

## **ROLA PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ W ENDOSKOPOWYM LECZENIU ODPŁYWÓW PĘCHERZOWO – MOCZOWODOWYCH**

Iwona Szambora

Odptyw pęcherzowo-moczowodowy (Refluxus vesico - ureteralis) jest wadą układu moczowego, która nierozpoznana lub niewłaściwie leczona może prowadzić do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji nerki lub/i nerek. Odptyw pęcherzowo moczowodowy występuje w 1 - 2% zdrowej bezobjawowej populacji. W pierwszym roku życia diagnozuje się 60% wszystkich przypadków, pomiędzy 1 a 5 rokiem życia 25% a do 14 roku życia pozostałe 15%. Wystąpienie OPM może być determinowane genetycznie: 33% ryzyko wystąpienia OPM u dziecka, jeżeli występuje on u jednego z rodzeństwa, 50% potomstwa będzie miało odptyw, jeżeli występował u rodzica, występuje w około 70 zespołach genetycznie uwarunkowanych. Głównym celem leczenia odptywu pęcherzowo-moczowodowego jest zapobieganie uszkodzeniu nerek tzw. nefropatii refluksowej oraz upośledzeniu funkcji i nadciśnieniu tętniczemu. Leczenie OPM zależy od stopnia odptywu, wieku pacjenta, zmian patologicznych powstałych w nerce oraz wad towarzyszących.

### **ROLA PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ**

Przestrzeganie przez pielęgniarkę operacyjną wszystkich procedur i standardów postępowania na Bloku Operacyjnym oraz znajomość techniki endoskopowej przyczynia się do sprawnego przeprowadzenia zabiegu, uniknięcia zdarzeń niepożądanych. Pielęgniarka pracująca w roli instrumentariuszki na bloku operacyjnym ma za zadanie przygotowanie zabiegu operacyjnego oraz asystowanie przy jego przeprowadzeniu. W dniu zabiegu instrumentariuszka sprawdza na tablicy plan operacji, (data, numer sali, godzina rozpoczęcia operacji, nazwisko i imię pacjenta, numer historii choroby, wiek pacjenta, rozpoznanie przedoperacyjne, rodzaj wykonywanego zabiegu, nazwisko lekarza operującego i asystującego). Przed zabiegiem- przygotowanie sali operacyjnej (temp., wilgotność). Przygotowanie sprzętu- tor wizyjny Storc z systemem Full HD, kamera trzyczipowa - podłącza do źródła zasilania, wprowadza dane

pacjenta do komputera. Pielęgniarka operacyjna przed zabiegiem wkłada czapkę, maskę twarzową, wykonuje chirurgiczne mycie i dezynfekcję rąk. Wkłada jałowy fartuch i rękawice. Przygotowuje stół Mayo z narzędziami chirurgicznymi- narzędzie do mycia i dezynfekcji pola operacyjnego, bielizna operacyjna, rękawice. Pielęgniarka operacyjna sprawdza jałowość pakietów: narzędzia, optyka, cystoskop, materiał, bielizna operacyjna. Podłącza optykę i światłowód. Zamyka zawory w cystoskopie i końcówkę smaruje Lignokainą w żelu. Jałowo ubiera chirurga do zabiegu. Do ostrzykiwania żelem Deflux wykorzystujemy cystoskop operacyjny firmy Storc z torem wizyjnym. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym w warunkach sali operacyjnej.

Przygotowanie pacjent- ułożenie na stole operacyjnym z odwiedzionymi nogami. Przygotowanie pola operacyjnego- mycie krocze wodnym roztworem chlorcheksydyny (kilkukrotnie), obłożenie pole jałowymi serwetami. Pielęgniarka podaje cystoskop operacyjny, który chirurg wprowadza do cewki moczowej. Ważne jest śledzenie tego, co dzieje się w trakcie zabiegu na monitorze i poza nim przez instrumentariuszkę (prawidłowe ułożenie pacjenta, światłowodu, kamery). W trakcie cystoskopii do pęcherza moczowego podajemy roztwór Neomycyny w stałym wlewie. Na polecenie chirurga pielęgniarka przygotowuje igłę i Deflux. Igłę wypełnia preparatem, sprawdza szczelność połączenia igły i strzykawki. W celu podania żelu Deflux przez kanał roboczy cystoskopu operator wprowadza igłę, pielęgniarka trzyma strzykawkę i obserwuje na monitorze wbijanie igły w błonę podśluzową moczowodu. Pielęgniarka na polecenie chirurga podaje powoli od 0,5 do 1 cm preparatu w zależności od wieku dziecka i wielkości moczowodu. Podawanie preparatu kończy na polecenie operatora (zamknięcie moczowodu oraz jego uniesienie).

Przez 15 - 30 sekund operator nie wyciąga igły z ostrzykniętego moczowodu. Od momentu przywiezienia dziecka na salę operacyjną pielęgniarka operacyjna i operator współpracują z zespołem anestezjologicznym. Uzgadniany jest moment rozpoczęcia zabiegu z anestezjologiem oraz przybliżony czas zakończenia. Po zabiegu pielęgniarka operacyjna rozmontowuje sprzęt endoskopowy, wywozi tor wizyjny z sali, zliczone narzędzia w zamkniętym pojemniku przekazuje do Centralnej Sterylizatorni wraz z dokumentacją.

Po zakończeniu wszystkich czynności pielęgniarka operacyjna wpisuje dane z zabiegu do dokumentacji pacjenta.

Wyleczenie dziecka endoskopowo zaraz po rozpoznaniu OPM zapobiega zakażeniom układu moczowego. Unika się corocznego badania UCM i DMSA oraz uciążliwej profilaktyki.