

Marta Hreńczuk<sup>1</sup>, Tomasz Piątek<sup>1</sup>, Maciej Kosieradzki<sup>2</sup>, Piotr Małkowski<sup>1</sup><sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny<sup>2</sup>Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

# Pacjent po przeszczepieniu nerki z odprowadzeniem moczu sposobem Brickera — interwencje pielęgniarские na podstawie opisów przypadków

## Patient after kidney transplantation with urinary diversion with Bricker's method — nursing interventions based on descriptions of cases

### ABSTRACT

The lack of possibility of urinary diversion into the urinary bladder in potential recipients of a kidney is not a contraindication to its transplantation. With success, most often the diversion is made with the use of a bowel insert with Bricker's method.

The aim of the paper is presenting the nursing interventions on the example of description of two patients who underwent kidney transplantation with urinary diversion with Bricker's method (urostomy). The first patient is a recipient who underwent kidney

transplantation and at the same time the urostomy was made in that person. The second patient is a patient with whom urinary diversion was made into the earlier formed Bricker's loop.

Nursing interventions were conditioned by nursing problems and they differed slightly in described cases. Presented nursing interventions are typical actions for the group of kidney recipients and specific for the patients with urostomy.

**Forum Nefrol 2017, vol 10, no 3, 225–230**

**Key words: kidney transplantation, urostomy, Bricker's method, nursing interventions**

### PRZYPADK 1

Mężczyzna, lat 63, po cystoprostatektomii radykalnej (Ca pęcherza moczowego — 2004 r.) z wytworzeniem ureterocutanostomii w wywiadzie; stan po nefrektomii obustronnej (2015 r.). Hemodializowany od 2014 roku z wykorzystaniem przetoki tętniczo-żylniej. U chorego wykonano zabieg przeszczepienia prawej nerki pobranej ze zwłok wewnątrzotrzewnowo na prawy talerz biodro-

wy. Wyizolowano 20-centymetrowy fragment pętli jelita krętego, który odcięto, i następnie wykonano zespolenie jelitowo-jelitowe, a dystalny koniec wyizolowanego jelita wyłoniono na skórę prawego dołu biodrowego na wysokości pępka (urostomia). Moczowód nerki przeszczepionej zespolono do wyprowadzonej pętli jelita. Na bloku operacyjnym zabezpieczono urostomię przezroczystym sprzętem stomijnym i przekazano pacjenta na odcinek pooperacyjny. W chwili przyjęcia na oddział

**Adres do korespondencji:**  
dr n. o zdr. Marta Hreńczuk  
ul. Oczki 6, 02–007 Warszawa  
tel.: 22 502 19 20  
e-mail: marta.hrenczuk@wum.edu.pl

**Tabela 1.** Ocena pooperacyjna według skali Aldreta [1]

Kryterium	Charakterystyka	Punkty
Oddech	Głęboki, wydolny kaszel	2
	Duszność, oddech płytki, nieregularny	1
	Bezdech	0
Krażenie	RR $\pm$ 20 mm Hg od wartości wyjściowych	2
	RR $\pm$ 20–50 mm Hg od wartości wyjściowych	1
	RR $\pm$ 50 mm Hg od wartości wyjściowych	0
Stan przytomności	Przytomny, w pełni świadomy	2
	Podsypiający, reagujący na głos	1
	Bez reakcji	0
Poruszanie kończynami	Porusza samodzielnie 4 kończynami lub na polecenie	2
	Porusza 2 kończynami samodzielnie lub na polecenie	1
	Nie porusza kończynami samodzielnie ani na polecenie	0
SpO <sub>2</sub>	> 92% przy oddychaniu powietrzem	2
	> 90% przy stosowaniu tlenoterapii	1
	< 90% przy stosowaniu tlenoterapii	0

RR — ciśnienie tętnicze krwi; SpO<sub>2</sub> — wysycenie krwi tlenem

biorca otrzymał 10 punktów według skali Aldreta (tab. 1). Skala ta jest stosowana w chirurgii przy kwalifikacji chorych po zabiegu do przeniesienia na oddział [1].

Po przeszczepieniu przez pierwsze trzy doby nie odnotowano wydzielania moczu. W okresie pooperacyjnym wykonano dwa zabiegi hemodializy. W czwartej dobie uzyskano 550 ml moczu, a w piątej — 1100 ml. Od piątej doby diureza była wspomagana furosemidem we frakcjach. W badaniach laboratoryjnych obserwowano utrzymujące się podwyższone wartości kreatyniny (5,51–9,81 mg/dl) oraz hiponatremię (121–131 mmol/l), którą wyrównywano drogą dożylną oraz doustnie. W badaniu ogólnym moczu zauważono liczne pasma śluzu, nieliczne bakterie oraz leukocyty. W trzeciej dobie obserwowano wysokie stężenie takrolimusu (> 30 ng/ml), które po odstawieniu w kolejnych dobach wynosiło 18 ng/ml, i do końca pobytu chorego w oddziale chirurgicznym nie podawano leku (3 doby). Oprócz takrolimusu w skład terapii immunosupresyjnej wchodziły leki sterydowe podawane dożylnie, od trzeciej doby — doustnie oraz mycofenolan mofetilu. U biorcy stosowano: okołozabiegową profilaktykę antybiotykową, inhibitory pompy protonowej, profilaktykę infekcji potransplantacyjnych, profilaktykę przeciwzakrzepową, preparaty wapnia i magnezu. Leczenie przeciwbólowe w okresie pooperacyjnym oparte było na fentanylu i paracetamolu. Choroba

współistniejąca: nadciśnienie tętnicze, leczone dwoma lekami hipotensyjnymi; wartości ciśnienia podczas pobytu w oddziale w granicach normy (135–120/85–75 mm Hg).

Drenaż czynny, wyprowadzony z miejsca operowanego, w pierwszej dobie odebrał 50 ml treści surowiczo-krwistej; w trzeciej dobie został zmieniony na drenaż bierny; usunięty w szóstej dobie po zabiegu przy objętości 30 ml treści surowiczej. Opatrunek na ranie operacyjnej suchy; w pierwszych dobach tylko punktowo przesiąknięty treścią surowiczą. Rana goiła się bez powikłań, przez rychłozrost.

Podaż doustną płynów rozpoczęto w drugiej dobie po zabiegu, rozszerzając stopniowo dietę w kolejnych dobach. Przez cztery doby po zabiegu chory nie oddał stolca, piątej doby podano efektywnie czopek glicerynowy.

Po przeniesieniu na oddział ogólny chory był apatyczny, uskarżał się na dolegliwości bólowe ze strony jamy brzusznej. Kontrolne badanie ultrasonograficzne nie wykazało odchyleń od normy; dolegliwości ustąpiły po wypróżnieniu.

Urostomia: okrągła, różowa, wilgotna i błyszcząca; pierwszą zmianę sprzętu stomijnego wykonano w drugiej dobie po zabiegu. Podczas zmiany edukowano chorego w zakresie techniki zmiany sprzętu stomijnego. Chory podczas pierwszych zmian sprzętu był niechętny do współpracy. Podczas pobytu w oddziale stosowano worki przezroczyste w celu obser-

►►Urostomia  
powinna być okrągła,  
różowa, wilgotna  
i błyszcząca◄◄

wacji urostomii w kierunku wczesnych powikłań chirurgicznych (obrzęk, niedokrwienie, martwica, krwawienie, zakażenie rany stomijnej), bez konieczności częstej zmiany, co mogłoby potęgować dolegliwości bólowe w okresie pooperacyjnym. Powikłań chirurgicznych oraz dermatologicznych w obrębie urostomii nie obserwowano.

Chory został wypisany do domu z kreatyniną 1,5 mg/dl i diurezą w granicach 2500 ml po przeprowadzeniu edukacji w zakresie pielęgnacji urostomii.

## PRZYPADK 2

Kobieta, lat 28, ze schyłkową niewydolnością nerek. W dzieciństwie miała wykonane odprowadzenie moczu z nerek własnych metodą Brickera z powodu wynicowania pęcherza moczowego. Chora była hemodializowana na cewniku naczyniowym permanentnym. Wykonano u niej przeszczepienie prawej nerki allogennej od dawcy zmarłego, wewnątrzotrzewnowo na prawy dół biodrowy moczowodem w dół do wytworzonej wcześniej pętli Brickera. Zastosowano szynowanie zespolenia moczowego cewnikiem typu *pig tail* (cewnik moczowodowy o jednostronnej spiralnej końcówce), który założono do miedniczki nerkowej, a drugi koniec wyprowadzono na zewnątrz i przszyto do skóry. Na bloku operacyjnym przez prawą żyłę podobojczykową założono dojście centralne, na urostomię naklejono worek urostomijny, umieszczając w nim końcówkę cewnika wprowadzonego z miedniczki nerkowej. Ocena według skali Aldreta — 8 punktów. Z rany pooperacyjnej wyprowadzono drenaż czynny zakończony butlą Redona; w drugiej dobie przy objętości 200 ml treści surowiczokrwistej zmieniono go na bierny, a usunięto w trzeciej dobie, przy objętości 150 ml treści surowiczej.

W okresie pooperacyjnym obserwowano powolne obniżanie się kreatyniny ze wzrostem do 7,27 mg/dl w czwartej dobie po przeszczepieniu. Ze względu na niezadowalającą czynność przeszczepu chora była trzykrotnie dializowana po zabiegu. Diureza była zachowana od pierwszej doby w objętości 400–500 ml. W wywiadzie: nadciśnienie tętnicze kontrolowane przed transplantacją sześcioma lekami hipotensyjnymi. W trakcie pobytu w oddziale chirurgicznym u chorej występowały trudności w farmakologicznym ustabilizowaniu ciśnienia tętniczego. W bezpośrednim okresie pooperacyjnym obserwowano hipotensję (100–110/60–65 mm Hg), zredukowano dawki le-

ków hipotensyjnych. W trzeciej dobie wartości ciśnienia wzrosły do 170–150/116–98 mm Hg; powrócono do wcześniejszych dawek leków hipotensyjnych. W dalszej obserwacji pacjentki wartości ciśnienia tętniczego w granicach normy. Leczenie immunosupresyjne trzylekowe: sterydy, takrolimus raz na dobę i mykofenolan mofetilu. Stężenie takrolimusu w dobie trzeciej — 16,5 ng/ml; zmniejszono dawki leku. Stosowano okołozabiegową profilaktykę antybiotykową, inhibitory pompy protonowej, profilaktykę infekcji potransplantacyjnych, profilaktykę przeciwzakrzepową. Leczenie przeciwbólowe oparte było, z pozytywnym efektem, na fentanylu i paracetamolu. Odżywianie doustne od pierwszej doby po zabiegu. Urostomia w okresie pooperacyjnym bez powikłań. Pierwszą wymianę sprzętu stomijnego wykonała pielęgniarka; pacjentka obawiała się dolegliwości bólowych ze strony rany operacyjnej. Kolejne wymiany wykonywała już sama co 3–4 dni. Cewnik typu *pig tail* został usunięty w 21. dobie od zabiegu. Biorczyni została wypisana do domu ze stężeniem kreatyniny 1,7 mg/dl i objętością moczu w granicach 2000 ml.

## INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE

Wyraz „interwencja” w słowniku synonimów zawiera 116 znaczeń. Jeżeli mówimy o interwencji pielęgniarskiej, rozpatrujemy ją:

- jako działania zmierzające do osiągnięcia określonego celu (agitacja, interweniowanie, nacisk, napór, wpływ);
- w odniesieniu do wykonywania konkretnych działań (aktywność, czynności, działalność, działanie, funkcjonowanie, kroki, poczynania, praca, starania, trud, zabiegi, zajęcie);
- w kontekście ingerowania w coś (angażowanie się, ingerencja, wkład, włączanie się, wpływ, zaangażowanie) [2].

Podejmowane w opiece nad pacjentami interwencje pielęgniarskie — zarówno te typowe w opiece nad biorcą nerki, jak i te specyficzne, wynikające z wytworzenia urostomii — były podejmowane na podstawie aktualnego stanu pacjenta i problemów pielęgnacyjnych. Zostały one zebrane i przedstawione w tabeli 2.

## DYSKUSJA

Obserwując biorcę po zabiegu przeszczepienia nerki z odprowadzeniem moczu do pętli Brickera wykonanej jednocześnie z transplan-

►►Obserwując biorcę po zabiegu przeszczepienia nerki z odprowadzeniem moczu do pętli Brickera, należy mieć na uwadze możliwość występowania powikłań nie tylko wynikających z samej transplantacji, lecz także typowo chirurgicznych (np. zapalenie otrzewnej, zwężenie lub nieszczelność zespolenia jelitowo-jelitowego) oraz mających charakter urologiczny (m.in. zwężenie zespolenia moczowodowo-jelitowego, odpływ wsteczny moczu ze zbiornika jelitowego do górnych dróg moczowych)◀◀

**Tabela 2.** Interwencje pielęgniarskie

Interwencje pielęgniarskie typowe dla biorców nerki w okresie pooperacyjnym (przypadek 1 i 2)	
Monitorowanie parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze, saturacja, liczba oddechów, temperatura)	
Monitorowanie bólu oraz skuteczności leczenia przeciwbólowego z użyciem skali numerycznej (0–10)	
Prowadzenie i ocena bilansu wodno-elektrolitowego oraz jego uzupełnianie	
Ocena nawodnienia chorego (ośrodkowe ciśnienie żyłne, masa ciała, obecność obrzęków, obraz kliniczny — duszność)	
Pielęgnacja miejsca operowanego i miejsca wyprowadzenia drenu	
Nadzór nad drożnością drenu wyprowadzonego z miejsca operowanego (w pierwszych dobach czynny, następnie zmieniony na bierny)	
Profilaktyka infekcji miejsca operowanego, miejsca wyprowadzenia drenu, wkłucia centralnego	
Zapobieganie powikłaniom ze strony układu oddechowego (zapalenie płuc, niedodma), szczególnie w bezpośrednim okresie po operacji (intensywna rehabilitacja oddechowa)	
Profilaktyka przeciwzakrzepowa (farmakoterapia, utrzymanie pończoch uciskowych do momentu uruchomienia pacjenta, jak najwcześniejsze uruchomienie chorego)	
Udział w diagnostyce (wywiad, badanie fizykalne, udział w badaniach obrazowych i laboratoryjnych)	
Pomoc w utrzymaniu właściwego stanu higieny pacjenta i otoczenia we wczesnym okresie pooperacyjnym	
Monitorowanie pacjentów w kierunku objawów toksycznych takrolimusu	
Obserwacja pacjenta w kierunku objawów odrzucania przeszczepionego narządu	
Edukacja w zakresie stylu życia po przeszczepieniu	
Zapewnienie warunków intymności podczas wykonywania czynności pielęgniarskich	
Wsparcie emocjonalne i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa w okresie hospitalizacji	
Interwencje pielęgniarskie wynikające z wytworzenia urostomii (przypadek 1 i 2)	
Monitorowanie żywotności urostomii (wygląd i treść — mocz, śluz)	
Ocena wiedzy i umiejętności pielęgnowania urostomii przez pacjentów	
Edukacja/reedukacja na temat:	
— pielęgnacji urostomii (sprzęt stomijny, refundacja sprzętu, zasady i czas zmiany, toaleta urostomii);	
— powikłań związanych z urostomią (miejscowych i ogólnych);	
— profilaktyki zakażenia układu moczowego	
Interwencje dodatkowe	
Przypadek 1	Przypadek 2
Profilaktyka przeciwoleżynowa (14 pkt w skali Norton w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, skóra sucha, bez niepokojących zmian)	Ocena drożności i położenia cewnika typu <i>pig tail</i> , jego usunięcie na zlecenie lekarza
Uzupełnianie dożylnie i doustne hiponatremii, udział w kontroli poziomu jonów Na <sup>+</sup> w surowicy	Udział w doraźnej farmakoterapii hipotensyjnej, ocena reakcji na stosowane leki
Pomoc w poruszaniu się	Obserwacja w kierunku powikłań nadciśnienia tętniczego
Monitorowanie perystaltyki jelit (odchodzenie gazów, wypróżnienia)	Monitorowanie cewnika dializacyjnego, skóry wokół cewnika, jego drożności
Pomoc w wydalaniu (czopek glicerynowy)	
Monitorowanie funkcji przetoki tętniczo-żyłnej	
Motywowanie pacjenta do samoopieki w zakresie pielęgnacji urostomii	

tacją, należy pamiętać, że jest to zdecydowanie rozleglejszy zabieg w obrębie jamy brzusznej, naruszający ciągłość przewodu pokarmowego. Dlatego też należy mieć na uwadze możliwość

występowania powikłań nie tylko wynikających z samej transplantacji, lecz także typowo chirurgicznych (np. przedłużająca się porażenna niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej, zwęże-

nie lub nieszczelność zespolenia jelitowo-jelitowego) oraz mających charakter urologiczny (m.in. zwężenie zespolenia moczowodowo-jelitowego, odpływ wsteczny moczu ze zbiornika jelitowego do górnych dróg moczowych, zwężenie zewnętrznej przetoki jelitowo-skórnej, nawracające zakażenia układu moczowego) [3]. Dlatego też w przypadku pierwszego pacjenta istotne było zwrócenie uwagi na perystaltykę jelit, odchodzenie gazów, wypróżnienie. W celu wczesnej diagnostyki rozejścia zespolenia jelitowo-jelitowego należy monitorować charakter treści w drenie, a żywienie doustne rozpoczyna się nieznacznie później niż w przypadku przeszczepienia samej nerki. Aktualnie częstość powikłań chirurgicznych w tej grupie chorych jest znikoma, jednak nie zwalnia to personelu pielęgniarskiego z wnikliwej obserwacji pooperacyjnej biorcy [4]. Z kolei u pacjentki (przypadek 2) — ze względu na to, że przeszczepienie było do wcześniej wytworzonej pętli Brickera — uwaga personelu medycznego powinna być skupiona na możliwych wczesnych powikłaniach urologicznych.

U biorców z odprowadzeniem moczu metodą Brickera dominują zakażenia układu moczowego, które wymagają stosowania antybiotykoterapii i ciągłej profilaktyki [5]. Januszko-Giergielewicz i wsp. [6] podkreślają, że agresywna antybiotykoterapia nawracających zakażeń układu moczowego toruje drogę opornym na antybiotyki patogenom i bardziej zasadne wydaje się prowadzenie stałej profilaktyki, na przykład z zastosowaniem preparatów zakwaszających mocz. Natomiast antybiotykoterapię wdraża się w przypadku objawowego zakażenia układu moczowego. Ważnym aspektem w profilaktyce infekcji jest edukacja biorcy w tym zakresie.

Zasady wczesnej pooperacyjnej rehabilitacji chorego (ERAS, *early recovery after surgery*) należą do kanonów aktualnej wiedzy medycznej. Dotyczą one między innymi żywienia chorych w okresie okołoperacyjnym. Brak uzasadnienia dla głodzenia po operacjach w obrębie przewodu pokarmowego, w który to ingeruje chirurg, wycinając pętlę jelita krętego, wykorzystywaną do odprowadzenia moczu. W krajach o wyższym poziomie opieki zdrowotnej wczesne żywienie pooperacyjne po operacjach na przewodzie pokarmowym stosowane jest od wielu lat i nie podlega dyskusji. W wielu badaniach dowiedziono, że dłuższy pobyt pacjenta w szpitalu koreluje z większym ryzykiem zakażenia wewnątrzszpitalnego, niedożywienia i upośledzenia normalnej aktyw-

ności dziennej [7, 8]. W grupie biorców nerki dodatkowe ryzyko stwarza leczenie immunosupresyjne. Celem postępowania ERAS jest minimalizacja urazu okresu okołoperacyjnego, tak aby czas gojenia i rekonwalescencja były szybkie, co pozwoli na zmniejszenie liczby powikłań. Działanie ERAS opiera się na zachowaniu fizjologicznych warunków funkcjonowania organizmu w okresie okołoperacyjnym. Przy dotychczas pokutującym na wielu oddziałach postępowaniu procesy te ulegają znacznemu zaburzeniu. Okazuje się, że jeśli osobie zdrowej podamy środki przeczyszczające i przeprowadzimy dekontaminację (zaburzając florę jelitową), następnie ją unieruchomimy i pozostawimy na czczo przez kilka dni, podając jedynie dożylny płyn i elektrolity, to człowiek ten rozwinie olbrzymi katabolizm [7, 8]. W przypadku chorego, który przed zabiegiem przeszczepienia mógł być obciążony niedożywieniem ze względu na ograniczenia dietetyczne, niekorzystny efekt może być wielokrotniony. Negatywny wpływ na przebieg pooperacyjny mogą mieć ponadto choroby współistniejące oraz znaczny uraz operacyjny. Dodatkowo biorca z obniżoną odpornością jest narażony na ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych. Dlatego też w przypadku tych chorych dieta doustna powinna być wprowadzana w krótkim czasie po zabiegu.

Niezmiernie ważnym działaniem jest edukacja na temat pielęgnacji urostomii oraz jej zaopatrzenia, a w przypadku opisanej biorczyni, która miała wykonaną urostomię przed przeszczepieniem — reedukacja. Celem takiej interwencji jest niedopuszczenie do powikłań miejscowych, przede wszystkim skórnych, które są dominującym problemem i dotyczą blisko 40% pacjentów, co jest częstszym zjawiskiem niż zakażenie układu moczowego, dotyczące około 30% [6]. Dlatego też personel pielęgniarski powinien podejmować aktywności, które ten problem ograniczą. Jednym z warunków jest prawidłowe wyłonienie pętli jelita, tak by wystawała ona ponad powłoki skórne, w miejscu widocznym dla biorcy, z dala od elementów kostnych, fałdów skórnych czy blizn po wcześniejszych zabiegach operacyjnych, co jest zadaniem chirurga. Wskazuje to na konieczność wcześniejszego wyznaczenia miejsca przyszłej urostomii we współpracy lekarza, pielęgniarki i pacjenta. Kolejnym elementem są: umiejętność dobrania i zmiany sprzętu stomijnego (czas zmiany: rano; sprzęt jednoczęściowy, dwuczęściowy, worki zbierające na mocz do stosowania w nocy, docięcie do wiel-

▶▶Prawidłowe, a jednocześnie skuteczne zabezpieczenie stomii jest podstawową częścią opieki pielęgniarskiej szpitalnej i ambulatoryjnej oraz niezbędnym warunkiem powrotu do zdrowia biorcy, u którego wyłoniono urostomię◀◀

kości stomii, dokładne osuszanie skóry wokół urostomii, stosowanie preparatów uszczelniających itp.), właściwa toaleta samej urostomii oraz skóry wokół niej, samoobserwacja i wczesne reagowanie na wszelkie odchylenia w wyglądzie oraz średnicy. Należy zwrócić uwagę na wydzielanie śluzu przez wstawkę jelitową, dlatego ważne jest wskazanie na prawidłową toaletę części jelita wyprowadzonego na powłoki skórne. Edukacja powinna się rozpocząć jeszcze w okresie przedoperacyjnym, a w jej skład winno wchodzić również wsparcie emocjonalne pacjenta i jego rodziny. Już w pierwszych dniach po operacji przystępujemy do aktywnego włączania pacjenta w proces pielęgnacji urostomii, przygotowując go do samoopieki w warunkach domowych.

## PODSUMOWANIE

Brak możliwości odprowadzenia moczu do pęcherza moczowego u potencjalnych biorców nerki obecnie nie stanowi problemu. Z powodzeniem najczęściej jest wykonywane odprowadzenie z wykorzystaniem wstawki z jelita sposobem Brickera. W ośrodku, z którego pochodzi jeden ze współautorów, od 1999 roku wykonano 53 takie zabiegi.

Biorców możemy podzielić na dwie grupy. U jednych przetoka jelitowa jest wykonywana jednocześnie z przeszczepieniem nerki; w drugiej grupie biorca może mieć już wytworzoną urostomię, która była wykorzystywana do odprowadzenia moczu z nerek własnych, na przykład w przypadku wad wrodzonych dolnych dróg moczowych czy po radykalnym usunięciu pęcherza moczowego. Obecnie jest też możliwa retransplantacja u chorych z wcześniejszym odprowadzeniem moczu metodą Brickera.

W pooperacyjnej opiece pielęgniarskiej, oprócz standardowych interwencji związanych z procedurą przeszczepienia nerki, należy pamiętać o fakcie naruszenia ciągłości przewodu pokarmowego, co pociąga za sobą zwiększone ryzyko wczesnych powikłań. Celem podejmowanych interwencji pielęgniarskich w opiece nad pacjentem po zabiegu wytworzenia urostomii jest przede wszystkim zapewnienie bezpiecznego przebiegu okresu pooperacyjnego oraz zapobieganie wystąpieniu powikłań lub ich wczesne rozpoznanie.

Prawidłowe, a jednocześnie skuteczne zabezpieczenie stomii jest podstawową częścią opieki pielęgniarskiej szpitalnej i ambulatoryjnej oraz niezbędnym warunkiem powrotu do zdrowia biorcy, u którego wyłoniono urostomię.

## STRESZCZENIE

Brak możliwości odprowadzenia moczu do pęcherza moczowego u potencjalnych biorców nerki nie jest przeciwwskazaniem do jej przeszczepienia. Z powodzeniem wykonuje się najczęściej odprowadzenie z wykorzystaniem wstawki z jelita sposobem Brickera.

Celem pracy jest przedstawienie interwencji pielęgniarskich na przykładzie opisu dwojga pacjentów po przeszczepieniu nerki z odprowadzeniem moczu sposobem Brickera (urostomia).

Pierwszy pacjent to biorca, u którego jednocześnie z transplantacją nerki wykonano urostomię; drugi to chora, u której odprowadzenie moczu wykonano do wcześniej wytworzonej pętli Brickera.

Interwencje pielęgniarskie były warunkowane problemami pielęgnacyjnymi i nieznacznie się różniły w opisanych przypadkach. Przedstawione interwencje pielęgniarskie to działania typowe dla grupy biorców nerek i specyficzne dotyczące pacjentów z urostomią.

**Forum Nefrol 2017, tom 10, nr 3, 225–230**

**Słowa kluczowe: przeszczepienie nerki, urostomia, metoda Brickera, interwencje pielęgniarskie**

## Piśmiennictwo

1. Weinert M. Anestezjologia. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
2. Słownik synonimów: <http://synonim.net/synonim/interwencja>.
3. Antoniewicz A. Analiza przydatności klinicznej własnej metody rekonstrukcji jelitowej pęcherza moczowego u chorych poddanych radykalnemu wycięciu pęcherza z powodu raka. Media-Press, Warszawa 2013.
4. Bieniasz M., Kulik A., Kwiatkowski A. i wsp. Przeszczepienie nerki u chorych z patologią dolnego odcinka dróg moczowych. *Terapia* 2016; 1: 33–36.
5. Nahas W.C., Lucon M., Mazzucchi E. i wsp. Clinical urodynamic evaluation after uretero-cystoplasty and kidney transplantation. *J. Urol.* 2004; 171: 1428–1431.
6. Januszko-Giergielewicz B., Bednarski K., Smyk G. i wsp. Patologia dolnych dróg moczowych u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek a kwalifikacja do przeszczepienia nerki. *Forum Nefrol.* 2016; 9: 160–166.
7. Sobocki J. Leczenie żywieniowe w oddziale chirurgii. *Post. N. Med.* 2016; 29: 187–189.
8. Lewis S.J., Andersen H.K., Thomas S. Early enteral nutrition within 24h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J. Gastrointest. Surg.* 2009; 13: 569–575.