

NOVOODKRITA OBOLENJA SEČIL PRI OTROCIH DO ENEGA LETA STAROSTI NA PODROČJU ZDRAVSTVENEGA DOMA DOMŽALE V LETU 1994*

NEWLY DISCOVERED CASES OF URINARY TRACT INFECTIONS IN CHILDREN
UNDER 1 YEAR OF AGE IN THE CATCHMENT AREA OF THE HEALTH STATION
AT DOMŽALE IN 1994

Simona Bratkovič

UDK/UDC 616.63-07-056.31

DESKRIPTORJI: urinarni trakt, bolezn-diagnostika;
novorojenček; Domžale

DESCRIPTORS: urinary tract diseases-diagnosis;
infant, newborn; Domžale

Izvlecek – Sestavek opisuje pogostnost prirojenih in pridobljenih bolezn sečil v domžalski regiji in rezultate primerja y obolevnostjo v vsej Sloveniji. Rezultati kažejo, da pomembnih razlik v obolevnosti ni.

Abstract – The article describes the prevalence of inborn and acquired urinary tract infections in the Domžale region and compares the results with the prevalence of these diseases in children in Slovenia in general. The results show that there are no significant differences in the prevalence of the disorders.

Namen raziskovalne naloge in delovna hipoteza

- Pogostnost obolevanja otrok starih od enega leta do dveh let, zaradi prirojenih in pridobljenih obolenj sečil v domžalski regiji in primerjava s splošno obolevnostjo sečil pri otrocih v Sloveniji.
- Delovna hipoteza pravi, da se enoletna otroška obolevnost sečil v domžalski regiji ne razlikuje pomembno od splošne otroške obolevnosti sečil.
- Načrtovanje zdravstvene nege obolelih otrok in okvirna sestrška diagnoza.

Materiali in metode dela

V predšolskem dispanzerju sem pregledala kartoteke otrok, rojenih od 1. 1. 1992 do konca leta 1993. Sodelovala sem pri pregledih otrok. Opisala sem metodo odvzema urina pri otrocih. Pregledala sem tudi kartoteke dojenčkov, rojenih od 1. 1. 1994 pa do konca leta, vendar je bilo obolenj pri dojenčkih premalo, da bi jih lahko statistično obdelala, zato sem pregledala še kartoteke letnikov 1992 in 1993.

Rezultati in diskusija

Tabela 1 prikazuje število obolelih otrok v letu 1992. V tem letu je bilo rojenih 93 otrok. V Zdravstvenem domu Domžale sem našla 35 otrok z obolenji sečil.

Tabela 2 prikazuje število obolelih otrok v letu 1993. V tem letu je bilo rojenih 157 otrok. V Zdravstvenem domu Domžale je 24 otrok z obolenji sečil.

Tabela 3 prikazuje razdelitev otrok, obolelih za obolenji sečil, po spolu. Pri dečkih je 30 % obolevnost sečil, pri deklicah pa 70 %. Poleg tabele je narisana tudi krog, ki prikazuje obolevnost po spolu, ravno tako v odstotkih.

Tabela 4 prikazuje prirojene in pridobljene bolezn sečil, pri enoletnih otrocih. V Zdravstvenem domu Domžale je 30 % prirojenih bolezn (vur, stenoza sečnice, hidroureter in hidronefroza) ter 70 % pridobljenih bolezn (bakteriurija, okužbe sečil, pielonefritis). Poleg te tabele je narisana graf, ki prikazuje 30 % prirojenih bolezn in 70 % pridobljenih bolezn.

Tabela 5 prikazuje vrste bolezn sečil pri enoletnih otrocih. V Zdravstvenem domu Domžale se okužba sečil pojavlja v 55-ih %, akutni pielonefritis v 11,7 %, vur v 21,7 %, bakteriurija v 6,7 %, hidronefroza in hidroureter v 1,7 % in stenoza sečnice v 1,7 %.

Moji rezultati se ujemajo z rezultati, ki so objavljeni v strokovnih poročilih.

Sestrška diagnoza:

1. povečano tveganje za okužbe
2. nevarnost izsušitve otroka zaradi vročine, pogoštega mokrenja
3. osamitev otroka v bolnišnici in ločitev od staršev.

Preiskave

Cistoskopija (pri refluksu)

je preiskava pri kateri zdravnik urolog s posebno cevko (cistoskopom), ki jo uvede skozi sečnico, pogleda v mehur.

Potek preiskave:

Otrok leži na preiskovalni mizi in običajno dobi nekaj minut trajajočo narkozo. Medtem urolog s cistoskopom pogleda v sečnico, sluznico mehurja in izhoda sečevodov v mehur. Pri preiskavi ni nikakršnega rentgenskega ali radiozotopnega sevanja. Cistoskop lahko zdraži nežno sluznico, zato je včasih prvi dan po preiskavi uriniranje pekoče.

Radiozotopni mikcijski cistogram – RIMCG

To je preiskava, s katero ugotavljajo, ali urin iz mehurja teče nazaj v ledvični mehur.

Potek preiskave:

Med preiskavo leži otrok na preiskovalni mizi. Skozi sečnico mu uvedejo kateter (tanka gibka plastična cevka) v mehur in ga napolnijo s tekočino, ki jo nato urinira. Da bi to dogajanje lahko snemali s kamero gama, tekočini dodajo radioaktivno snov. Preiskava ni nevarna, saj je sevanje zelo majhno, približno stokrat manjše kot pri podobni rentgenski preiskavi. Kateter lahko zdraži nežno sluznico, zato je včasih prvi dan po preiskavi uriniranje pekoče. Po preiskavi bo otrok dobival zdravila, ki preprečujejo okužbo.

Scintigrafija ledvic z DMSA

To je preiskava, s katero ugotavljajo delovanje ledvic.

Potek preiskave:

Otrok dobi zjutraj (med 8. in 9. uro) injekcijo z majhno količino radioaktivne snovi, naslednje dve do štiri ure pa so starši z otrokom prosti in lahko gredo kamor želijo. Ob dogovorjenem času (navadno med 11. in 13. uro), ko se sredstvo nabere v ledvicah, otroka slikajo s posebnim aparatom (gama kamero). Slikanje traja s presledki približno 30 minut. Med tem časom mora otrok ležati povsem mirno. Da bi nemirnim otrokom to olajšali, jim dajo včasih ustrezno zdravilo. Preiskava ni nevarna, saj je sevanje zelo majhno, manjše kot pri podobni rentgenski preiskavi. Preiskava, razen injekcije ob pričetku, je le-ta povsem neboleča. Otrok naj pred preiskavo dosti pije.

Sekvenčna scintigrafija ledvic

je preiskava, s katero ugotavljajo delovanje ledvic.

Potek preiskave:

Preiskava traja 30 minut. Med preiskavo otrok leži na preiskovalni mizi in dobi injekcijo z majhno koli-

čino radioaktivne snovi, ki se skozi ledvica hitro izloči iz telesa. To dogajanje snemajo z kamero gama, zato mora otrok ležati povsem mirno. Nemirnim otrokom včasih dajo tudi pomirilo. Sevanje ni nevarno, ker je zelo majhno. Radioaktivnost iz otrokovega telesa hitro izgine, večinoma se izloči z urinom že med preiskavo. Dojenčka je potrebno po preiskavi previti, plenice pa oprati ali zavreči. Preiskava, razen injekcije ob pričetku preiskave, je povsem neboleča. Otrok naj pred preiskavo čimveč pije.

Ultrazvok sečil

Gre za preiskavo, s katero ugotavljajo obliko, lego, velikost in strukturo sečil. Preiskavo opravijo ambulantno, je nenevarna in ne boli. Niti pred preiskavo, niti po njej niso potrebni nikakršni posebni ukrepi. Rezultati preiskave so zelo pomembni za nadaljnje odločitve o otrokovem zdravljenju.

Dojenčki do enega leta starosti so doma pri mami in niso tako pogosto bolni kot otroci, ki že hodijo v jasli ali vrtec. Bolezni sečil lahko ugotovimo tudi po enem letu in morda še kasneje lahko nastopijo bolezenski znaki. Možne so tudi napake narejene pri samem odvzemu urina za sanford. Zato so potrebni večkratni odvzemi urina, za določitev natančne diagnoze.

Tab. 1. Otroci, rojeni leta 1992 in oboleli za obolenji sečil.

Število novorojenih otrok	93
Število obolelih otrok	35

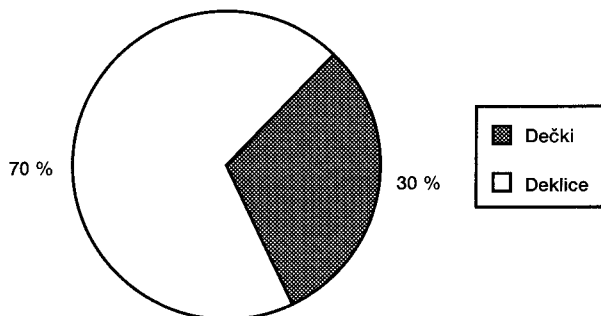
Tab. 2. Otroci, rojeni leta 1993 in oboleli za obolenji sečil.

Število novorojenih otrok	157
Število obolelih otrok	24

Tab. 3. Radelitev otrok, obolelih za obolenji sečil, po spolu.

Dečki	30 %
Deklice	70 %

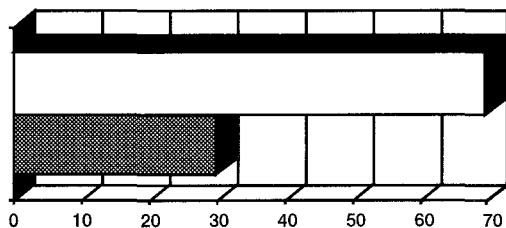
Odstotek obolelih deklic in dečkov za obolenji sečil



Tab. 4. Prirojene in pridobljene boleznj sečil, pri enoletnih otrocih v ZD Domžale.

Prirojene boleznj (VUR, stenoza sečnice, hidroureter in hidronefroza)	30 %
Pridobljene boleznj (bakteriurija, okužbe sečil, pielonefritis)	70 %

Odstotek prirojenih in pridobljenih boleznj sečil

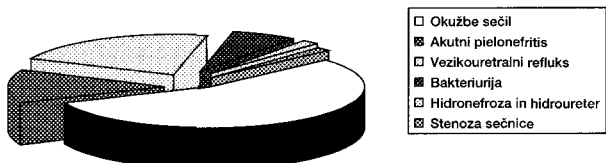


■ Prirojene boleznj (VUR, stenoza sečnice, hidroureter in hidronefroza)	□ Pridobljene boleznj (bakteriurija, okužbe sečil, pielonefritis)
-------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

Tab. 5. Vrste boleznj sečil pri enoletnih otrocih v ZD Domžale.

Okužbe sečil	55 %
Akutni pielonefritis	11,7 %
Vezikouretralni refluks	21,7 %
Bakteriurija	6,7 %
Hidronefroza in hidroureter	1,7 %
Stenoza sečnice	1,7 %

Vrste obolenj sečil enoletnih otrok v ZD Domžale



Opis najpogostejših boleznj

Bakteriurija

je znak bakterijske okužbe sečil, ne glede na izvor. Pri okužbah, ki nastanejo zunaj bolnišnic, v kulturi seča največkrat odkrijemo eno samo vrsto bakterije. V bolnišničnem okolju se po posegih v sečila lahko pridružijo drugotne, največkrat ascendentne okužbe. Navzočnost treh ali več bakterij v večjem ali manjšem številu je praviloma znamenje onesnaženja, nepravilnega shranjevanja ali prenašanja seča. Preiskavo je treba ponoviti z nadzorovanim čistim odvzemom. Seč je onesnažen z mikroorganizmi iz sečnice, kože, nožnice, iz prebavil ali iz okolja.

Kvantitativna urinkultura po Sanfordu je priznana kot standardna bakteriološka metoda za dokazovanje bakteriurije. Omogoča ugotavljanje vrste povzročitelja okužbe, število bakterij v enem mililitru seča in preizkus občutljivosti povzročitelja za antibiotike in

kemoterapevtike. Za sistemske preglede večjega števila vzorcev večinoma zdravih oseb in pri iskanju oseb z brezsimptomno bakteriurijo, je ustrezna metoda z mikrokulturo na predmetniku (URICULT, urotube, dip slide idr.). Vedeti moramo, da dajejo metode z uporabo mikrokulture predvsem podatke o navzočnosti Gram negativnih bakterij in ne prikažejo streptokokov, gliv in drugih zahtevnejših mikroorganizmov, ki se nahajajo v seču pri okužbah.

Okrog 80 % nezapletenih akutnih okužb v sečilih povzročata *Escherichia coli*. Okrog 90 % žensk preboli okužbe sečil vsaj enkrat v življenju. Približno 1 % novorojencev ima bakteriurijo; moški novorojenci imajo 2- do 4-krat večjo pogostnost kot ženski, verjetno zaradi povečane pogostnosti prirojenih urogenitalnih nenormalnosti.

Bakteriurija se pogosto pojavlja pri nosečnicah.

Brezsimptomna bakteriurija

je brez kliničnih znamenj okužbe sečil. Uveljavlja se izraz prikrita bakteriurija, kar pomeni pomenljivo bakteriurijo odkritost s presejalnimi testi ali pri pregledu zdravih ljudi. Brezsimptomno bakteriurijo navadno zdravijo sedem dni z antibiotikom, na katerega je mikrob občutljiv. Pri otrocih dajejo trimetoprim ali trimetoprim-sulfonamida ali antibiotike. Upravičeno je zdravljenje brezsimptomne bakteriurije pri nevtropeničnih in pri imunokompromitiranih bolnikih, pri bolnikih s presajeno ledvico in poprejšnjim pielonefritisom ali bakteriemijo.

Pielonefritis

Akutni pielonefritis je okužba ledvičnega meha in ledvice.

Znaki so povečana telesna temperatura (navadno čez 39 stopinj Celzija) z mrzlico, bolečina ledveno ali v križu, boleči ledveni poklep pogoste krčevite bolečine v trebuhu, slabosti, bruhanje, boleče, pogosto in močno mokrenje. Večina bolnikov ima levkocitozo, piurijo z levkocitnimi cilindri v seču in vidne bakterije pri pregledu necentrifugiranega seča, barvanega po Gramu. Hematurija je lahko prisotna na akutni stopnji boleznj. Če jo najdemo tudi kasneje, moramo iskati sečne kamne, tuberkulozo ali tumor na sečilih. Če vidimo bolnika z akutnim pielonefritisom in znamenji šoka ali diseminirane intravaskularne koagulacije, moramo pomisliti na zaporo sečil. Posebno pomembna oblika zapornih boleznj sečil je zapora sečevoda z delci nekrotične papile. Nanjo pomislimo pri diabetikih s pielonefritisom in bakteriemijo, posebno pri slabem ali zakasnelem odgovoru na zdravljenje. Pri nezapletenem akutnem pielonefritisu se znamenja okužbe umirijo v nekaj dneh, celo brez posebnega antibiotičnega zdravljenja. Lahko pa bakteriurija in piurija vztrajata brez drugih simptomov.

Kronični pielonefritis

je tubulointersticijska bolezen ene ali obeh ledvic, nastale zaradi ponavljajočih se bakterijskih okužb. Ločimo aktivni in neaktivni kronični pielonefritis.

Znaki kroničnega pielonefritisa so manj izraženi. Kronični pielonefritis praviloma nastaja zaradi pogostejših okužb ledvičnega parenhima že od otroške dobe naprej. Kronična okužba se kot posledica akutne nezapletene okužbe razvije le pri redkih bolnikih. V patogenezi kroničnega pielonefritisa je treba omeniti tudi vlogo papilarne nekroze. Ta se razvije pri bolnikih s sladkorno boleznijo, pri tistih, ki čezmerno uživajo analgetike (fenacetin), pri bolnikih z anemijo s srpastimi celicami, pri kroničnih alkoholikih, bolnikih z ledvično žilno boleznijo in pri tistih, ki imajo zaporo seča z okužbo. Simptomi papilarne nekroze so hematurija, ledvena bolečina ali bolečina v trebuhu, mrzlica in povečana telesna temperatura. Lahko nastopi tudi akutna ledvična odpoved z oligurijo in anurijo. Izločajo se nekrotične papile. Na posnetkih intravenske urografije vidimo v območju nekrotičnih papil posebne prstanaste sence. Če se pri diabetikih ali pri bolnikih s kronično zaporo sečil ledvično delovanje nenadoma poslabša, moramo v tem primeru pomisliti na papilarno nekrozo, tudi če bolnik nima posebno povečane telesne teže. Kronični pielonefritis postaja pogostejši z naraščajočo starostjo, pri enoletnih otrocih raje govorimo o ponavljajočih pielonefritisih.

VUR – vezikoureteralni refluks

Vezikoureteralni refluks (vezika je mehur, ureter je sečevod, refluks je tok tekočine nazaj), je pojav pri katerem urin iz sečnega mehurja teče nazaj v sečevode. Normalno urin nastaja v ledvicah in skozi sečevoda teče v sečni mehur. Ko je mehur poln, se z uriniranjem sprazni skozi sečnico. Izhoda sečevodov v mehur sta oblikovana tako, da delujeta kot enosmerna zaklopka in preprečujeta, da bi urin tekkel nazaj v sečevode.

Pri nekaterih otrocih pa enosmerna zaklopka ne deluje, ker sečevoda vstopata v mehur na neugodnem mestu ali pod napačnim kotom. Posledica tega je, da urin zlasti med uriniranjem, teče tudi nazaj v sečevode in ledvični meh, namesto da bi iz mehurja tekkel samo na prosto. Tako bakterije, ki so v mehur prišle skozi sečnico, zlahka dosežejo ledvice in povzročijo okužbo. Posledica okužbe ledvic, zlasti če je ne zdravimo pravočasno, so lahko ledvične okvare in okrnjena rast prizadete ledvice, v najhujši obliki tudi njeno odmrtnje.

Refluks glede na obsežnost toka urina nazaj v ledvice razvstimo v tri stopnje. Pri prvi stopnji teče urin le v sečevod in ne doseže ledvic, pri drugi stopnji teče nazaj v ledvični meh, pri tretji, nejtežji obliki, pa sta zaradi vračanja velike količine urina, sečevod in ledvični meh razširjena.

Na refluks posumijo pri vseh otrocih z uroinfektom, saj je refluks pogosto glavni vzrok za bolezen. Refluks, zlasti nižjih stopenj, se lahko sčasoma zmanjša, ali pa povsem izgine. Z rastjo nepravilen vstop sečevoda v mehur pogosto »dozori« in prične pravilno delovati. Dokler pa refluks traja, skušajo preprečiti ponovne uroinfekte, ki bi utegnili poškodovati ledvice. Otrok mora redno jemati predpisana zdravila (»zaščitna terapija«). Dnevni odmerki teh zdravil so bistveno manjši kot med zdravljenjem uroinfekta, vendar jih je treba jemati daljši čas (lahko tudi leto ali dve zapored). Za preiskavo refluksa pri dojenčkih uporabljajo radiozotopni mikcijski cistouretrogram (RIMCG). Z RIMCG tudi spremljajo refluks v daljših časovnih presledkih.

Uroinfekt ali okužba sečil

je pri otrocih pogosta bolezen. Okužbo povzročajo različne bakterije, ki pridejo v sečila (sečni mehur, sečevoda, ledvici) praviloma skozi sečnico. Posledica okužbe ledvic, zlasti če je ne zdravimo pravočasno, so lahko ledvične okvare in okvarjena rast prizadete ledvice, v najhujši obliki tudi njeno odmrtnje.

Okužba sečil pri otroku poteka drugače kot pri odraslem bolniku.

Uroinfekt je lahko edina bolezen, pogosto pa se pojavi skupaj z drugimi infekti (zlasti s pljučnico). Čim mlajši je otrok, tem bolj je potek bolezni neznačilen, z leti pa postaja vse bolj podoben tistemu pri odraslih. Bolezen se lahko pojavi kot nenadno obolenje z visoko vročino in splošno prizadetostjo, lahko jo spremlja le nekaj neznačilnih znakov (neuspevanje, bladica, driska, bljuvanje), ali pa je otrok na videz povsem zdrav. Večkrat opazimo, da je urin neobičajno neprijetnega vonja. Pomembno je, da so starši pozorni na način uriniranja. Zdrav deček ima močan curek, ki je dovolj širok, urinira brez čakanja in se pri tem ne napenja. Deklice prav tako urinirajo brez čakanja in napora, curek je širši in razpršen, vendar močan in obilen. Vsaka oblika od opisanega (napenjanje pred uriniranjem, prekinjen curek, uriniranje po kapljicah, pogosto ali pekoče uriniranje) jih opozarja na morebitno obolenje sečil. Pri omenjenih znakih zdravnik posumi na uroinfekt. Za potrditev diagnoze pa ne zadošča le preprost pregled urina, za katerega v laboratoriju potrebujejo nekaj minut, marveč je potrebna urinokultura (sanford, uriline, uritest). Pri tej preiskavi v vzorcu urina dokažejo bakterije, ki povzročajo okužbo. Okvirni rezultati preiskave so dosegljivi že naslednji dan, nikakor pa ne v enem tednu, kot je to žal ponekod še vedno v navadi. Ob tem je potrebno paziti na dvoje:

- urin je treba prestreči pred pričetkom zdravljenja z antibiotiki, ki povzročajo, da je izvid kljub okužbi normalen (njihova prisotnost v urinu namreč zavre rast bakterij),

– vzorec urina ne sme biti okužen z bakterijami, ki so vanj prišle od drugod (iz sečnice, spolovila, danke in od drugod), sicer bo izvid preiskave lažno pozitiven in bodo po nepotrebnem zdravili otroka, ki uroinfekta nima.

Bakterije se pri sobni temperaturi zelo hitro razmnožujejo, zato mora biti čas med odvzemom urina in preiskavo kar najkrajši. Če to ni mogoče, dajo urin v hladilnik za toliko časa, dokler ga ne odnesejo v laboratorij.

Pogosto je za dokaz uroinfekta treba odvzeti več vzorcev urina zapored. Razen urinokulture, s katero dokažemo urininfekt, so potrebne tudi preiskave krvi in merjenje krvnega tlaka. Vzroki, zaradi katerih je otrok obolel, so različni in pogosto se bolezni ne da preprečiti (slabša odpornost organizma zaradi pred kratkim prebolele ali hkratne druge okužbe, veliko število bakterij, ki so skozi sečnico zašle v mehur itn.).

Pogosto je vzrok uroinfekta v prirojениh napakah sečil. Te napake so lahko tudi prehodne in se po nekaj letih same popravijo, vendar je do takrat z zdravili treba preprečevati ponavljanje bolezni. Redkeje je potrebna operacija.

Zdravljenje uroinfekta

Okužbe sečil zdravijo z antibiotiki v obliki tablet ali sirupa, v težjih primerih pa z injekcijami. Zdravljenje traja praviloma deset dni in je pri lažjih oblikah možno doma, pogosto pa je potrebno zdravljenje v bolnišnici.

Preiskave po prebolelem uroinfektu

Da ugotovijo stanje sečil po prebolelem uroinfektu (morebitne prirojene napake ali posledice že prebolelega infekta), praviloma opravimo dvojne preiskave, ultrazvočni pregled sečil in RIMCG. Pri dojenčkih namesto RIMCG uporabljajo rentgensko (mikcijski cistouretrogram).

Dejavniki, ki pospešujejo nastanek okužb sečil

Okužbe sečil, posebno še zgornjih, so pogostejše pri nosečnicah. Pielonefritis se pokaže celo pri 20 do 30 % nosečnic z brezsimptomno bakteriurijo. Katerizacija sečnika med porodom in po njem pomeni dodatno tveganje za okužbo.

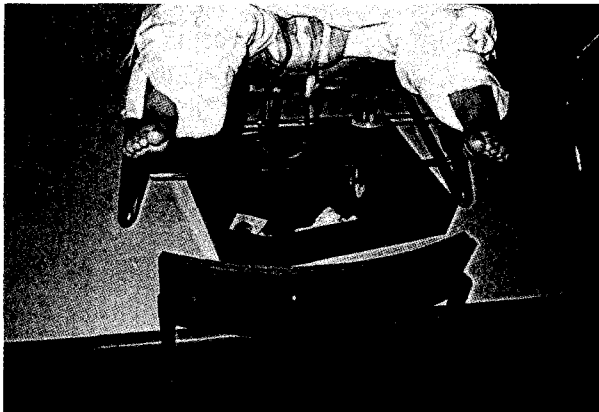
Zapora sečil zaradi sečnih kamnov, struktur, tumorja in povečane prostate poveča pogostnost okužb. Naseljena okužba za zaporo lahko pelje do hitrega propada ledvičnega tkiva. Zato je pomembno, da pri okužbi odstranimo zaporno motnjo. Okužba sečil je pogostejša pri bolnikih z nevrogeno motnjo sečnika, pri poškodbi hrbtenjače, pri diabetikih, pri bolnikih z multiplo sklerozo ali tabesom dorsalisom. Te bolnike pogosto kateterizirajo. Zaradi slabše gibljivosti je pri

njih pogostejše izplavljanje kalcija iz kosti s posledično hiperkalciurijo, tvorbo sečnih kamnov, zaporo sečnih poti in krhkimi kostmi.

Vur je pogost pri otrocih z anatomskimi nenormalnostmi sečil in pri otrocih z anatomsko normalnimi, a okuženimi sečili. Spremljanje otrok z okužbami sečil, ki so imeli vur, je pokazalo, da je ledvična okvara povezana predvsem s stopnjo refluxa, ne pa z okužbo. Vur je najpogostejši razpoložljivi dejavnik za kronično pielonefritično brazgotinjenje, posebno pri otrocih. Znotraj ledvični reflux je poleg vezikoureternega refluxa glavni dejavnik ascendentne okužbe iz sečnika v ledvični parenhim. Oba mehanizma skupaj povzročata okužbe ledvic in nastanek brazgotin pri kroničnem pielonefritisu.

Uporaba kolektorjev (za odvzem urina)

Dojenčka najprej umijemo. Za umivanje uporabimo toplo vodo, v katero dodamo bibisan milo za dojenčke. Vato pomočimo v vodo z milom in umijemo spolovilo. To ponavljamo dokler spolovilo ni čisto. Nato spolovilo umijemo s fiziološko raztopino (NaCl) s trikratnimi potegljaji. Vsak potegljaj naredimo z



Odvzem urina s kolektorjem.

novo vato. Vata je sterilna. Potem osušimo okolico spolovila na katero prilepimo kolektor. Otrok po navadi sedi na stolčku. Pod zadnjico podložimo plenice, kolektor pa postavimo na podlago, kjer je stolček. Otrok sedi na stolčku, dokler ni v kolektorju dovolj urina. Kolektor ima sterilno posodo v katero se izteka urin in cevko, v katero se izteka prvi curek urina. V posodo izteka osrednji curek. Ko je lonček dovolj poln, damo urin v dve posodici. Seč v prvi posodici gre v laboratorij na običajne preiskave. Urin v drugi posodi hranimo v hladilniku, dokler ga ne odnesemo na nadaljnje preiskave. Pri dojenčkih, ki ne morejo sedeti, imamo malce drugačen kolektor. Pri teh dojenčkih prav tako umijemo spolovilo. Otrok leži, pod zadnjico mu podložimo plenice. Ta kolektor ima manjšo posodico v katero se izteka tretji curek. Kolektor ima vrečko in cevko. Iz posodice prav tako odlijemo urin za običajne in nadaljnje preiskave.

Uricult

Uricult je posodica, v kateri je pravokotna sterilna palčka. Palčka ima zeleno in rdečo stran. Pred uporabo je potrebno pregledati, če sta obe strani gladki. V primeru, da nista gladki, takega uriculta ne smemo uporabiti. Na uporabnem uricultu prelijemo rdečo in zeleno stran s sečem. Teh strani se ne smemo dotikati. Nato uricult zapremo in ga damo v napravo (termostat), ki odčita porast bakterij. Porast bakterij se preveri na tabeli. Če je porast 1000 bakterij, potem niso potrebne nadaljnje preiskave in ne sumimo na uroinfekt. Če je porast bakterij večji, potem je že sum na uroinfekt. Naredimo potrebne preiskave, odvisno od tega ali je otrok že imel okužbo sečil. Če gre pri otroku za uroinfekt in je to dokazal katerikoli zdravstveni dom, gre otrok na nadaljnje preiskave. Otrok, ki ima pozitiven porast bakterij, gre najprej na ultrazvok. To je osnovna nadaljnja preiskava.

Sklep

Pri otrocih bi bilo potrebno pogosteje odvezemati seč, tudi če otrok še ni bolan. To bi lahko storili na vsakem sistematskem pregledu otroka. Le tako bi lahko postavili temelj za preprečevanje morebitnih

zapletov pri zdravljenju že obolelih otrok. Otrokovi starši bi se morali držati navodil zdravnika, če je otrok z obolenjem sečil pri starših. Redno bi morali opravljati vse preglede, ki jih predpiše zdravnik za otroka. Tako bi lahko hitreje in uspešnejše postavili diagnozo za nadaljnje zdravljenje otroka. Pomembno je tudi, da medicinska sestra pravilno pouči starše o odvzemu urina za sanford, saj se prav zaradi nepravilnega odvzema urina ugotavljanje bolezni sečil lahko podaljša. To pa vpliva na nadaljnje zdravljanje. Otroci, ki so hospitalizirani zaradi nastale ali prirojene bolezni so v bolnišnici žalostni, ker zraven nimajo svojih staršev in tudi to vpliva na zdravljenje.

Medicinska sestra mora pravilno shraniti urin za sanford, saj se bakterije na toploti hitro razmnožujejo in je tudi to eden od dejavnikov, ki lahko pokaže pozitiven izvid, čeprav otrok nima bolezni sečil. Lahko je zelo nevarno, če otroka zdravimo, ko nima bolezni sečil.

Literatura

1. Fanconi: Pediatrija, izbrana poglavja.
2. Zdravstveni vestnik 1987.
3. Kirurški dnevi 1985, 1987, 1991 – izbrana poglavja.
4. Kocijančič: Interna medicina, 1994.
5. Informacije o otroških boleznih sečil – izdal UKC, Mestna otroška bolnišnica, Ulica stare pravde, Ljubljana.