového měchýře.

Předoperační příprava a pooperační péče v urologii

Plánování operačního výkonu je i zde podmíněno jak rozsahem nádoru, tak i věkem pacienta, jeho celkovým stavem a zhodnocením přínosu chirurgické léčby pro kvalitu jeho dalšího života. U plánované cystektomie je například důležité rozhodnutí týkající se výběru vhodné formy močové derivace nebo u prostatektomie informace týkající se rizika pooperační erektilní dysfunkce.

Předoperační období a příprava k operaci je stejná jako u chirurgických výkonů v oblasti břicha. Kromě běžných předoperačních vyšetření jsou pacienti podrobeni i důkladnému urologickému vyšetření (dle diagnózy například cystoureterografie, cystoskopie, uroflowmetrie, transrektální ultrasonografie prostaty) a zajištění protibakteriální léčbou.

Předoperační edukace v urologii souvisí především s plánovanými operačními výkony, které pro pacienty budou s největší pravděpodobností znamenat změnu ve způsobu vyprazdňování moče. Výběr konkrétní močové derivace (kontinentní nebo inkontinentní formy) je spojen s perorální přípravou střeva pro tuto derivaci.

V pooperačním období se dodržují všeobecné zásady pooperační péče, na JIP bývá pacient hospitalizován dle stavu 2 – 3 dny.

Po urologických, urogynekologických operacích i u stavů vyžadujících kontinuální nebo periodické výplachy močového měchýře je pooperační drenáž močového měchýře nutností. K derivaci moči se perioperačně zavádí permanentní močový katétr nebo se provádí suprapubická drenáž.

Specifikem pooperační péče po některých urologických výkonech je výplach močového měchýře. Jedná se o výkon, kdy se do močového měchýře přes močový katétr aplikuje sterilní tekutina za účelem zprůchodnění či aplikace léčiv. Dle časového aspektu lze výplachy rozdělit na jednorázové, intermitentní a kontinuální.

U otevřených (abdominálních) operací tvoří zavedený permanentní močový katétr a epicystostomický drén protidrenáž, laváž. Přes epicystostomický drén kape pomocí infuzního setu do močového měchýře ohřátý fyziologický roztok na 37°C a vytéká katétrem. Množství vyplachovacího roztoku i rychlost jeho aplikace se řídí barvou moči či přítomností koagul. Je nutná kontrola odtoku tekutiny z močového měchýře (riziko tamponády močového měchýře při jeho přeplnění), záznam o množství takto podané tekutiny a množství ve sběrném sáčku.

Po cystektomii je péče zaměřená jak na odpady z drénů pro riziko krvácení, tak na ovládnutí močové derivace – nácvik mikce, výměna urostomických pomůcek či nácvik autokatetrizace.

Po prostatektomii se u pacientů sleduje přítomnost krve v moči (hematurie), proud moči, ale i nechtěný únik moči při stresových podnětech jako kašel nebo prudký pohyb (přechodná stresová inkontinence přetrvávající po dobu několika měsíců, řešením je posílení svalů pánevního dna Kegellovými cviky). Narušená erektilní funkce může mít příčinu psychogenní i organickou (poranění nervově cévních svazků v operované oblasti). Sledování hladiny PSA v séru (prostatický antigen) a vyšetření per rektum je součástí dispenzární péče o pacienty po operaci prostaty. Všechny ošetrovatelské intervence musí směřovat k prevenci nozokomiální nákazy. Doporučení týkající se otázky jak dlouho ponechat permanentní močový katétr bez infekčního poškození pacienta se v literatuře značně rozcházejí.

Tabulka č. 2 Výměna jednotlivých částí systému

Část systému	Maximální doporučená doba pro výměnu
Sáček nevýpustný	Vždy při naplnění do 2/3 obsahu
Sáček výpustný obyčejný bez antireflexní chlopně	1 den
Sáček výpustný s antireflexní chlopní	7 dní
Sáček výpustný pro sledování hodinové diurézy s antireflexní chlopní	14 dní
Krátkodobý sáček výpustný s antireflexní chlopní	1 – 3 dny
Močový katétr krátkodobý latexový	5 – 7 dní
Močový katétr krátkodobý latexový silikonizovaný	14 dní

Močový katétr ze 100% silikonu	28 dní – 6 týdnů
Močové katétrů dlouhodobé impregnované	6 – 8 týdnů
Uzávěr močového katétru plastový	K jednorázovému použití

(Vytejková, R. a kol., 2013, s. 137)

Péče o pacienta s PMK

Na JIP je zajištění močových cest PMK běžnou součástí ošetrovatelské péče. I přesto je nutné uvědomit si, že až 80 % nozokomiálních nákaz močových cest je způsobeno právě jeho zavedením.

Indikace

Z chirurgického hlediska se jedná o náročné, komplikované operační výkony, které vyžadují v rámci pooperačního sledování přísné sledování a měření diurézy. Zavedení PMK je dále nutné u klientů po urologických operacích, u poúrazových stavů v oblasti malé pánve, u stavů vyžadujících kontinuální nebo periodické výplachy močového měchýře, u inkontinentních pacientů (nedobrovolný únik moči).

Samotný výkon

PMK se zavádí za přísně aseptických podmínek, u žen VS, u mužů lékař. Většinou se používá dvoucestný nebo trojcestný Foleyův balonkový katétr (dvoucestný – vývod k odvodu moči a vývod k naplnění fixačního balonku, trojcestný – kromě těchto dvou zmiňovaných vývodů, ještě jeden vývod například k výplachům močového měchýře – nejčastějším důvodem je neprůchodnost katétru – lze použít cca 50 ml sterilní vody, dle ordinace lékaře) o velikosti 14 až 26 F (French stupnice). Po zavedení se balonek naplní vzduchem nebo sterilní vodou (množství dle výrobce), aby katétr v močovém měchýři zůstal. Poté se PMK napojí na drenážní systém, který může být otevřený (katétr, drenážní hadice a sběrný sáček) a uzavřený (ten zabraňuje zpětnému průniku infekce do močového měchýře pomocí filtru).

Všechny ošetrovatelské intervence musí směřovat k prevenci nozokomiální nákazy.

Ošetrovatelské intervence:

Sledovat a zaznamenávat příjem a výdej tekutin, laboratorní výsledky.

Sledovat a do dokumentace zaznamenávat barvu, množství, zápach či patologické příměsi.

Drenážní systém udržovat sterilní a co nejméně ho rozpojovat.

Pravidelně vyprazdňovat sběrný sáček.

Zajistit spád moči, tak aby sběrný sáček nedotýkal podlahy.

Zajistit řádnou hygienu genitálií.

Sledovat a zaznamenávat příznaky celkové sepse (subfebrílie, třesavka, pocení...).

Sledovat a zaznamenávat příznaky lokální sepse (bolest, pálení, svědění).

Před odstraněním PMK (v případě dlouhodobějšího zavedení) uzavírat katétr na 2 – 4 hodiny (trénink močového měchýře), po jeho odstranění se musí pacient vymočit spontánně do 8 hodin.

Chirurgie rekta a pánevního dna se dostává do popředí díky pokroku moderního staplerového instrumentária i moderním možnostem v neoadjuvantní onkologické léčbě (akceptování úrovně distální resekční linie 1 – 2 cm pod tumorem oproti původním 5 cm z 80. – 90. let). Do ústraní tak ustupují abdominoperineální amputace dle Milese, ve prospěch tzv. kontinentních resekcí bez nutnosti zakládání umělého střevního vývodu. I z důvodu onkologického onemocnění orgánů malé pánve a jejich léčby dochází ke vzniku anorektální dysfunkce, projevující se zejména inkontinencí stolice. Možností léčby jsou transabdominální resekce (poloha gynekologická) a transperineální plastiky (poloha zavírajícího se nože, jack – knife).

Karcinom rekta

Společně s karcinomem tlustého střeva se jedná o nejčastější maligní nádor gastrointestinálního traktu. Vzniká maligní transformací cylindrického epitelu tlustého střeva a rekta.

Základní příznaky často vycházejí z lokalizace nádoru na tlustém střevě:

- viditelná čerstvá krev ve stolici – objevuje se především u aborálně lokalizovaných nádorů;
- anemizace – poměrně častý jev, vzniká důsledkem chronického krvácení nevelkého rozsahu z exulcerovaného nádoru;
- změny frekvence vyprazdňování – může se jednat jak o obstipaci tak průjmy, obstipace je typičtější spíše pro levou polovinu tračníku (descendens, sigmoideum, rektum, které mají užší průsvit než předchozí části tračníku), pacient například sdělí lékaři, že celý život chodil na stolicí každý den a poslední 2 měsíce stěží dvakrát týdně;
- tenesmy;
- dyspeptické obtíže, celková slabost, kachektizace ;
- perforace střeva nebo ileus.

Diagnostika:

- vyšetření per rectum;
- onkomarkery kolorektálního karcinomu (CEA a Ca 19-9);
- koloskopie;
- CT a MRI ke zjištění míry infiltrace orgánů malé pánve (močový měchýř, ureter, vagina, ale i os sacrum);
- abdominální USG k vyloučení postižení jater;
- endosonografie ke zjištění hloubky invaze nádorového postižení, tj. do které vrstvy střevní stěny až zasahuje, nebo nepostihuje-li blízké lymfatické uzliny či okolní orgány;
- RTG srdce plíce k vyloučení metastáz.

Možnosti léčby:

- základním principem léčby karcinomu lokalizovaném v rektu je neoadjuvantní chemoradioterapie s vysokou senzitivitou (původně inoperabilní onemocnění může regredovat v operabilní, tzv. downstaging);

Kurativní léčba

- resekce rekta (+ mesorekta), může být s amputací sfinkteru, ale i sfinkter zachovávající;
- extenzivní operace – resekce rekta, mesorekta a abdominopelvických lymfatických uzlin a cév;
- ultraextenzivní operace – navíc s resekcí vnitřních iliackých cév.

Paliativní léčba:

- odstranění nádoru – ve většině případů je lepší nádor odstranit, i když je pro staging onemocnění nebo celkový stav pacienta vyloučena kurativní resekce, každý rostoucí nádor pacienta ohrožuje vznikem střevní neprůchodnosti, perforací stěny střevní, rozpadem nádoru;
- řešení překážky v pasáži střeva stomií nebo bypassem;
- léčba bolesti.

Exenterace malé pánve je chirurgické řešení zhoubných nádorů pelvických orgánů, poprvé provedené již v roce 1940. Jedná se o výkony zatížené vysokou mortalitou i morbiditou. Provádí se přední exenterace (odstranění urologických a gynekologických orgánů malé pánve), zadní exenterace (odstranění distální části tlustého střeva s gynekologickými orgány nebo totální exenterace malé pánve (odstranění všech nádorem postižených pánevních a do

pánve naléhajících orgánů). Po extirpační fázi operace následuje rekonstrukce tak, aby byla zajištěna i nadále střevní pasáž a odvod moči z organismu.

Předoperační příprava a pooperační péče v chirurgii rekta a malé pánve

V chirurgii rekta je **před samotným operačním zákrokem** nutné provedení anorektální manometrie (posouzení funkce svěračů, bez sedace a vyprazdňování), anorektální endosonografie (ultrazvukové vyšetření popisující morfologii svěračů, zhodnocení stágu karcinomu rekta), defekografie (dynamické vyšetření rektální evakuace pomocí rentgenové zobrazovací metody, ne při podezření na perforaci střeva a akutní divertikulitidu), urodynamické vyšetření (zhodnocení transportu moči a jeho poruchy), CT a magnetická resonance.

V rámci předoperační přípravy je důležitá psychologická příprava, důkladné vysvětlení operačního postupu i následné pooperační péče, zvláště v případě, že se plánuje založení umělého střevního nebo močového vývodu. U plánovaných výkonů je současným trendem předhospitalizační edukace nemocného, vyjma urgentních výkonů, prováděná stomickou sestrou. Ta také zajišťuje v den operace zakreslení místa budoucí stomie (obrázek str. 14).

V rámci fyzické předoperační přípravy u resekce rekta je důležité ortográdní vyprázdnění střeva s antibiotickou přípravou střeva a perioperační zavedení PMK.

Specifikem pooperační péče je z pohledu všeobecné sestry na JIP péče o nově založený umělý vývod, ať už se jedná o urostomii, ileostomii nebo kolostomii.

Pravidelná kontrola stomie a odpady z ní jsou součástí pooperačního sledování. Edukace pacienta stomickou sestrou probíhá vždy individuálně s ohledem na psychické a fyzické možnosti pacienta.

Péče o stomie

Stomie je uměle vytvořené vyústění dutého orgánu na povrch těla. Lze je rozdělit na výživné a derivační.

Výživné umožňují zajistit u pacientů enterální výživu v případě, že sami nemohou přijímat stravu per os. Dělí se na gastrostomie nebo jejunostomie.

Derivační slouží k odvodu nahromaděných tělních tekutin a exkretů. Lze je dělit z hlediska časového na trvalé (paliativní) a dočasné. Na základě systému, z něž jsou vyvedeny se dělí na

stomie na uropoetickém traktu (ureterostomie, epicystostomie, urostomie), na gastrointestinálním traktu (oesophagostomie, jejunostomie, ileostomie, kolostomie) a na dýchacím traktu (tracheostomie, koniotomie)

Základní typy stomií

Urostomie je operačně vytvořené vyústění močových cest přes stěnu břišní, nejčastěji na pravé straně břicha. Mezi urostomie řadíme nefrostomie, ureterostomie nebo vezikostomie. Kontinentní urostomie mají uměle vytvořený rezervoár z části střeva a pacient ho v pravidelných časových intervalech vyprazdňuje sterilní cévkou nebo jsou močovody implantované přímo do střeva a moč odchází společně se stolicí. Inkontinentní urostomie se zakládají tak, že se oba močovody svedou do vytvořené kličky tenkého střeva, přes stěnu dutiny břišní ven a moč odchází do urostomického sáčku.

Ileostomie se zakládá na terminální části ilea, ústí přes stěnu břišní nejčastěji v pravém podbřišku. Odvádí řídkou, agresivní stolicí v objemu 1000 – 1500 ml.

Kolostomie se zakládá na tlustém střevě (céku, transversu, sigmoideu, rektosigmoideu), je nejčastěji vyvedena v levém podbřišku.

Základní komplikace – časné (v rádech hodin a dní po založení stomie – krvácení ze stomie, ischemie, nekróza, parastomální absces, macerace okolí stomie) a pozdní (často z důvodu nespolupráce pacienta a nedostatečné dispenzarizace – prolaps střeva retrakce, dermatitida).

Základní stomické pomůcky:

Jednodílný systém – lepicí podložka je vlisována k sáčku, systém se mění u kolostomií 2xdenně, u ileostomií a urostomií 1xdenně

Dvoudílný systém – skládá se z podložky, která na těle zůstává 3-5 dní a sáčku, který se na podložku připevňuje nebo lepí a sáčky se mění v závislosti na typu stomie a typu sáčku (výpustný, nevýpustný). U pacientů s vpadlou stomií se používají konvexní podložky, které mají vypuklou středovou část, aby lépe přilnula ke kůži.

K ošetření stomie je potřeba ještě prostředky vyplňovací, vyrovnávací, čistící, ochranné, zahušťovací. Pro lepší komfort stomika jsou vhodné deodorační prostředky, pásy, přídržné pomůcky, tzv. stomické zátky.

Doplňující pomůcky k péči o peristomální kůži – čistící (odstraňovač adheziv, čistící roztok), protektivní, (ochranný film, bariérový krém) hojící (adhezivní hojivá pasta nebo pudr), vyrovnávací (vyrovnávací pasta nebo stomická rouška) a doplňující (oplachové roztoky).

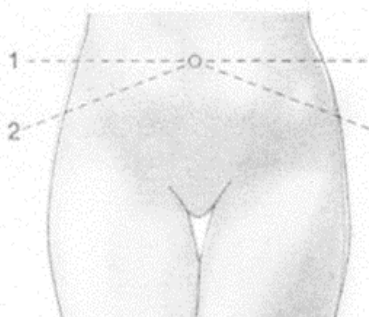
Základní postup výměny stomické pomůcky

- příprava pomůcek (stomický systém, šablona pro změření velikosti stomie, kosmetické přípravky k péči o kůži, kulaté nůžky, jednorázové rukavice, buničitá vata, sáček na odpad)
- příprava nového jímacího systému (změření velikosti stomie pomocí šablony, otvor v destičce bývá větší než obvod stomie cca 2-3 mm)
- odstranění starého jímacího systému (sáček se snímá směrem z horního pólu dolů)
- ošetření peristomální kůže (k základní očištění stačí pitná voda a poté dle uvážení speciální čisticí a ochranné prostředky)
- připevnění nového jímacího systému (jednodílný i dvoudílný systém se lepí směrem od dolního pólu k hornímu, ke zvýšení adheze je vhodné, aby pacient celý systém přidržel plochou dlaně)
- orientace jímacího systému (u ležících pacientů směřuje dolní pól sáčku k ložní ploše lůžka, u chodících pacientů směřuje dolní pól sáčku k dolním končetinám)
- úklid pomůcek.(použitý materiál se likviduje jako biologický odpad, pomůcky k opakovanému použití se dezinfikují).



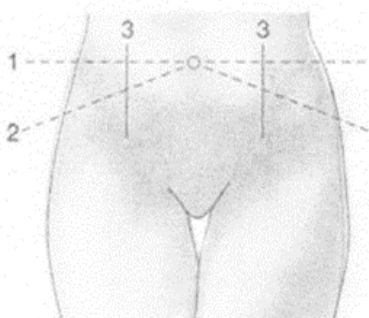
Pravidla zakreslování stomie

I. Anatomické vyznačení místa stomie



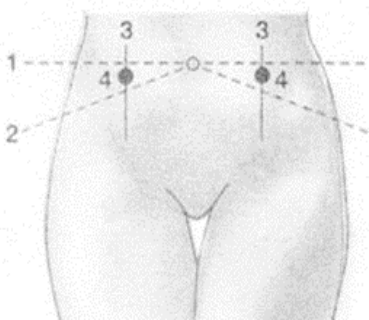
vleže na zádech, ruce podél těla

- linie mezi pupkem a hřebenem kosti kyčelní - 1
- linie mezi pupkem a hlavicí kosti stehenní - 2



vleže hlavu na prsou

- vyznačení osy musculus rectus abdominis - 3



- zakreslení výchozího bodu - 4

II. Upřesnění místa stomie polohováním

v poloze vleže

- polohování na bok, pokrčená kolena (kožní řasy)

v poloze vsedě

- nohy mírně od sebe
- povolit břicho + vis rukou
- rotace stranově
- ruce nad hlavu
- nohu přes nohu
- specifikace dle povolání (např. držení volantů)

v poloze vstoje


- prostý stoj
- rotace
- předklon
- specifikace dle povolání

Důležité:

- zrakové zhodnocení pacienta (kožní řasy a defekty, jizvy)
- pohovor - mobilita a stereotypy

Vzít zřetel:

- oblečení
- kompenzační pomůcky (korzet)
- běžné denní činnosti, povolání, záliby
- konfrontace se zrcadlem
- volba fixy nebo popisovače nesmazatelné desinfekcí (zaznačení dle zvyklostí pracoviště - X O)
- ověření místa nalepením zkušební podložky

 SenSura® Vyvinuto pro život.