

Péče o kůži při inkontinenci moči a stolice

MUDr. Jana Zímová¹, Mgr. Bc. Pavlína Zímová²

¹Kožní ambulance, Středomoravská nemocniční a.s., Nemocnice Přerov o.z., člen skupiny Agel

²Ústav ochrany a podpory zdraví, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Autorky ve svém sdělení komplexně rozebírají problematiku inkontinence moči, stolice a s ní souvisejících kožních problémů. Zaměřují se na zdravotní, psychologické, sociální a ekonomické důsledky inkontinence, včetně jejího vlivu na kvalitu života pacientů.

Klíčová slova: plenková dermatitida, opruzeniny, inkontinence moči/stolice, řízení, výdaje.

Skin care at incontinence of urine and faeces

The authors completely analyse in their text the problems of incontinence of urine and stool and related skin problems. They are focused on health, psychological, social and economic consequences of incontinence comprising their influence on the quality of patients' life.

Key words: Incontinence–Associated Dermatitis, urinary/faecal incontinence, management, cost-effectiveness.

Urol. praxi, 2015; 16(1): 16–20

Úvod

Nechtěný únik moči negativním způsobem ovlivňuje mnoho oblastí pacientova života. Má značný vliv na jeho psychiku, vede ke zhoršení psychosociální pohody, omezuje jej v každodenních aktivitách, zájmech, společenských vztazích, prosociálním chování a jednání a zasahuje do ekonomické situace nemocného v podobě zvýšených vynaložených nákladů na nákup absorpčních pomůcek, praní oblečení a lůžkovin, doplateků na léky, potřebou pomoci od členů rodiny nebo zdravotních sester, případně ošetřovatelů.

Inkontinence svými důsledky zasahuje do oblasti zdravotní, psychologické, sociální a ekonomické. Na pacienty je žádoucí nahlížet z komplexní perspektivy v důsledku volby individuální léčby a hodnocení její úspěšnosti. Ekonomické náklady jsou reflektovány v rámci zdravotnického systému vždy s akcentem na přínos pro konkrétního pacienta.

Inkontinenci můžeme stylizovat do podoby mince, která má dvě strany – rub a líc. Na rubu je onemocnění umístěno v podobě medicínského problému. Na lici je situováno v podobě nemedicínského problému. Žádoucí by bylo na toto onemocnění nahlížet z obou výše uvedených perspektiv, protože se jedná o problém medicínský i nemedicínský. Avšak většina lékařů (specialistů) inkontinenci vnímá jako medicínský problém, což není ideální stav a nekoresponduje se současnou realitou.

Terminologie, synonyma

ČJ: Perineální dermatitida – kontaktně iritativní dermatitida při inkontinenci moči a/nebo stolice – dermatitida při inkontinenci moči a/nebo stolice – plenková dermatitida – dermatitida v intertriginózní lokalizaci – intertrigo.

Latinsky: dermatitis ammoniacalis – dermatitis glutealis – dermatitis intertriginosa – erythema gluteale.

AJ: Incontinence–Associated Dermatitis (IAD), perineal dermatitis, perineal skin injury, diaper dermatitis.

Definice

Dermatitida při inkontinenci moči a/nebo stolice (Incontinence–Associated Dermatitis; IAD) je neinfekční, povrchový zánět kůže, který vzniká jako odpověď kůže na působení lokálních iritativních faktorů – moči a stolice – v perineální, perigenitální a gluteální oblasti. Představuje formu kontaktně iritativní dermatitidy. Iritancia vyvolávají „nespecifickou imunitní“ odpověď kůže (1).

Epidemiologie

Inkontinence je běžný problém nejen hospitalizovaných pacientů jak v akutní, tak v následné péči. Prevalence močové inkontinence se zvyšuje s věkem. Postihuje nejméně 30 % žen starších 70 let a 15 až 30 % mužů žijících v domech s pečovatelskou službou. Inkontinence stolice narůstá s věkem a její prevalence se pohybuje mezi 3 až 17,6 % u osob nad 65 let žijících v domech s pečovatelskou službou (2, 3). Spojitost s poraněním kůže je vysoká a představuje 42,5 % (3).

Prevalence kontaktně iritativní dermatitidy při inkontinenci moči a/nebo stolice (Incontinence–Associated Dermatitis, IAD) se nachází v rozmezí od 3,4 do 25 % (hraničně 5,6–50 %) (2, 4, 5). Přibližně 50 % osob s inkontinencí moče a/nebo stolice je postiženo právě touto dermatitidou (4). IAD zvyšuje 37,5 × morbiditu, bolestivost a riziko vzniku dekubitu u pacientů, kteří jsou imobilní a trpí inkontinencí stolice, než u těch, kteří tyto potíže nemají (3).

Naše vědomosti o délce vzniku IAD jsou specificky limitovány. Bliss et al. popisují za medián začátku IAD 13 dní (v rozmezí 6–42 dní). IAD přetrvávala u 39 % pacientů po 2 týdny (2). U pacientů s inkontinencí moči/stolice se prevalence mykotické kožní infekce v oblasti třísel, perinea a perianálně pohybuje kolem 18 % (6). Prevalence výskytu intertriga závisí na věku. U 70letých jedinců je to 13 % a u osob v rozmezí 90–94 let představuje 17 % (7).

Zdravotní, psychologické, sociální a ekonomické důsledky inkontinence, včetně jejího vlivu na kvalitu života pacientů

Počet inkontinentních pacientů v České republice neustále vzrůstá. V roce 2002 bylo u nás postiženo inkontinencí přes 170 000–200 000 osob starších 65 let. Dle prognóz se předpokládá, že do roku 2030 se zvýší celkový počet inkontinentních pacientů na 4,1 milionu. Ve věku nad 65 let bude inkontinentních pacientů 2,8 milionu (8).

V rámci České republiky nebyla doposud věnována náležitá pozornost vynaloženým nákladům na zdravotní péči o inkontinentní pacienty, které jsou velmi vysoké. Ve Spojených státech amerických byly publikovány dvě studie zaměřené na výdaje vynaložené na léčbu a péči o inkontinentní pacienty. Celkové výdaje lze reflektovat jako sumu vynaloženou na pomůcky (produkty), práci zdravotních sester/ošetřovatelů a související léčebné produkty, které zahrnují např. gázy, sterilní rukavice, oleje, jednorázové materiály k použití, apod. (9).

Náklady spojené s tímto onemocněním specifickým způsobem zasahují do celkových výdajů vynaložených na zdravotní péči (10).

Inkontinenční onemocnění je pro pacienta zátěží. Progresivně působí v oblasti zdravotní (např.

Tabulka 1. Dermatologický účinek okluze (převzato, upraveno Farage MA, et al. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences, 2007)

Měřený parametr	Vliv okluze
pH	zvýšení pH
Neporušenost rohové vrstvy kůže (stratum corneum epidermis)	narušení metabolismu lipidů a jejich struktury; zabránění zvýšení syntézy epidermálních lipidů; zvýšení TEWL; zvýšení hydratace stratum corneum
Bakteriální kolonizace; míra emisí CO ₂	zvýšená
Funkce rohové vrstvy kůže	zabraňuje obnově zvýšení TEWL; zvyšuje propustnost zejména nepolárních lipidů; brání obnově kožní bariéry
Buněčná funkce	snižuje mitotickou aktivitu buněk; inhibuje syntézu DNA; indukuje ICAM-1; zvyšuje CD3+ epidermální lymfocyty; inhibuje zvýšenou proliferaci buněk epidermis; snižuje epidermální množství (pool) interleukinu-1α; zvyšuje povrchovou teplotu kůže
Viditelné změny	prohlubování kožních rýh/záhybů; zvyšuje zánět; zvyšuje frekvenci výskytu iritační dermatitidy
TEWL – transepidermal water loss	

Tabulka 2. Rozdíl mezi dermatitidou při inkontinenci moči/stolice a dekubitem (převzato, upraveno podle Gray M, Optimal Management of Incontinence – Associated Dermatitis in the Elderly, 2010)

Charakteristika	Dermatitida při inkontinenci moči a/nebo stolice (IAD)	Dekubitus (PU)
Etiologie	expozice moči, stolice, nadměrné pocení	dlouhotrvající expozice tlaku
Patofyziologie	zánět vyplývající z expozice kůže dráždidlům; eroze povrchové vrstvy kůže	schemie a tkáňová destrukce
Barva	světle červená až tmavě červená	tmavě červená, purpurová, kaštanově hnědá
Lokalizace	omezená na oblasti kůže vystavené kontaktu s močí, stolicí; kožní záhyby; kontakt kůže s inkontinenční pomůckou nebo gumovou podložkou	typicky nad kostními prominencemi
Hloubka	epidermis a dermis	různá hloubka (kůže, svaly, fascie, kost)
Nekrotická tkáň	chybí/nevyskytuje se	žlutý povlak nebo černá eschara/krusta
Exudát	serózní exudát	variabilní; minimální serózní až vysoce objemový purulentní exudát s infekcí rány
IAD – Incontinence–Associated Dermatitis; PU – Pressure Ulcer		

močové infekce, podráždění kůže, macerace kůže, dekubity...) a má své důsledky v rovině psychologické, emocionální a sociální. Představuje stresor způsobující napětí, neklid, nevyrovnanost, frustraci, stud, obavy ze zápachu, znečištění, eliminování se v rámci společnosti a společenských struktur, kritiky okolí, reakcí širšího společenského okruhu, smutku, depresí, negativního rozpoložení, nespavosti, degradace osobnosti, sebehodnocení, bilancování, atd. V sociální rovině je nemocný omezen v realizaci svých plánů se společenským podtextem v důsledku obav před svým výkonem (nezvládnutí sebeobslužných činností, horší dostupnost WC), neschopností vyřešit vzniklou situaci (zásah do naučených a zautomatizovaných činností), prezentováním se ve společnosti včetně sebereflexe a reakce zúčastněných lidí (zápach, znečištění, zesměšnění).

Ekonomické faktory, které jsou spojené s inkontinencí, zahrnují dvě linie. První linii tvoří tzv. přímé náklady. Náleží k nim diagnostické metody, diagnostické výkony, farmakoterapie,

operační zákroky, fyzioterapie, rehabilitace, náklady spojené s prací zdravotních sester/ošetřovatelů, hospitalizační náklady, výdaje vynaložené na spotřební materiály (např. pleny, vložky, gázy, mýsy, bažanty...). Do druhé linie náleží tzv. nepřímé náklady. Koncipuje je pokles pracovní produktivity, neschopnost vykonávat své zaměstnání, ztráta zaměstnání, invalidita (různého stupně), zhoršená kvalita života nemocného (11).

Informovanost starších pacientů o inkontinenci, jejich problémech a důsledcích není v současné době dostatečná. Senioři velmi často problémy s únikem moči bagatelizují a mylně tento problém považují za normální symptom stáří. Na chybné reflexi onemocnění se nepodílí jen inkontinentní pacienti, ale také lékaři. Z praxe lze demonstrovat zejména neochotu lékařů pomoci pacientům, výmluvy na nedostatečnou časovou dotaci na pacienty, neochotu dotazovat se na případné problémy, diskriminační perspektivu lékařů vůči pacientům, bagatelizování potíží pacientů, vytěšňování problémů atd.

Velký význam má nepochybně edukace inkontinentního pacienta a jeho rodiny.

Zahrnuje (11):

- dodržování pitného režimu,
- dodržování životosprávy (eliminace kofeinu, alkoholu),
- umět ve vhodném časovém horizontu vyhledat WC (použít podložní mísu/láhev),
- redukci hmotnosti,
- poučení pacienta o rizikových faktorech inkontinence,
- pravidelně cvičit (posilovat pánevní dno, břišní svaly, zádové svaly),
- eliminovat nošení těžkých břemen,
- eliminovat zvedání těžkých břemen,
- oblékat se vhodným způsobem (neprochládnout),
- realizovat osobní hygienu (provádět hygienu genitálií několikrát denně),
- dbát na ochranu pokožky před opruzením a zápachem,
- poučení pacienta o rozsahu nabídky inkontinenčních pomůcek (výběr inkontinenčních pomůcek je individuální záležitostí, každému pacientovi vyhovuje jiný typ pomůcky, závislost inkontinenční pomůcky na stupni inkontinence je zjevná),
- poučení pacienta o možnostech použití inkontinenčních pomůcek.

Inkontinence má vliv na pacientovu kvalitu života. Dotazníky náleží mezi instrumenty zjišťování informací o kvalitě života pacientů s nechtěným únikem moči. V klinické praxi se nejčastěji používá dotazník SF 36, anebo novější dotazník EUROQOL. Uvedené dotazníky nepokrývají všechny problémové oblasti inkontinence.

Tzv. „Dotazník kvality života při inkontinenci“ lépe reflektuje problematiku močové inkontinence u konkrétní osoby. Informace z něho zjištěné jsou relevantnější. „Každá z otázek je hodnocena na škále nikdy – někdy – často – pořád. Výsledkem je celkové skóre, které zachycuje míru dyskomfortu způsobené inkontinencí, jak ji vnímá sám nemocný. Odpadne tak složitá interpretace, zda například zvýšení celkové kapacity měchýře ze 160 na 190 ml a snížení celkového počtu mikcí za den z 18 na 15 je pro nemocného klinicky významné a lepší. Dotazník kvality života při inkontinenci umožňuje sledovat změny u pacienta v dlouhodobějším časovém horizontu a sledovat vývoj jeho zdravotního stavu. Dotazník napomáhá při rozhodování o léčbě a dalším postupu a citlivě vypovídá o jejím efektu“ (8).

Inkontinenci nelze charakterizovat jako normální stav, který je součástí menopauzy a stáří.

Diagnostika

Diagnostika vychází z anamnézy nynějšího onemocnění, osobní, alergologické a farmakologické. Ve fyzikálním vyšetření provedeme vizuální inspekci a palpaci kůže v postižené oblasti, palpaci regionálních lymfatických uzlin. V diferenciální diagnostice vždy zvažujeme inverzní psoriázu; bakteriální (pyodermie, syfilis), virové (condyloma accuminata, mollusca contagiosa, herpes simplex/herpes zoster), mykotické (kandidóza, tinea) a parazitární infekce (scabies se sekundární impetiginizací); pemphigus vegetans, morbus Hailey – Hailey (pemphigus chronicus vegetans familiaris) nebo acné inversa. Srovnání nejčastějších kožních projevů v perianální oblasti demonstruje tabulka 3.

Terapie a prevence

Základem úspěšné terapie IAD je správná diagnóza, režimová a preventivní opatření.

K preventivním opatřením vzniku kontaktně iritativní reakce patří zamezení dlouhodobého kontaktu kůže s močí a/nebo stolicí (úprava regionálního mikroklimatu, snížení vlhkosti a tření kůže), důsledná hygiena, hydratace a ochrana kůže, péče o kožní bariéru v postižené oblasti. Oblečení a spodní prádlo vybíráme z bavlny (bio bavlny) bez obsahu barviv. V rámci hygieny kůže dáváme přednost kratšímu sprchování mírně teplou vodou nebo krátké vlažné koupeli ve slabě růžovém roztoku hypermanganu před teplou vanovou lázní. K mytí používáme jemná dětská mýdla, antibakteriální mýdla nebo mýdla s obsahem stříbra. Při výrazné imobilitě pacienta preferujeme omytí kůže vlhkými čistícími ubrusy s bavlnou pro citlivou pleť. Po odstranění zbytků moči a stolice aplikujeme do ošetřované oblasti humektanty (hygroskopické, hydrofilní látky rozpustné ve vodě, které zvyšují hydrataci ve stratum corneum; např. glycerin (glycerol), urea (močovina), sorbitol (kys. hyaluronová) nebo emolienca (látky hydrofobní povahy, které zvláčňují a hydratují kůži, doplňují kožní lipidní film a intercelulární lipidy; např. cholesterol, skvalen, vazelína, lanolin), hydrofilní krémové nebo lotiové přípravky kyselé povahy (s obsahem kyseliny mléčné nebo 3% kyseliny borité) (2, 12). Pro zlepšení a zpevnění narušené bariérové funkce kůže maceraci používáme přípravky obsahující zinek (zinkoxid; je to bílý, jemný, amorfni nezapáchající prášek, který je součástí zásypů, past, mastí), dimethicon (je to bezbarvá, čirá, viskózní kapalina, hydrofobních vlastností, bez chuti, bez zápachu, která má účinky emolientní, ochranné a protipědivé) nebo vazelínu (petroleatum; čistěná směs polotuhých nasycených uhlovodíků z ropy, která má účinky na kůži výrazně hydrofobní, okluzivní

a emolientní). Zinkoxid a topické kortikosteroidy se doporučují v terapii plenkové dermatitidy u kojenců. Arad et al. srovnával kortikosteroidní krém (0,05% clobetason butyrát), zinkovou pastu (0,5% allantoin, 17% olej z tresčích jater, 47% zinkoxid) a 2% vodný roztok eozinu. Během následujících pěti dní terapie ti kojenci, kteří byli léčeni 2% vodním roztokem eozinu, dosahovali statisticky signifikantně vyššího hojení než ti, kteří byli léčeni kortikosteroidním krémem nebo zinkoxidovou pastou. Pro použití 2% vodného roztoku eozinu v terapii IAD u dospělých a starších pacientů nejsou dosud k dispozici validní studie (2).

Receptář (převzato z 1, upraveno)

- Emolienca s olejem:
 - Borová vazelína s olejem: Rp. Ol. olivae 5,00, Ung. Acidi borici 3 % ad 50,00, M. f. ung., D. S. na ložiska.
 - Ambiderman s olejem (krémovitý): Rp. Ol. olivae 10,00, Ambiderman ad 100,00, M. f. crm., D. S. na ložiska
 - Neoquasorb s olejem (krémovitý, chladivý): Rp. Ol. helianthi 10,00, Glycerini 20,00, Crm. neoquasorb ad 100,00, M. f. crm., D. S. na ložiska
- Emolienca s kyselým pH:
 - Kyselý ambiderman (krémovitý, chladivý): Rp. Sol. acidi borici 3 % 20,00, Ambiderman ad 100,00, M. f. crm., D. S. na ložiska
 - Kyselý cutilan (mastný, dobře rozetřitelný): Rp. Ac. Lactici 2,00, Parafini liq. 20,00, Cutilan ad 100,00, M. f. crm., D. S. na ložiska
- Zinkové pasty, tekuté pudry:
 - Tekutý pudr s ichtamolem (k dohojování i preventivně do rizikových míst vlhké zapáčky a tření): Rp. Ichtammoli 5,00, Zinci oxidati, Talci aa 20,00, Glycerini, Aq. destil. aa ad 100,00, M. f. susp., D. S. na ložiska
 - Kyselá zinková pasta (ochranná, měkká): Rp. Zinci oxidati, Glycerini aa 10,00, Sol. acidi borici 3 % 40,00, Synderman ad 100,00, M. f. pst., D. S. na ložiska
 - Polysan (chladivý, adstringentní, nepřesušuje, na rozsáhlé erytematózní projevy): Rp. Polysan pasta, Ol. helianthi aa ad 100,00, M. f. pst., D. S. na ložiska
 - Tekutý pudr s tetracyklinem (do intertriginózních lokalizací): Rp. Tetracyclini 1,00, Zinci oxidati, Talci aa 20,00, Glycerini, Aq. destil. aa ad 100,00, M. f. susp., D. S. na ložiska.
- Roztoky k obkladům nebo koupelím:
 - Hypermangan: Rp. Kalii permanganas 5,00, D. ad vitr. fuscum, S. několik zrněk rozpustit ve vodě, slabě růžový roztok

- Borová voda: Rp. Acidi borici 3,00, Aq. destil. ad 100,00, M. f. sol., D. S. k obkladům
- Jarischův roztok (protizánětlivě a mírně protimikrobiální účinky): Rp. Acidi borici 2,00, Glyceroli 4,00, Aq. destil ad 100,00, M. f. sol., D. S. k obkladům.
- Octanový roztok: Rp. Sol. aluminii acetotartarici, M. D. S. ke koupelím ředit s vodou 1: 20

Pro zvládnutí akutní ataky IAD, při sekundární mykotické infekci používáme antimykotické krémy, krémpasty nebo masti (např. clotimazol, oxikonazol, flutimazol) samostatně nebo s přídavkem slabě/ středně účinného kortikosteroidu nebo antiseptika. Při možné bakteriální superinfekci volíme doplňkovou terapii topicky působícím antibiotikem v krému, pastě nebo masti (např. mupirocin, kyselina fusidová, neomycin, bacitracin, tetracyklin). Takto ošetřené oblasti je vhodné přepudrovat indifferenčním zásypem se zinkem (Zinci oxidati, Talci aa) a do kožních záhybů vložit gázové záložky, které zamezí těsnému kontaktu kůže–kůže. Před aplikací topických antimykotických, antibiotických a antiseptických preparátů doporučuji provést stěr z ložiska ke kultivaci na bakteriologické a mykologické vyšetření s určením citlivosti jednotlivých patogenů.

V terapii IAD se zaměřujeme na tyto hlavní cíle:

- zredukovat a zabránit progresi inkontinence moči a/nebo stolice
- odstranit a minimalizovat kontakt kůže s iritativně působící močí a/nebo stolicí
- chránit kůži před macerací a dlouhodobým působením moči a/nebo stolice
- používat vhodné inkontinenční pomůcky
- eradikovat kožní mykotickou infekci a/nebo bakteriální superinfekci
- volba prodyšného a savého oblečení
- redukce tělesné hmotnosti
- důsledná osobní hygiena

Závěr

Nechtěný únik moči negativním způsobem ovlivňuje mnoho oblastí pacientova života. Inkontinence je běžný problém nejen hospitalizovaných pacientů jak v akutní, tak v následné péči. Počet inkontinentních pacientů v České republice neustále vzrůstá. Přibližně 50 % osob s inkontinencí moči a/nebo stolice jsou postiženi kontaktně iritativní dermatitidou. K preventivním opatřením vzniku kontaktně iritativní reakce patří zamezení dlouhodobého kontaktu kůže s močí a/nebo stolicí, důsledná hygiena, hydratace

a ochrana kůže, péče o kožní bariéru v postižené oblasti. V článku autorky komplexně rozebírají problematiku inkontinence moči, stolice a s ní souvisejících kožních problémů.

Literatura

1. Benáková N. Ekzémy a dermatitidy. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Maxdorf Jessenius, 201: 90–91, 94–96.
2. Gray M. Optimal Management of Incontinence–Associated Dermatitis in the Elderly. *Am J Clin Dermatol*, 2010; 11(3): 201–210.
3. Junkin J. Targeting Incontinence–Associated Dermatitis – A leading Risk Factor for Pressure Ulcers. Presented at the 3rd Congress of the Union of Wound Healing Societies: June 2008: 4–8.
4. Bardsley A. Prevention and management of incontinence – associated dermatitis. *Nursing Standard*, 2013; 27 (44): 41–46.
5. Sugama J, Sanada H, Shigeta Y, Nakagami G, Konya Ch. Efficacy of an improved absorbent pad on incontinence – associated dermatitis in older women: cluster randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 2012; 12: 22.
6. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans K, Plmer MH. Incontinence–Associated Dermatitis. A consensus. *J Wound Ostomy Nurs*, 2007; 34 (1): 45–54.
7. Beguin AM, et al. Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. *BMC Geriatrics*, 2010; 10: 86.
8. Topinková, E. Sociální a ekonomické dopady močové inkontinence. In: *Lékařské listy: odborná příloha Zdravotnických novin*. Praha: Ambit Media, 2002; 14: 18–23. ISSN 0044–1996. Dostupné online: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/socialni-a-ekonomicke-dopady-mocove-inkontinence-143923>>.
9. Baatenburg de Jong. H. & Admiraal H. (2004) Comparing cost per use of 3MTM CavilonTM. No Sting Barrier Film with zinc oxide oil in incontinent patients. *Journal of Wound Care* 13, p. 398–400. Bliss D., Zehrer C., Savik K., Smith G. & Hedblom E. (2007) An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence: economics of skin damage prevention. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 34, 143 – 152.
10. Bojar M, Kučera Z, Svěráková M. Inkontinence moči – psychosociální a ekonomické souvislosti. In: *Urologické listy*. Praha: Ambit Media, 2004; 1: 42–43.
11. Česká asociace sester. Pracovní postup – „Péče o klienta/pacienta s inkontinencí moči.“ Praha: ČAS – Prezidium, 2009: 9. Dostupné online: <http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2009_0001_revize_2.pdf>.
12. Záhejský J. Zevní dermatologická terapie a kosmetika. Pohledy klinické, fyziologické a biologické. Praha: Grada, 2006, 13, 25, 29, 31, 32, 101–102.

13. Zimová J. In: Brychta P, Stanek J. Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie. Aplikovaná anatomie kůže, Aplikovaná fyziologie kůže. Praha: Grada, 2014: 15–27.

14. Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Incontinence in the aged: contact dermatitis and other cutaneous consequences. *Contact Dermatitis*, 2007; 57: 211–217.

15. Nix D, Haugen V. Prevention and Management of Incontinence–Associated Dermatitis. *Drugs Aging*, 2010; 27(6): 491–496.

Článek přijat redakcí: 12. 10. 2014

Článek přijat k publikaci: 3. 11. 2014

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno farmaceutickou firmou.

MUDr. Jana Zimová

Kožní ambulance, SMN a.s., Nemocnice Písecká o.z.

Dvořákova 75, 751 52 Písek
zimovajana@atlas.cz



Komentář

Komentář k článku Zimová J, Zimová P. Péče o kůži při inkontinenci moči a stolice *Urol. praxi*, 2015; 16(1): 16–20

Urol. praxi, 2015; 16(1): 20

Článek je věnován problematice kožního postižení nemocných s nechtěným únikem moči a stolice. Jedná se o velmi aktuální problém, jelikož již samotný únik moči nebo stolice přináší množství komplikací a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života postižených. Pokud se k těmto potížím přidají i problémy v podobě kožních komplikací, které jsou velmi často podceňovány a mají chronický charakter, zhoršuje se ještě více jejich celkový stav. Je velmi správně zdůrazněno, že nejdůležitější je prevence vzniku těchto následků. Z praxe víme, že u mnoha pacientů je cílem péče zachování sociální inkontinence, tzn. trvalého používání antiinkontinenčních pomůcek při současném zachování jejich sociálních potřeb, jenž je způsobeno nemožností kompletního řešení úniku. Právě tito klienti jsou nejčastěji postiženi kožními komplikacemi a je na ošetřujícím personálu a zejména nejbližších nemocného, aby zvládli zabránit jejich vzniku nebo je uměli kvalifikovaně řešit. V tomto ohledu je nejdůležitější odborná příprava zdravotnických pracovníků v uvedené oblasti, ke které určitě přispěla i tato práce.

MUDr. Kamil Belej, Ph.D., FEBU, MBA

Urologické oddělení

Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

U Vojenské nemocnice 1 200, 169 02 Praha 2 – Střešovice

belejkam@uvn.cz