

KOŽNI ZNAKI SISTEMSKIH BOLEZNI, KOŽNI TUMORJI, MOTNJE V PIGMENTACIJI TER BOLEZNI LAS IN NOHTOV

Nena Kopčavar Guček

Kožni znaki sistemskih bolezni

Nekatere dermatoze so povezane z različnimi sistemskimi boleznimi. Pogosto nas nanje opozorijo prav spremembe na koži (1).

Sistemske vezivnotkivne bolezni

Sistemske vezivnotkivne bolezni so klinični sindromi z različnimi avtoimunskimi pojavji (2).

Imajo veliko kliničnih in laboratorijskih podobnosti, obenem pa tudi dovolj različnosti, da jih moremo ločiti med seboj.

Sistemski lupus eritematozus in druge oblike lupusnega sindroma

V naših razmerah je najpogostnejša vezivnotkivna bolezen (2). Znanih je več njenih kliničnih oblik, posamezni bolnik jih ima lahko tudi več hkrati (1).

Klinični znaki

Spekter kožnih sprememb je ponavadi velik, ker so prizadete vse plasti kože (2).

Za bolezen sta značilna *makulopapulozni* (pri 70 %) in diskoidni *izpuščaj* (pri 19 do 30 %) (1, 2). Prvi se pojavi na licih in korenju nosu kot značilni metuljasti izpuščaj. Pogosto nastane po izpostavitvi sončnim žarkom in ne zapušča brazgotin ali pigmentacij (1, 2, 3). Difuznejši izpuščaj se pojavlja tudi na drugih mestih: na vratu, na zgornjem delu trupa in po rokah. Diskoidne spremembe so rožnatordeči, zlivajoči se infiltrati; ti so v sredini pokriti z adherentnimi luskami (2, 4), ki imajo na notranji strani roževinaste, trnom podobne odtise razširjenih foliklov. Srednji del izpuščaja se ugrezne, zunanji del pa ima napredуюč rob s hiperpigmentacijo. Lahko pusti brazgotino. Najpogostejše so na obrazu, lasišču, uhljih, rokah in na svetlobi izpostavljenih delih trupa.

Alopecija: prisotna je pri 70 %, lahko je difuzna ali omejena. Ko aktivni zagon bolezni izzveni, lasje običajno ponovno zrasejo. Diskoidne spremembe zapustijo na lasišču brazgotinjenje in s tem nepopravljivo, trajno alopecijo (1, 2, 4).

Sluznične razjede: (pri 40 %) so pogostejše med aktivno bolezni. Pojavijo se v ustih, nosu in na genitalijah, vendar niso boleče (2).

Vaskulitične spremembe malega žilja: (pri 20 %) se kažejo z obnohtnimi infarkti, tipno purpuro, marmorirano kožo (*livedo reticularis*) in Raynaudovim fenomenom (1, 4). Izjemoma lahko pride do razjed in nekroz prstov rok ali celo delov udov, zlasti kadar se sistemski lupus prekriva z drugimi sistemskimi vezivnotkivnimi boleznimi.

Diagnoza

Med pogostnejšimi laboratorijskimi znaki so pomembni pospešena sedimentacija eritrocitov, normokromna normocitna anemija, hemolitična anemija in limfopenija,

redkeje trombocitopenija. Imunoserološki kazalci so ANA, protijedrna protitelesa, (80%-specifičnost) in protitelesa proti dv-DNK, deoksiribonukleinska kislina, (96%-specifičnost, 72%-občutljivost). V novejšem času so odkrili še številna druga protitelesa, npr. proti antigenom Sm in Ro. Diagnozo postavimo na osnovi klinično laboratorijskih meril iz leta 1982 (2).

Diferencialna diagnoza

V poštev pridejo revmatoidni artritis, hemolitična anemija, Raynaudov fenomen ali idiopatična trombocitopenična purpura. Upoštevati je treba še infekcijski endokarditis, bakterijska septična stanja, serumsko bolezen, limfome in levkemije, trombotično trombocitopenično purpuro, rozaceo, psorazio, sarkoidozo, sekundarni sifilis, aids ter praktično vse sistemske vezivnotkvivne bolezni in vaskulitične sindrome (2).

- Diskoidni lupus ni več povsem jasno razmejen od sistemskega. Kožni obliki se pogosto pridružijo posamezni znaki sistemske bolezni. Pri diskoidni obliki niso nikoli prisotna protitelesa proti dv-DNK.
- Subakutni kožni lupus eritematoses se odlikuje po ponavljanju se dermatitisu brez brazgotin. Lezije so pogosto fotosenzibilne, obročaste in papuloskvozne.
- Globoki lupus (lupus profundus) se pojavi v oblikih mehkih, nekaj centimetrov velikih podkožnih vozličev na čelu, licih ali bradi. V bistvu gre za panikulitis. Spremembe zapustijo globoke brazgotine.
- Negativni lupus: 5 % bolnikov v času aktivne bolezni nima prisotnih ANA. Spremlja ga fotosenzibilni dermatitis hujše stopnje, prizadeto je osrednje živčevje, lahko tudi ledvice. Pri 60 % so prisotna protitelesa proti antigenu Ro.
- Sistemski lupus eritematozus pri starejših osebah se v 15 % pojavi po 65. letu. Navadno ima blažji potek.
- Neonatalni lupus je redek, novorojeni zbolijo z diskoidnim izpuščajem. Značilen je kongenitalni srčni blok (4).
- Antifosfolipidni sindrom pogosto spremiha sistemski lupus eritematozus. Kaže se z arterijsko ali vensko trombozo in trombocitopenijo, posledica pa so ponavljajoči se abortusi ali mrtvorjeni otroci.
- Sistemski lupus eritematozus povezujejo z uporabo zdravil, najpogosteje prokainamida in hidralazina. Dokumentirali so povezavo med zdravilom in boleznjijo po več kot 9- do 12-mesečni uporabi velikih odmerkov (1).
- Okužbe ločimo od zagona lupusa s C-reaktivnim proteinom (CRP), ki pri osnovni bolezni v serumu navadno ni zvišan (2).

Zdravljenje

Največkrat sodi tak bolnik v obravnnavo k revmatologu ali dermatologu.

Sistemske težave zdravimo z nesteroidnimi antirevmatiki, kožne pa s steroidnimi mazili. Antimalariki uspešno zdravijo dermatitis in artritis. Citostatike v oblikah pulzne terapije (npr. 1 g ciklofosfamida na dan 14 dni do 3 mesece) uporabljam le v usposobljenih centrih (2). Steroidi podaljšajo preživetje, citostatiki pa izboljšajoakovost življenja (4).

Sistemska skleroza in druge oblike bolezni s fibrozo

Za sistemsko skleroizo (sekundarno) sta značilna fibroziranje, zadebelitev kože in prizadetost notranjih organov, najpogosteje prebavil in dihal (3).

Sistemska skleroza je sorazmerno redka in prizadene 0,4 do 2 bolnika na 100.000 prebivalcev. Pri ženskah je 3- do 10-krat pogostejša, če upoštevamo samo rodno obdobje; vrh zbolevanja je med 30. in 50. letom (2).

Lokalizirana sklerodermija je redka oblika in je trikrat pogostejša pri ženskah. Nekateri jo povezujejo z boreliozo (1). Razvrstitev in poimenovanje bolezni, za katero je značilno fibroziranje tkiv, ni poenoteno. Prikazujemo razvrstitev bolezni, ki jih večinoma obravnavamo skupaj, ne glede na etiologijo (tabela 1) (2).

Tabela 1.

Razvrstitev sistemske skleroze in drugih bolezni s fibrozo

Sistemska skleroz

- difuzna kožna oblika
- omejena kožna oblika (sindrom CREST)
- brez prizadetosti kože
- v sklopu prekrivajočih se sindromov
- v sklopu neprekrivajočih se vezivnotkivnih bolezni

Lokalizirana cirkumskripta sklerodermija

- morfea
- linearna sklerodermija

Eozinofilni fasciitis

Sistemska skleroz

Prizadene kožo na udih, obrazu in trupu. Za razvoj sprememb so značilne tri faze. V edematoznem stadiju je prisoten neboleč edem z bledo rožnatim eritemom. V indurativnem stadiju je koža trda in porcelanasto belkasta. Končni atrofični stadij vodi do kontraktur in akroosteoliz na udih, obraz pa dobi zaradi napetosti značilni ptičji videz z mikrostomijo (5).

Sindrom CREST

Manj prizadene kožo na proksimalnih delih rok in trupu. Navadno se začne z Raynaudovim fenomenom. Klinična znamenja izhajajo iz imena sindroma: C-calcinosis (kalcinoza), R-Raynaudov fenomen, E-ezofagealna disfunkcija (spremembe požiralnika), S-sklerodaktilia, T-teleangiektazije (CREST).

Lokalizirana sklerodermija

Največkrat je omejena na kožo, lahko pa prizadene tudi podkožje in mišice. Nekateri jo povezujejo z okužbo s spiroheto Borrelia burgdorferi. Linearne oblike, ki največkrat prizadenejo kožo na obrazu in frontalno parietalno na lasiču, lahko povzročijo hude deformacije.

Morfea navadno prizadene otroke in mlade odrasle. Lezije se pojavijo kot modrika-stordeči infiltrati po trupu, ki prek induracije napredujejo v centralno atrofijo (1).

Diagnoza

Sistemsko sklerozo lahko prepoznamo s klinično sliko. Glavno merilo so sklerodermične spremembe kože na trupu ali proksimalno od zapestij, pomožna pa sklerodaktilia, vdolbinaste brazgotinice na koži prstov, obojestranska bazalna pljučna fibroza. Za diagnozo je potrebno glavno merilo in dve stranski.

Pogosta so protitelesa ANA (30 %), revmatoidni faktor (20 do 40 %), protitelesa proti antigenu Scl-70 (20 do 50 %) pri difuzni obliki; 46 do 80 % bolnikov s sindromom CREST ima anticentromerna protitelesa.

Diferencialna diagnoza

Najpomembnejša je diferencialna diagnoza primarnega Raynaudovega sindroma. Napredujoče klinične slike sistemske skleroze, lokalizirane sklerodermije in eozinofilnega fasciitisa praviloma ne povzročijo diagnostičnih težav. Pri presoji bolezni

s fibrozo moramo upoštevati še kronični atrofični akrodermatitis, algonevrodistrofije, mikozis fungoides, Buschkejev skleredem odraslih, skleromiksedem, porfirijo kutaneo tardo itd.

Zdravljenje

Prepričljivih dokazov o učinkovitem zdravljenju sistemске skleroze ni. Najpogosteje predpišemo d-penicilamin v postopno povečevanem odmerku (od 250 do 750 mg/dan) (2). Zaradi ugodnega poteka lokalizirane skleroderme ne zdravimo (6); redkeje ta oblika preide v sistemsko sklerozo.

Raynaudov fenomen zdravimo z antagonistimi kalcija (1).

Bolezen je izjemo redka in sodi v obravnavo specialista revmatologa. Desetletno preživetje po postavitvi diagnoze je 65 %, smrt in invalidnost sta pogostejši pri sistemski obliki bolezni (7).

Polimiozitis in dermatomiozitis

Polimiozitis in dermatomiozitis sta redki vnetni mišični bolezni s simetrično oslablostjo proksimalnih mišic in z značilnimi kožnimi spremembami (1, 2). Delimo jih na sedem podskupin, ki temeljijo na bolnikovi starosti, vrsti miozitisa in prisotnosti malignoma. (2).

Sarkidoza

Sarkidoza je večorganska bolezen neznanega vzroka. Približno četrtina bolnikov ima bolezenske znake tudi na koži. Pri nas odkrijemo 4 bolnike na 100.000 prebivalcev, ženske in nekadilci zbolevajo pogosteje (2). Sarkidoza je lahko družinska, pojavlja se v manjših epidemijah v ožjih geografskih območjih (1).

Nabiranje mononuklearnih celic se sčasoma preoblikuje v granulomsko vnetje. Granulomi spodrivajo ortotopno tkivo in lahko povzročajo motnje v delovanju organov. Granulomi se lahko povsem resorbirajo ali izginejo, lahko pa zapuščajo brazgotine.

Nodozni eritem pri akutni obliki sarkidoze se kaže kot boleči, rdeči in nato lividni podkožni vozliči na ekstenzorni strani spodnjih udov. Drobne vozličke lahko najdemo tudi na robovih vek, očesnih veznicah, robovih nosnic in nosni sluznici. Modrikasto vijolično zadebeljen nos in ličnice imenujemo tudi lupus pernio (zaradi podobnosti z ozeblinami) (2). Kožne lise, podkožni vozli in makulopapulozni izpuščaji se lahko pojavijo kjerkoli po telesu.

Ob tipični klinični sliki histološka potrditev diagnoze ni nujna, ob atipični oblikih bolezni pa je potrebna biopsija na najlaže dostopnem mestu (v koži, bezgavkah).

Izbirno sistemsko zdravljenje so glukokortikoidi, topično tudi kot mazila. Opredelitev stanja oz. diagnoza in začetek zdravljenja sodi v domeno specialista dermatologa.

Erythema nodosum

Vzroki za to bolezen, ki prizadene zlasti mlajše ženske, so lahko številni. Nekateri jo uvrščajo med vaskulitise, ker gre za vnetne spremembe podkožnega žilja, drugi pa med eritematozne spremembe. Na sprednji, redkeje na zadajšnji strani goleni se pojavijo rdečkaste, trde, neostro omejene, za otroško dlan velike otekline (nodusi). Boleče so na pritisk in ne eksulcerirajo.

Različni avtorji (1, 2) kot možne vzroke nodoznega eritema navajajo:

- streptokokno okužbo,
- zdravila (npr. sulfonamide, oralne kontraceptive, salicilate),
- sarkidozo,
- idiopatični eritem,

- stafilokokno okužbo
- okužbo z bacili Yersinia,
- glivične okužbe (histoplazmozo, blastomikozo),
- tuberkulozo,
- lepro,
- vnetne črevesne bolezni,
- okužbe s klamidijo.

Tipične spremembe na koži spremljajo bolečine v sklepih, slabo počutje in dvig telesne temperature (1). Otekline postanejo v naslednjih dneh modrikasto rdeče, pozneje zelenkaste in končno rumenkaste. Spominjajo na spremembe po resorpciji hematomov po udarcih, ki so na sprednji strani goleni pogoste. Bolezen so zato nekoč imenovali erythema contusiforme, zaradi sočasne bolečine v sklepih pa tudi »kožni revmatizem« (1).

Bolezen izgine v 3 do 5 tednih in se redko ponavlja.

Bolnik sodi v obravnavo k specialistu dermatologu oz. revmatologu.

Zdravljenje naj bo predvsem etiološko. Od sistemskih zdravil so koristni salicilati (nekateri jih navajajo kot etiološki dejavnik!), antibiotiki, glukokortikoidi. Lokalno priporočajo antiflogistične obkladke, jodove ovitke za noge in zaščito kapilarne stene (3).

V času prebolevanja nodoznega eritema svetujejo počitek (1).

Erythema exudativum multiforme

Za bolezen je značilna polimorfnost tipičnih eflorescenc. Nastanejo kot reakcije na nekatere okužbe ali na zdravila. Posledica je preobčutljivostna, limfotoksična kožna reakcija (1).

Po poteku ločimo dve oblike:

- Typus minor prizadene le kožo, bolezen se konča v 2 do 4 tednih;
- Typus maior poleg kože prizadene tudi ustno sluznico, kar povzroča hude težave pri hranjenju; včasih poteka zelo burno, močno prizadene bolnikovo splošno počutje in povzroča tudi dvig telesne temperature in revmatoidne težave (3).

Eflorescence obeh oblik so tako tipične, da jih ni mogoče zamenjati s kako drugo boleznijo. Največkrat so okrogle rožnate ali modrikasto rožnate papulourtike v velikosti nohtov z nekoliko ugreznjeno sredino. Spominjajo na kokarde oziroma na tarče (1). Eksudativna sprememba se lahko stopnjuje do vezikuloznih pojavov v sredini ali na robu kokard (3). Kožne spremembe se največkrat pojavijo na ekstenzorni strani udov, posebno na hrbitišču rok, lahko pa tudi na dlaneh in podplatih.

Vezikulozne, erozivne in nekrotične spremembe nastajajo predvsem na bukalni sluznici, mehkem nebu, jeziku, pa tudi na spolovilu in kot konjuktivitis (1).

Pri hujših oblikah etiološko spominjajo na virus, največkrat herpes simpleks, lahko pa tudi na preobčutljivost za streptokokove toksine. Enako sliko lahko povzročijo zdravila, npr. analgetiki, sedativi, barbiturati, sulfonamidi itd. (1).

Pri 50 % primerov vzroka bolezni ne najdemo, sicer pa avtorji navajajo (1, 4, 3) naslednje:

- virus herpesa simpleksa,
- druge virusne infekcije (npr. Epstein–Barrov virus),
- zdravila,
- okužbe z mikoplazmo,
- vezivnotkvne bolezni (npr. sistemski lupus eritematoses),
- okužbo s HIV,
- Wegenerjevo granulomatozo,
- karcinom, limfom.

Pri sumu na tako bolezen je treba bolnika napotiti k dermatologu.

Zdravljenje mora odstraniti osnovni vzrok bolezni. Za zaščito kapilarne stene svetujejo kalcijev dobesilat, sicer pa nikotinamid, vitamin C in vitamine skupine B. Po presoji dajejo tudi antihistaminike in antibiotike. Za hujše primere so potrebni glukokortikoidi in zdravljenje v bolnišnici. Usta izpirajo z indiferentnimi in anestezirajočimi pripravki (1, 3).

Delazmožnost je med prebolevanjem te bolezni bistveno zmanjšana in terja bolniški stalež, dokler spremembe ne minejo.

Pyoderma gangrenosum

Najpogosteje je sekundarna bolezen, saj ni piödermia v pravem pomenu besede. Verjetno gre za infekcijsko alergijski nekrotizirajoč arteriitis senzibiliziranega organizma. Kaže se z eritematoznimi noduli in pustulami, ki pogosto ulcerirajo (1, 3).

Razjede so lahko zelo velike in nastanejo zelo hitro. Ulkus ima značilen modrikasto črn, podminiran rob in gnojno površino. Hkrati se pojavita zvišana telesna temperatura in slabo počutje.

Diagnozo lahko postavimo na podlagi klinične slike, najpogostnejši vzroki pa so (1):

- vnetne črevesne bolezni,
- revmatoidni artritis,
- mielom, levkemija, limfom,
- jetrne bolezni (npr. primarna biliarna ciroza),
- idiopatični vzroki (približno 20 %).

Zdravljenje naj bi bilo etiološko. Priporočajo tudi počitek in nesteroidne antirevmatike. Stanje se zazdravi samo. Včasih je potrebno zdravljenje s sistemskimi steroidi.

Zaradi opredelitev etiološkega dejavnika je treba bolnika napotiti k ustreznemu specialistu.

Pruritus

Sindrom srbeče kože (srbež) spreminja številne sistemske bolezni (1), kot so:

- deficitarna anemija,
- maligne bolezni (predvsem limfom),
- sladkorna bolezen,
- kronična ledvična odpoved,
- kronične jetrne bolezni (npr. primarna biliarna ciroza, dedna hemokromatoza),
- ščitnične bolezni,
- infekcije s HIV,
- policitemija vera.

Pruritus gravidarum ima lahko več vzrokov in se pokaže v pozni nosečnosti (8).

Mehanizem še vedno ni povsem pojasnjen. Histamini, tahikinini (npr. substanica P) in citokini (npr. interlevkin-2) lahko igrajo vlogo periferno, v koži. Prevajanje teh dražljajev v centralnem živčnem sistemu pa ni povsem opredeljeno.

Navedene sistemske bolezni povzročajo pruritis brez očitnih sprememb na koži. Izraza idiopatični pruritis ali senilni pruritis se verjetno prekrivata z asteatotičnim ekcemom, ki je pogost pri starejših.

Zdravljenje vključuje izogibanje milom in lokalna simptomatična zdravila. Najbolj učinkovito je etiološko zdravljenje, kadar je mogoče prepozнатi vzrok (1, 2, 3). V večini primerov napotitev k specialistu ni potrebna.

Sladkorna bolezni

Obrambna vloga kože in sluznic je pri sladkorni bolezni okrnjena. Te površine so zaznavno ali prikrito izsušene (9). Občutek za dotik je oslabljen ali izgubljen. Ne-prepoznane mikropoškodbe postanejo vstopna vrata za lokalne ali sistemske okužbe: *Staphylococcus aureus* je na koži insulinsko odvisnih bolnikov prisoten pogosteje kot pri drugih ljudeh (1).

Kožni zapleti ob sladkorni bolezni so:

- glivične okužbe (npr. kandidoza),
- bakterijske okužbe,
- ksantomi (glejte tudi hiperlipidemije),
- arterijske okvare (ulkusi, gangrene; glejte tudi bolezni žilja!),
- nevropatične okvare (na mestih večjega pritiska na stopalih; glejte Diferencialno diagnozo pri boleznih žilja!).

Dermatoze, značilne za osnovno bolezen, prisotne ob sladkorni bolezni (1):

- necrobiosis lipoidica (lisa rjavorodečkaste kože, navadno na sprednji strani goleni, ki je prepletena s teleangiektazijami, v sredini pogosto atrofirana ali celo ulcerirana):
- difuzni granulom anulare:
- diabetična dermopatija (rdečerjave ploščate papule):
- mehurji (navadno na dlaneh ali na podplatih):
- diabetična trda koža (tesna, voščena koža na prstih z omejeno gibljivostjo prstov zaradi pomnoženega kolagena, imenovana tudi cherioartropatija).

Večino zapletov sladkorne bolezni lahko prepozna in oskrbi družinski zdravnik, zaradi hujših oblik pa je treba bolnika napotiti k specialistu diabetologu ali dermatologu.

Kronične jetrne bolezni

Kronične jetrne bolezni se kažejo z zlatenico, palmarnim eritemom, pajkastimi nevusi, Dupuytrenovimi kontrakturami, hiperpigmentacijami in srbežem.

Na prvi pogled so (npr. pri jetrni cirozi) vidni tudi edemi gležnjev, podkožne krvavite zaradi motenj v strjevanju krvi ter povečani, neboleči, mehki in neprirasli obušesni žlezi slinavki (10).

Porfirija kutanea tarda je kronična hepatična porfirija, ki nastane zaradi prirojene ali pridobljene okvare uroporfirinogen-dekarboksilaze (9).

Deduje se avtosomno dominantno.

Klinično dogajanje bolezni pogosto izzove primarna jetrna bolezen v sklopu toksične alkoholne, medikamentozne jetrne bolezni ali hepatitisa C (1). Glavna značilnost je občutljivost kože za sončno svetlobo. Spremembe na koži se pojavijo pri različni starosti, in to brez posebnih zakonitosti. Na soncu izpostavljenih mestih se pojavi intenzivna pigmentacija, eritemi in mehurčki oz. razjede z brazgotinjenjem (9).

Diagnozo postavimo po značilni klinični slikci na podlagi povečanega izločanja uroporfirinov in v manjši meri tudi koproporfirinov (11).

Lokalno zdravljenje ni učinkovito. Treba je izločiti toksične okoljske vplive, opraviti tudi venepunkcije in uvesti sistemsko zdravljenje s klorokinom in desferoksaminom (9). Tako zdravljenje sodi v domeno specialista internista.

Kronična ledvična odpoved

Pogosto je povezana s srbežem kože. Zaradi ledvične anemije je koža lahko tudi bledejša, zaradi nalaganja karotenoidov rumenkasta, zaradi zmanjšanja adhezivnosti

sti trombocitov in sproščanja trombocitnega faktorja III pa so možni tudi podkožne sufuzije (12).

Po presaditvi se zaradi imunosupresije na bolnikovi koži lahko pojavijo virusne bradavice in ploščatocelični karcinom (13).

Bolezni ščitnice

Hipotiroza se kaže s suho, grobo in zadebeljeno kožo. Prisotna je atrofija celic, povezana s hiperkeratozo. V podkožju se kopičijo mukopolisaharidi, zato naraste osmozni pritisk v tkivu. Zato natrija in vode v podkožju povzroča edem. Bled in voskast videz kože je posledica vazokonstrikcije, ki sčasoma privede do atrofije kože in adneksov (izpadanje las, dlak) (14). Spremembe izginejo postopoma med nadomestnim zdravljenjem.

Hipertirozo spoznamo po izrazito topli in vlažni koži, izrazitem potenju in difuzni alopeciji. Avtoimuno hipertirozo (bazedovko, Gravesovo bolezen) označuje tudi dermopatija, ki ni posledica hipertiroidizma in jo lahko najdemo kadar koli v poteku avtoimunske hipertiroze. Prizadeto območje kože je ponavadi dobro omejeno, dvignjeno, zadebeljeno, površina pa podobna pomarančni lupini. Lahko srbi ali je hiperpigmentirana. Spremembe na koži lahko spremljajo spremenjeni kijasti prsti z značilnimi spremembami kosti. Kadar koli v poteku bolezni nastopi obdobje močnejšega izpadanja las (15).

Cushingov sindrom

Odpoved nadledvičnih žlez prepoznamo tudi po nekaterih spremembah na koži (14), kot so:

- lunast obraz,
- bikova guba na zatilju,
- rdeče strije (zaradi atrofije pokožnice in veziva),
- nagnjenost k podplutbam (zaradi krhkih kapilar),
- pustulozni folikulitis oz. steroidne akne.

Potrebno je zdravljenje osnovne bolezni, ki ga vodi specialist endokrinolog.

Hiperlipoproteinemija

Hiperlipoproteinemije se lahko kažejo s ksantomi, rumenimi makulami na koži ali v predelu tetiv (14). So skupki lipidov v koži. Vsem bolnikom s ksantomi bi morali napraviti lipidogram. Nekatere spremembe, npr. ksantelazme, rumenkaste papule okoli oči, se lahko pojavijo tudi pri ljudeh z normalnim lipidogramom (1).

Ksantomi nastopajo v številnih različicah, kot so:

- tuberozni ksantomi (trdni, rumenkasto oranžni vozliči in papule na izteznih straneh rok, komolcih, kolenih in zadnjici) (1);
- tetivni ksantomi (izraziti predvsem na izteznih tetivah rok, na Ahilovi tetivi);
- ploščati ksantomi (oranžno-rumene makule, ki pogosto prizadenejo gube med prsti rok, zlasti med palcem in kazalcem) (14);
- eruptivni ksantomi (številne drobne rumenkaste papule z majhnimi rdečkastim obročem, največkrat na zadnjici in po rokah, ki ob dieti in pravilnem zdravljenju po nekaj tednih izginejo) (1).

Pri kožnih spremembah, ki so estetsko še posebej moteče, svetujemo posvet s specialistom plastičnim kirurgom.

Sistemske maligne bolezni

Na koži se lahko pojavijo izpuščaji, ki niso zasevki, temveč znak osnovne maligne bolezni (tabela 2) (1).

Redki tumorji metastazirajo na kožo, kjer se pojavijo kot papule ali vozliči. Slednji lahko tudi ulcerirajo.

Tabela 2.

Nemetastatični kožni znaki osnovne maligne bolezni

| Dermatoza | Maligna bolezen |
|---|-------------------------------------|
| dermatomiozitis | pljuča, prebavila, rodila in sečila |
| acanthosis nigricans | prebavila, pljuča, jetra |
| Pagetova bolezen (lokalizirani predel ekcema okoli prsne bradavice) | duktalni rak na dojki |
| eritroderma | limfom/levkemija |
| tiloza (zadebeljena koža na dlaneh in podplatih) | ezofagealni karcinom |
| ihtioza (suha, luščeca koža) | limfom |
| eritema giratum repens (koncentrični obročasti eritem, ki se naglo spreminja) | pljuča, dojka |
| nekrolitični migracijski eritem (potujoci anularni eritem) | glukagonom |

(Povzeto po: Kumar PJ, Clark ML. Clinical Medicine)

Zdravljenje sodi v obravnavo k specialistu onkologu.

Bolezni perifernih krvnih žil in mezgovnic

Bolezni perifernih ven

Površinski tromboflebitis

Je posledica vnetnih sprememb žilne stene, ki nastanejo ob trombu v površinski veni, najpogosteje na spodnjih udih. Vzrok vnetja je lahko dajanje zdravil v veno (npr. po infuziji) ali pomanjkanje vitamina C, pogosto pa ostane tudi neznan (16).

Prizadeta vena je zadebeljena, boleča, okolna koža otečena in pordela. Površinski tromboflebitis pogosto spremlja vročina. Širjenje tromba iz površinskega v globoki venski sistem je izredno redko. Zdravljenje je omejeno na dajanje protivnetnih in protibolečinskih zdravil. Mirovanje odsvetujemo. O delazmožnosti presodimo glede na naravo dela, npr. stoječe delo v prisilni drži ni primerno. Napotitev k specia-listu je potrebna le zaradi hujših zapletov.

Venska razjeda

Najpogostejša je v zahodnem svetu in v deželah v razvoju. Povzročajo jo lahko številni vzroki (1).

V tabeli 3 je pregled najpogostnejših vzrokov za razjedo na nogi.

Tabela 3

Vzroki razjede na nogi

venska insuficienca,
arterijska insuficienca,
nevropatija (npr. sladkorna bolezen, lepra),
neoplazma (npr. ploščatocelični karcinom, bazaliom),
vaskulitis (npr. revmatoidini artritis, sistemski lupus eritematozus, pioderma gangrenozum),
infekcija (npr. tuberkuloza, globoka mikoza, sifilis ...),
hematološki vzroki (npr. perniciozna anemija, sferocitoza),
drugi vzroki (npr. nekrobiozis lipoidiza, poškodba ...).

(Povzeto po: Kumar PJ, Clark ML. Clinical Medicine)

Venske razjede so posledica dolgotrajne venske hipertenzije v povrhnjih venah. Vzrok so nekompetentne venske zaklopke v globokih ali perforantnih venah, pa tu-

di predhodna venska tromboza.

Zvišan tlak v venah povzroči ekstravazacijo fibrinogena skozi kapilarne stene. Perivaskularni depoziti fibrinogena vodijo v slabšo oksigenacijo okolne kože (16).

Venska razjeda naj bi prizadela 1 % populacije, starejše od 70 let. Najpogosteje so v trikotniku kože nad gležnjem in so lahko povezane z (1):

- venskim ekcemom/dermatitisom,
- rjavkasto hemosiderinsko pigmentacijo,
- varicami,
- lipodermatosklerozo (kombinacija induracije, rdeče-rjave pigmentacije in vnetja),
- brazgotinsko belo atrofijo s teleangiektažami (atrophie blanche).

Najpomembnejši del zdravljenja je kompresijski povoj in dvigovanje uda, in sicer za preprečevanje venske hipertenzije. Za izključitev arterijskih bolezni bi morali napraviti dopplersko preiskavo žil na nogah. Pri izbiri obvezilnega materiala sta pomembna dva cilja: rana mora biti vlažna in čista, brez odmrlega tkiva in eksudata. Zdravljenje vodi družinski zdravnik.

80 % razjed se zaceli v 26 tednih (1). Celjenje je počasnejše pri nepomičnih bolnikih, če so razjede zelo velike, prisotne že več kot 6 mesecev ali obojestranske.

Diuretiki so včasih koristni za zmanjševanje otekline.

Antibiotiki so koristni le pri hudih okužbah.

Analgetiki so nujno potrebni.

Kožni presadki so rešitev za trdovratne razjede.

Ustrezne elastične nogavice so potrebne doživljenjsko.

Venska kirurgija lahko pospeši celjenje razjede, vendar dolgoročno ni koristna (1).

Arterijska razjeda

Pojavi se lahko kot ostroroba, boleča ishemična razjeda na nogi ali stopalu. V anamnezi najdemo podatke o klavdikaciji, hipertenziji, angini pektoris ali kajenju. Klinično je noga lahko bleda in hladna. Periferni pulzi so slabi ali odsotni, slišni so šumi nad arterijami. Poraščenost na prizadetem udu je slabša. Predvsem pri bolnikih s sladkorno bolezni jo pogosto pride do razjed oz. nekroz na koncih prstov in na zunanjih robovih stopala, ki so izpostavljeni večjim pritiskom in poškodbam. Senzibilnost je ohranjena.

Diferencialno diagnostično pride v poštev nevropatična razjeda, ki je značilen zapis pri bolnikih s sladkorno boleznijo. Mikro- in makroangiopatija ter nevropatija ob hkratni mikropoškodbi povzročijo klinični sindrom, imenovan diabetična noga. Nevropatična oblika prevladuje pri sladkorni bolezni tipa 1. Osnovna okvara je nevropatija s hipestezijo in analgezijo. Oslabljen je tudi tonus stopala. Porušeni ustroj stopala, topla in suha koža ter gnojna razjeda z nekrotičnim robom in hiperkeratotičnimi robovi so osnovne značilnosti (9) take razjede. Pulzi so tipni.

Zdravljenje je pogosto le kirurško. Pomembna je dobra preventiva: primerna obutev, redno pregledovanje stopal, pravilna nega nohtov in odstranjevanje hiperkeratoze, dobre higienske navade.

Zdravljenje vodi družinski zdravnik, v hujših primerih pa je potrebna napotitev h kirurga.

Zelo pomagajo ortopedski čevlji ali ustrezni vložki. Razbremenitev in počitek sta prvi ukrep ob pojavi razjede in edema (1, 9).

Pri širjenju vnetja v globino je potreben sistemski antibiotik, dokončna rešitev pri ishemiji pa je kirurška vzpostavitev boljše prekrvitve.

Preležanine (dekubitusi)

Najpogosteje se pojavijo pri starejših, negibnih, nezavestnih ali paraliziranih bolničih. Pritisk kosti oziroma sklepa na podlago povzroči ishemijo tkiva.

Večina preležanin nastane v bolnišnicah; 70 % se jih pojavi v prvih dveh tednih bolnišničnega zdravljenja, zlasti pri bolnikih na trakciji. Le 20 do 30 % preležanin nastane v domačem okolju (1).

Kar 80 % bolnikov z globokimi preležaninami umre v prvih štirih mesecih. Anestezijska, kirurgija, dehidracija, urinska inkontinenca in zaprtje lahko stanje še poslabšajo. Tveganje za preležanine je večje pri zmanjšani senzibilnosti kože ter stanjih, ki vplivajo na prekrvitev in prehrano kože (revmatoidni artritis, sladkorna bolezen, periferna žilna bolezen), pri splošnem slabem stanju, slabokrvnosti, nedohranjenosti in edemih.

Po prvih znakih (rdeče–modro razbarvana koža) lahko pride do nastanka preležanine v 1 do 2 urah.

Treba se je ogibati predolgemu ležanju na vozičkih in sedenju na trdih stolih.

Najpomembnejše je prepoznavanje ogroženih bolnikov in preprečevanje preležanin z ustrezno nego, higieno, blazinami proti preležaninam in z lokalno terapijo že obstoječih preležanin.

Posebno pogosto se pojavljajo na petah in križu. Preležanine moramo redno umivati in jih obdržati vlažne. Včasih so potrebni analgetiki ali celo plastična kirurgija, sicer pa lahko take spremembe oskrbuje in zdravi družinski zdravnik.

Vaskulitisi

Uvrščajo se med angiopatije, bolezni malih žil, kot so arteriole, kapilare in venule. Vnetje okvari predvsem endotelij žilne stene.

Klinična slika je lahko zelo pestra – od makuloznih hemoragičnih, urtikarijskih, papuloznih in nodoznih do ulceronekrotičnih sprememb. Odvisna je od lokalizacije, globine in obsežnosti prizadetega tkiva. Vzroki so lahko akutne in kronične okužbe, tuje beljakovine, kemikalije, toksini, zdravila, presnovki, fizikalni dejavniki, sistemske bolezni.

Značilno je, da lezije na pritisk ne pobledijo. Zvišana telesna temperatura in bolečine v sklepih pogosto spremljajo kožne zname vaskulitisa.

Patogenetski mehanizmi pogosto niso povsem pojasnjeni. Večinoma so posledica alergijskih dogajanj; možne so še druge nealergične oziroma neimunske reakcije. Klasifikacije vaskulitisor so zapletene in se zaradi novih spoznanj spreminjajo (1).

- Henoch-Schönleinova purpura spada med nekrozantne vaskulitise. Navadno se pojavi po nogah kot simetrična, palpabilna purpura. Redko je povezana s sistemskimi bolezenskimi znaki. Pogosto se zazdravi sama, z analgetiki in steroidi pa lahko obvladujemo bolečino in pospešimo zdravljenje.
- Poliarteritis nodosa sodi med nekrozantne arteriitise in prizadene predvsem ledvice (2).
- Wegenerjeva granulomatoza je granulomski arteriitis. Sodi v skupino sistemskih vaskulitisor, skupaj s temporalnim (gigantocelularnim) arteriitisom, ki ga spoznamo po močno zvijugani in boleči temporalni arteriji (17).
- Krioglobulinemija (npr. limfom, hepatitis C), disproterinemija (npr. Waldenströmova bolezen) in antifosfolipidni sindrom lahko povzročijo okluzijo žil, ki povzroči vaskulitisu podobno klinično sliko (1).

Poleg lokalnega zdravljenja skušamo odstraniti tudi možne vzroke. V poštev pride tudi imunosupresivno zdravljenje s kortikosteroidi. Taka obravnava sodi v področje specialista revmatologa oz. dermatologa.

Limfedem

Limfedem je nevtisljiv kronični edem, ki nastane zaradi limfatične insuficience. Pogosto se pojavlja na nogah in z leti napreduje. Lahko je primaren (pojavlja se že zgodaj v življenu) zaradi podedovane pomanjkljivosti mezgovnic (npr. Milroyeva bolezen), ali pa sekundaren zaradi zapore mezgovnic (npr. okužba s filariazo, maligna bolezen).

Zdravljenje je uspešno s kompresijskimi nogavicami in z masažo (limfna drenaža). Če pride do vnetja – celulitisa, so nujni antibiotiki. Kirurški posegi niso uspešni. Poleg družinskega zdravnika se s takimi spremembami ukvarja še specialist dermatolog ali flebolog.

Kožni tumorji (novotvorbe v koži)

Kožni tumorji so pogosti, vidni in potencialno nevarni.

Družinski zdravnik jih lahko spremlja na vseh ravneh: preventivno, diagnostično in terapevtsko. Ne le, da stalno spremlja kožne spremembe svojih bolnikov, ampak ima tudi možnost vpogleda v družinsko anamnezo in priložnost z zdravstveno vzgojo vplivati na njihovo obnašanje (sončenje itd.) (18). Benigne kožne spremembe, ki so moteče ali neestetske, naj odstrani specialist plastične kirurgije ali dermatolog, ki vzorce po presoji pošlje na histološki pregled.

Benigni kožni tumorji

Naevi naevocellulares

So najpogosteja kožna znamenja. Vsebujejo nevusne celice – nevocite. Včasih so prirojeni ali pa nastanejo mnogo pozneje, v puberteti. V starosti nekateri izginejo. Belci naj bi po 30. letu imeli povprečno 12 do 30 takih znamenj, povprečno 7 na obrazu (1, 17, 18). Velika večina je pigmentnih, bledorjavkastih do črnih, s premerom nekaj milimetrov in s komaj opazno prominenco ali brez nje (17).

Histološko so nevusne celice sorodne melanocitom in tudi sintetizirajo melanin. Če so zbrane v bazalni usnjici, zlasti v dermoepidermalni (junkcijski, vezni) plasti, jih imenujemo *vezni nevusi (junction nevus)*. Značilni so za zgodnje otroštvo (18).

Nevusne celice sčasoma migrirajo navzdol v usnjico. Celice se namnožijo, zato se tumorji dvignejo nad površino kože. Nahajajo se na dermoepidermalni meji in v zgornji usnjici, značilni pa so predvsem za odraslo obdobje (1) in jih imenujemo kombinirani nevusi. Pigmentacija je navadno enakomerna in omejitve ostra.

Nevusne celice sčasoma izgubljajo sposobnost izdelovanja pigmenta. Skoraj vse se nahajajo v usnjici. Tako znamenje imenujemo *dermalni nevus*.

Naevus coeruleus (plavi nevus)

Je dokaj pogosten, sivo- ali temnomoder in do koruznega zrna velik melanocitni nevus, v katerem so včasih še nevusne celice. Melanociti proliferirajo globoko v usnjici (1).

Nevusi so lahko prisotni že v otroštvu; običajno se namnožijo v puberteti. Posamezniki, ki so občutljivi na sonce, jih imajo več na koži, ki je izpostavljena soncu (npr. več na ekstenzorni strani rok kot na fleksorni). Tudi v nosečnosti se nevusi lahko namnožijo in potemnijo (18).

Verrucae seborrhoicae seniles (starostne bradavice)

Seboroične veruke so med benignimi epiteliskimi tvorbami najpogosteje (18) in nimajo virusne etiologije. Pojavljati se začnejo s tretjim desetletjem starosti, največkrat na sencih, obrazu, hrbitičih rok in podlakov, na zgornjem delu trupa, pred-

vsem na hrbtni, tudi na lasišču. Zrastejo ne le na soncu izpostavljeni, temveč tudi na pokriti koži. So širokopecljate, lahko tudi več milimetrov dvignjene, včasih nagubane, sivo-rjave do črne (17). Zaradi izliva loja med njihove pogosto zelo visoke papile oziroma gube so na dotik nekoliko mastne. Ime izvira iz njihove umeščenosti – zelo pogoste so na seboroičnih mestih – in ne iz njihove sestave: so proliferacija bazalnih celic in ne lojnic (glejte sebacee!) (1).

Zelo redko maligno alterirajo. Na površju so pogoste keratinske ciste.

Zdravljenje: Kriokavstika ali ekskohleacija je največkrat potrebna iz kozmetičnih razlogov. Ekscizija je potrebna zelo redko.

Dermatofibromi

So pogosti tumorji, sestavljeni iz žilja, histiocitov in gostega veziva. Veliki so za lešnik, največkrat kožne barve ali rjavkasti. Površina je gladka. Največkrat jih najdemo na sprednji površini nog, lahko tudi v ustih ali podkožju. Bolniki včasih v anamnezi navajajo predhodno poškodbo ali vbod insekta (1).

Pecljati fibromi (fibroma molle) so zelo mehki, veliki do oreha, pecljati in viseči. Posamezni lahko srbijo, pri praskanju se zatrgajo ali zavrtijo in vnamejo ter nato včasih odpadejo (17).

Štejejo za reaktivne tumorje. Eliptična ekscizija je izbirno zdravljenje, včasih pa je priporočljiva tudi histološka preiskava (18).

Hemangiomi

So zelo pogosti rdeči ali modrikasto rdeči tumorji kože ali sluznic, ki so gobasto sestavljeni iz kapilarnih ali širših, s krvjo napolnjenih endoteliziranih votlinic (17). Dostikrat so prirojeni, lahko pa se pojavijo kmalu po rojstvu. Še vedno razpravljajo o tem, ali gre za hiperplazijo ali tumorje. Posamezni tipi se razlikujejo glede na globino in barvo (18).

Kapilarni nevusi (naevi flammei)

Nastanejo s proliferacijo kapilar v zgornjem dermalnem kapilarnem pleksusu. Pri 40 % novorojencev jih najdemo na glavi ali zatilju (1). Navadno, zlasti kadar ležijo na mediani črti, izginejo v prvem letu življenja.

Zdravljenje zato ponavadi ni potrebno.

Haemangioma cavernosum (kavernozni hemangiom)

Niso prirojeni, ampak se praviloma pojavi v prvem mesecu življenja. Dostikrat ležijo v celoti subkutano in le bledo modrikasto presevajo skozi kožo. Velikokrat sami od sebe eksulcerirajo in zapuščajo depigmentirane, atrofične brazgotine. Večje lezije in kozmetično nesprejemljive lokacije lahko zdravimo z laserjem ali sistemsko s prednizolonom (19, 20).

Angiokeratomi (angioma cherry)

So najpogostnejše dermatološke vaskularne malformacije. Pojavijo se kot drobne, do nekaj milimetrov velike, gladke, temnordeče papule. Z leti so vse pogostejše. Zdravljenje je predvsem kozmetično in vključuje elektrokoagulacijo ali zdravljenje z laserjem (17).

Naevus araneus (angioma stellatum, pajkasti nevus)

Je zelo pogosten. Iz osrednjega, temno rdečega, do leče velikega vozlička, ki včasih pulzira, potekajo drobne kapilaroektazije centrifugalno v obliki zvezdice ali pajk-

vih nog. Navadno so posamični, po neznatni poškodbi ali po žuželčjem piku, največkrat na obrazu. Taki hemangiomi se lahko pojavijo tudi množično eruptivno pri jetrnih boleznih (19).

Keratoakantomi

To so pogosti, hitro rastoči benigni epitelijski tumorji, ki se ponavadi pojavijo solitarno, v obliki gumba bledo rjavkaste ali rdečkaste barve s centralnim kraterjem (1). V vdolbinici je roževinast čep (17). V nekaj tednih ali mesecih sami od sebe izginejo in zapustijo brazgotino. Najpogosteje se pojavi pri moških belcih, starejših od 50 let (19). Predilekcijska mesta so nepokriti deli kože, predvsem obraz in roke. Maligna alteracija ni dokazana.

Klinično je možna zamenjava s spinocelularnim karcinomom.

Zdravljenje je ekszizija v zdravem s hkratno histološko preiskavo. Ker lahko doseže v premeru tudi do 4 cm, predolgo opazovanje ni priporočljivo, ker je – četudi gre za keratoaktanom – končna brazgotina lahko kozmetično zelo neugodna (19).

Lipomi

Lipomi so solitarni, do jabolka veliki, mehki, enkapsulirani, podkožni maščobni tumorji. Nad seboj bočijo nespremenjeno kožo. Ovojnica vzbuja vtis fluktuacije. Maligna alteracija je redka.

Zdravljenje z ekstirpacijo je indicirano iz kozmetičnih razlogov ali za pojasnitev diagnoze hitro rastočih in simptomatskih sprememb (17).

Ateromi (epidermalne ciste)

Ateromi so do otroške pesti velike ciste, ki se pokažejo v zrelih letih, predvsem na lasiču, lahko pa tudi na koži trupa. Navadno so brez las (17). Njihova stena ustrezza zunanji plasti lasne ovojnice. Izvodila nimajo ali pa je komaj nakazano. Vsebina je gosta, belkasta, mastna roževinasta gmota. Ponavadi rupturirajo in se lahko tudi vnamejo.

Zdravljenje je kirurško. Delazmožnost po posegu je odvisna od velikosti in umeščnosti ciste oz. ateroma.

Ganglion

Ganglion je pogost vzrok za obisk ambulante družinskega zdravnika. Je cista iz izbuhnjene ovojnice kit ali sklepov (kot nekakšna kila). Največkrat se pojavi na hrbitišču zapestja, gležnju ali prstih.

Uspešno zdravljenje je kirurško, bolniški stalež pa je potreben vsaj do odvzema šivov.

Keloidi

Keloidi so gladka, pridvignjena, rdeča, trda razrastlina čvrstega veziva. Nastanejo na mestih predhodnih poškodb: opeklin, odrgnin, operacij, globljih vnetnih procesov (npr. akne abscedens). Dostikrat presegajo obseg travme, zaradi katere so nastali, in lahko povzročijo negibnost sklepov (1, 17, 19). Spontani keloidi nastanejo pri izredno močni keloidni dispoziciji verjetno že po neznatnih poškodbah kože, ki se jih bolnik pogosto ne zaveda, in imajo izrazito tumorsko rast. Predilekcijska mesta so na koži, ki je napeta prek trše podlage (npr. nad prsnico, vrh rame, nad velikimi sklepi). Pogosto srbijo. Dovzetnejši so mlajši kot starejši bolniki, ženske bolj kot moški. Družinska dispozicija je pogosta. Pri takih bolnikih so kozmetični operativni posegi zelo tveganji.

Za zdravljenje svetujejo rentgensko obsevanje z mehkimi žarki, masažo s hialuronidozo vsebujočimi mazili, vitamin E, kriokavstiko, tudi intralezijske injekcije kortikosteroiodov (3 do 5) vsake 4 tedne (17, 18). Kirurški odstranitvi navadno sledi še večji recidiv.

Prekanceruze

Keratosis solaris (keratosis actinica, keratosis senilis)

Vidimo jo pri starejših ljudeh na sončni svetlobi izpostavljeni odkriti koži, in sicer na čelu, nosu in ob njem, na uhljih in hrbitičih rok, pa tudi na plešastem lasiču. V starosti se takšne keratoze pojavijo tudi na pokritih, soncu neizpostavljeni koži (17, 18). Dostikrat je koža ob sončnih keratozah vnetno pordela, kar kaže na možnost maligne alteracije. Površina take spremembe je keratozna luska. Če jo je mogoče z lahkoto odstraniti in je pod njo erozija, je maligna alteracija že v teku. Pogosta je pri mornarjih, kmetih in alpinistih. Iz nje se razvije spinocelularni karcinom ali pa bazaliom.

Zdravljenje sodi v domeno specialista in je največkrat kriokavstika, elektrodesikačija ali elektrokoagulacija, morebiti z ekskohleacijo. O diferencialni diagnozi odloča še histološka preiskava.

Pomembna je preventiva, kjer družinski zdravnik lahko odločilno pripomore: svetuje čim manjše izpostavljanje soncu, zaščito kože z obleko in uporabo mazil z zaščitnim faktorjem.

Posebna oblika solarno-senilne keratoze je do fižola velik, izjemoma tudi do več centimetrov dolg trd rožiček – ***cornu cutaneum***. Navadno se naredi na obrazu, redkej je na soncu neizpostavljeni koži.

Pod rožičkom je navadno že razvit droben spinaliom v obliki ploščatega rožnatega infiltrata.

Zdravimo ga z elektrokoagulacijo ali eksenzijo. Opravimo histološko preiskavo glede na velikost (21). Zdravljenje vodi specialist dermatolog.

Levkoplakije

Levkoplakija ni specifičen izraz. Opisuje belo liso na sluznici, ki je ne moremo zbrisati ali je označiti kako drugače (18, 22). Največkrat (v 50 % primerov) leži na sluznici lica, tik za ustnim kotom, ali na sluznici spodnje ustnice, redkeje na jeziku (17, 18). Histološko gre za zadebelitve epitelija, ki jo spremlja rahlo vnetje. Ploskev je belkasto siva, zrcalno gladka ali žametno motna, homogena ali kot mozaik sestavljena, ostro omejena, adherentna. Lahko je palpatorno indurirana. Barva je, razen bele, lahko še siva, rumena ali celo rjava (pri kadilcih). Med dejavnike tveganja za nastanek levkoplakije spadajo tobak (kajenje ali žvečenje), alkohol, okužbe ustne sluznice, kronično draženje (zaradi neustreznega položaja zob ali slabo prilegajoče se proteze), obsevanje ustne sluznice z UV-žarki (23, 24).

Diagnostično moramo levkoplakijo razlikovati od lezij, ki jih s površine sluznice lahko preprosto zbrisemo z gazo (npr. kandidoze), in od drugih specifičnih sprememb, ki jih prav tako ne moremo zbrisati (npr. lichen planus) (18).

Klinična ocena ne zadošča za diagnozo. Približno 10 % levkoplakičnih lezij ima histološke lastnosti invazivnega karcinoma ali pa se kasneje maligno preoblikuje (23).

Terapevtski možnosti sta krioterapija in kirurška eksenzija.

Posebna oblika je *dlakastocelična levkoplakija*, ki jo povezujejo z aidsovim sindromom. Danes jo štejejo za enega zgodnjih dermatoloških opozorilnih znakov, saj 73 % vseh posameznikov s tovrstnimi spremembami zboli za aidsom v 3 letih (24).

Največkrat se pokaže kot asimptomatična, belkasta, nagubana lezija na lateralnih straneh jezika. Podobno kot druge levkoplakije se lahko pojavi na bukalni sluznici, ustnem dnu ali nebu.

Končna diagnoza je možna le z biopsijo. Histološko najdemo zadebeljen epitelij s hiperkeratozo, parakerozo in koilocitozo. Ime »dlakastocelična« se nanaša na dlakaste podaljške keratiniziranega epitelija (18). Pogosto je soobstajanje s kandidozo, vendar gre najverjetneje za virusno levkoplakijo. Izolirali so Epstein–Barrov virus (EBV) in humani papilomavirus (HPV), ne pa HIV. Svetujejo zdravljenje z aciklovirjem (25) pri specialistu dermatologu oz. onkologu.

Mb. Bowen

To so spremembe, ki nastanejo na koži tipično v šestem desetletju življenja kot eritematozne, sivorjavkaste, rahlo elevirane ploskve, pokrite z luskami in pozneje s krasticami (17, 18). So ostro omejene, nastanejo kjerkoli na telesu in nihajo v velikosti od nekaj milimetrov do velikosti razprte dlani. Sprememba je navadno solitarna, redko se pokaže na več mestih hkrati. Potek je izrazito kroničen. Pojavi se na koži, izpostavljeni soncu (v 25 %), v 50 % pa na glavi (26). Redko nastane v ustih, tudi na drugih sluznicah, kot levkoplakija (17).

Zaščita pred takimi spremembami na koži je preventivna uporaba zaščitnih mazil in zakrivanje kože z obleko.

Mb. Bowen lahko ostane dolga leta kot intradermalni karcinom (carcinoma in situ), dokler ne preraste epidermokutane meje kot spinocelularni karcinom z invazivno rastjo in nagnjenostjo k metastaziranju (17).

Zdravljenje je rentgensko obsevanje ali ekscizija, vodi pa ga dermatolog ali onkolog.

Erythroplasia Queyrat

Eritroplazija pomeni rdečo liso in je nespecifičen izraz, analogen levkoplakiji. Podobno kot slednja se tudi eritroplakija pojavlja na sluznicah (17). Vidimo jo v obliki živo rožnate, gladke ali drobnozrnate, vlažne, včasih erodirane ploskve. Pogosta je na prehodnih sluznicah (glansu penisa, notranjem listu prepucija, vulvi). Pogosto prizadene starejše, neobrezane moške s fimozo (17, 18).

Zdravljenje je podobno kot pri Mb. Bowen. Na penisu pod prepucijem je priporočljiv poskus z lokalno citostatsko terapijo (5-fluorouracil, Efudix) (17), in sicer pri specialistu dermatologu ali onkologu.

Lentigo maligna

Nastane med 50. in 60. letom kot solitarna makula na soncu izpostavljeni koži, največkrat na obrazu (17, 18). Velika je do otroške dlani, nepravilno oblikovana, neellevirana, neenakomerno obarvana, od sivo–rjavo lisaste do rdečkaste in črne barve. Ploskev je ponavadi gladka, redkeje hrapava, omejena je ostro policiklično. Prominence, infiltracije ali erozije na njej so že znak maligne alternacije v maligni melanom, ki se počasi razvija sicer več let, a zelo pogosto (17).

Pravočasna in pravilno postavljena diagnoza lahko reši življenje. Potrebna je napotitev k dermatoonkologu, plastičnemu kirurgu ali onkologu (18).

Kongenitalni nevomelanocitni nevus

So prirojena kožna znamenja, ki jih delimo v dve kategoriji: majhna so manjša od 1,5 cm, velika pa večja od te mere. Za majhna znamenja je življenjsko tveganje za razvoj malignega melanoma 5 %, za večja, ki lahko prizadenejo večji del trupa, pa 6,3 do 10 % (25, 27).

Številni strokovnjaki svetujejo ekscizijo teh znamenj v otroštvu, da bi zmanjšali možnost nastanka malignega melanoma (18).

Maligni kožni tumorji

Najpogosteje kožne novotvorbe sodijo v eno od treh kategorij: bazocelularni karcinom, spinocelularni (planocelularni) karcinom in maligni melanom (MM). Incidenca nemelanocitnih kožnih karcinomov v svetu naj bi bila 19 na 100.000 (26). Ker bazo- in planocelularni karcinom pogosto nista prijavljena niti registrirana, njuna prava incidenca ni znana.

Vse primarne kožne novotvorbe so povezane z izpostavljenostjo ionizirajočemu sevanju (18).

V Sloveniji zbolevnost za malignim melanom od leta 1980 dalje strmo narašča. V drugi polovici 80. let je letno zbolelo 45 moških in 60 žensk, v letih 1994 do 1996 pa že povprečno 82 moških in 93 žensk. Pred 15. letom starosti je pri nas izjemno redek, zbolevnost pa narašča od 75. leta (28).

Hkrati z naraščanjem aidsa se veča tudi pojavnost Kaposijevega sarkoma, ki sicer ni definitivni znak aidsa, je pa povezan z imunsko neodpornostjo teh bolnikov (18).

Bazocelularni karcinom (bazaliom)

Nekateri ga štejejo med semimaligne tumorje, ker lokalno sicer infiltrira in razdira, vendar so metastaze velika in še danes sporna izjema (17). Kar 90 % lezij nastane na soncu izpostavljeni koži, tretjina na nosu, s pojemajočo pogostnostjo pa v nazolabialni gubi, na nosu, v notranjem očesnem kotu, na licih, zgornji ustnici, čelu in včkah (17, 18). Izjemno redki so na pokriti koži (1). Največkrat nastane na zgornjih dveh tretjinah obraza.

Nodularna oblika bolezni se pojavi kot biserovinasta ali voščeno prosojna, rožnata papula ali nodus s teleangiektatično površino. Videti je kot mehur, z dotikom ugotovimo, da je trd (18). Raste počasi, v sredini razpade (*basalioma exulcerans*). Nato se širi v obliki infiltrata z dvignjenim robom, ki ponekod kaže voščene bisere, drugod včasih drobne ulceracije (1).

Kadar je ulceracija še posebej izrazita, govorimo o tumorju *ulcus rodens*, ki lahko uničuje fascije, kosti in meninge (17). Za seboj pušča atrofično brazgutino (b. sclerodermiformis), včasih je neenakomerno pigmentiran (b. pigmentosum) in včasih je podoben Mb. Bowenu ali Pagetovemu karcinomu (*basalioma pagetoides*) (17).

Lahko se pojavijo tudi eruptivno kot multipli bazaliomi, celo na pokritih delih trupa.

Zdravljenje bazaliomov je zelo različno ter individualno prilagodljivo in tudi uspešno. Bolnika čim prej napotimo k dermatologu ali onkologu.

Zdravljenje mora biti čimprejšnje in radikalno. Medsebojno si konkurirata rentgensko obsevanje in ekskizija. Pri obeh metodah ozdravitev presega 95 % (17). Uspehi elektrokoagulacije niso vselej popolnoma prepričljivi; 5-fluorouracil je uporaben samo pri zelo povrhnjih lezijah.

Spinocelularni karcinom (spinaliom, carcinoma planocellulare)

Je dosti manj pogosten kot bazaliom (razmerje je nekako 1 : 3). Največkrat nastane na spodnji tretjini obraza. Raste dosti hitreje kot bazaliom. Širi se destruktivno infiltrajoče in nagiba k metastaziranju, najprej v regionalne bezgavke (17). Navadno nastaja solitarno, multipli tumorji pa se pojavijo pri imunsko neodpornih bolnikih, npr. prejemnikih ledvičnih presadkov itd. (1).

Začne se kot majhen, nepridvignjen ali minimalno pridvignjen, dostikrat hiperkeratotičen, lahko pa tudi gladek, včasih rožnat, trd, neboleč infiltrat. Dalje raste predvsem navzven (eksofittično), kot gomoljast ali cvetačast tumor. Nato razpade; robovi nastalih ulceracij niso vzdignjeni (17).

Histološko so sestavljeni iz velikih, s plazmo bogatih celic, ki so urejene kot v spinozni plasti epidermisa (18).

Spinaliom spodnje ustnice zajema pri moških polovico vseh karcinomov na obrazu. Zelo znan je karcinom kadolcev pipe, pri čemer se etiološki pomen kajenja precenjuje. Mnogo pogostejši vzrok so klimatsko degenerativne spremembe spodnje ustnice (1, 17, 18).

Spinaliom se lahko pojavi tudi na sluznici ust in genitalij, hitro metastazira v submandibularne in ingvinalne bezgavke; prognoza je slaba.

Zdravljenje vodi specialist dermatonkolog.

Pri spinaliomih, manjših od 2 cm, je izbirno zdravljenje ekszicija v zdravem, še posebno, če je histološko kontrolirana.

Pri obsežnejših spinaliomih dajemo velikokrat prednost rentgenskemu obsevanju.

Po končanem zdravljenju je treba bolnika opazovati še najmanj 5 let (17).

Maligni melanom (melanomalignom)

Zaradi svoje močne nagnjenosti k metastaziranju in visoke smrtnosti je maligni melanom (MM) najbolj zaskrbljujoč od vseh kožnih malignomov (18). Večje tveganje zanj imajo ljudje, ki so bili močno izpostavljeni soncu, taki, ki jih sonce prej opeče, kot porjavijo, in tisti z družinsko anamnezo za maligni melanom (18).

V 20 % primerov nastane na zdravi koži, v 20 do 40 % pa z maligno transformacijo nevoceličnih in melanocitnih nevusov ali iz malignega lentiga (20 %) (17). Predvsem junkcijski nevusi (glejte Benigni kožni tumorji!) se histološko hitro spremenijo. Čeprav je njegov delež le 3 % malignih tumorjev kože, pa zajema kar dve tretjini smrti zaradi kožnega raka (18).

Nevus, ki kaže na možnost maligne alteracije, imenujemo nevus prekursor (17). Makroskopsko naj bi bil njegov premer večji od 5 mm, nepravilne oblike in z, zabrisanim robom, ki je tudi policikličen.

Barva je rjava ali sivo-rjava, neenakomerna, pogosto ima tanek, komaj opazen rdečkast rob.

V anglosaksonski literaturi (1, 18) se pri ocenjevanju suspektnega nevusa držijo praktičnega pravila ABCDE: A – asimetrija, B – border (rob), C – colour (barva), D – diameter (premer), E – elevation (pridvignjenost). Sumljivi so asimehični, neostro omejeni, neenakomerno obarvani in več kot 5 mm v premeru pridvignjeni nevusi.

Znaki in simptomi, ki so lahko sumljivi, so: srbenje, pečenje, bolečina, luščenje, krusta ali krvavitev (18). Kateri koli od naštetih znakov ali njihova kombinacija je indikacija za napotitev k specialistu.

Veliko vlogo pri spremeljanju sumljivih znamenj ima opazovanje (17), ki ga izvaja bolnik sam, svetuje pa mu pristojni družinski zdravnik.

Maligna alteracija nastane posebno pogosto, kadar nevuse nenehno nekaj draži, npr. drgnjenje obleke ali obuvala, pasu, ovratnika, naramnic, nedrčka. Sumljive nevuse opazujemo tudi na podplatih, dlaneh, ležiščih nohtov ali na sluznicah ust in spolovila (29).

Pri sumljivih nevusi je potrebna takojšnja, popolna ekszicija, zanesljivo v zdravem, obenem s histološko preiskavo.

Za odstranitev nevusov velja pravilo: če ležijo na mestu draženja, je zaradi možnosti alteracije potrebna ekszicija v zdravem.

Nevusi so odporni proti rentgenskim žarkom.

Metastazna bolezen sodi k specialistu onkologu.

Vloga družin. zdravnika in vladnih organizacij je svarilo pred pretiranim sončenjem (1).

Za prognozo bolezni je odločilna debelina malignega melanoma.

Mejo, za katero naj bi bilo potrebno sistemsko zdravljenje, postavljajo pri 0,7 oz. 1 mm (18, 22, 28).

Kaposijev sarkom

Je tumor iz vaskularnega in limfatičnega endotelija, ki se pokaže v obliki vijoličastih nodulov in eflorescenc z nepravilnim razporedom po koži obraza, glave in zgornjega dela trupa (1, 17). Nagibajo se k razpadu.

Prizadete so tudi bezgavke. 35 do 40 % vseh bolnikov z aidsom ima tudi Kaposijev sarkom; nedavne raziskave govorijo o nekoliko nižji, 15-% incidenci (18).

Lahko se pojavi kjer koli; tudi na dlaneh, podplatih, sluznicah in praktično vseh organih, razen na možganih.

Trije tipi Kaposijevega sarkoma imajo povezavo s herpesvirusom tipa (, a udeleženi morajo biti tudi drugi dejavniki, saj je s tem virusom okuženih 25 % populacije ZDA (1).

Kaposijev sarkom pri aidsu moramo razlikovati od njegove endemske afriške oblike in sarkoma pri bolnikih s presajenimi organi, ki se dolgotrajno zdravijo z imuno-supresivnimi zdravili (17).

Zdravljenje ni uspešno in pomeni doživljenjski problem za bolnika. Možni so individualizirani kozmetični ukrepi: lokalna ekszizija, krioterapija, laserska ablacija. V poštev pride tudi agresivnejše zdravljenje (intralezijska in sistemski kemoterapija), vendar brez spremembe v prognozi.

Motnje v pigmentaciji

Melanin ima zaščitno funkcijo proti UV-žarkom in je edini v koži avtohtono ustvarjeni pigment. Poleg njega so v koži še trije pigmenti: oksihemoglobin, hemoglobin (reducirani) in karotin. Hemosiderin je kot pigment manj pomemben.

Melanociti so nosilci melanogeneze, ki jo vodi encim tirozina. Prek zapletenih biokemičnih reakcij, predvsem deoksidacije DOPA, končno nastane melanin (17).

Hiperpigmentacije

Fiziološka pigmentacija se pojavi po sončenju (pigmentatio solaris); deloma fiziološke pigmentacije so chloasma gravidarum, ne tako fiziološke pa melanotične pigmentacije ustnične sluznice.

Chloasma cosmeticum nastane zaradi dolgotrajne uporabe vazelinskih mazil, posebno takih, ki vsebujejo eterična olja. Pojavijo se zlasti okoli ust in oči (melanosis perioralis et bucalis). Hormonske hiperpigmentacije, podobne kloazmam, nastanejo pri hipertirozi ali zaradi jemanja kontracepcijskih sredstev. Bolnika napotimo k specialistu dermatologu oz. plastičnemu kirurgu, kadar so spremembe estetsko zelo moteče.

Sončne pege (ephelides)

So autosomno dominantno dedne. Pokažejo se v mladosti kot majhne rjave makule na soncu izpostavljeni koži (1, 17): na obrazu, na nadlaktih in podlaktih. Modro- in zelenooki, svetlolasi in rdečelasi jih imajo več, ker so najbolj občutljivi za UV-žarke. Najtemnejše so poleti, pozimi pa zbledijo. Melanociti v pegah niso bolj številni, ampak izdelujejo več melanina.

Lentigines

Za lečo velike lise, ki so sestavljene iz pomožnih melanocitov, nastanejo v otroških

letih, nekaj pa tudi pozneje, v puberteti. Nimajo predilekcijskih mest (na odkriti koži) in so permanentne (pozimi ne zbledijo). Zdravljenje ni potrebno.

Lentigo senilis

Je starostna pega, sivo-rjava do skoraj črna, ostro omejena, nepravilno oblikovana, povprečno velika za noht ali večja. Pojavlja se vedno na nepokriti, soncu izpostavljeni koži in pozimi ne obledi. Zdravljenje je potrebno pri diagnostično težavni razmetitvi z malignim melanomom (1).

Metabolične in endokrine motnje

Generalizirana hiperpigmentacija kože je pogosto povezana z jetrnimi boleznimi, posebej s hereditarno hemokromatozo (1).

Znane so difuzne hiperpigmentacije pri Addisonovi bolezni, s poudarjeno pigmentacijo palmarnih linij in ustne (bukalne) sluznice (17).

Pri boleznih notranjih organov lahko kožo obarvajo tudi druga barvila (bilirubin ali biliverdin ali oba pri ikterusu; glejte poglavje Kožni znaki sistemskih bolezni!).

Peutz–Jeghersov sindrom

Nekateri ga štejejo tudi med fakomatoze.

Na sluznici ust in na ustnicah se pojavijo številne lise lentigines, pa tudi širše pigmentacije, ki so združene z gastrointestinalno polipozo (1,17). Bolezen praktično nikdar ne postane maligna, zato posebna terapija ni potrebna.

Urticaria pigmentosa (kožna mastocitoza)

Največkrat se začne v ranih otroških letih, včasih pa tudi pri odraslih. Navadno je benigna in spontano izgine. Na koži je največkrat videti rjavkaste ali sivorjavkaste, od leče do otroške dlani velike makule, ki so reaktivne: pri drgnjenju, vročem ali mrzljem dotiku zaradi sproščanja histamina, heparina in serotonina; iz mastocitoma urtičarijsko elevirajo in zmerno srbijo (Daricrov znak) (1, 17). Urtike so izjemoma hemoragične ali vezikularne. Občasno se pojavijo sistemski znaki: kihanje, zardevanje, sinkope ali driska, ki so posledica obilne degranulacije tkivnih bazofilcev v koži.

Anafilaksa je redka, sprožijo jo aspirin in opiat. Pri otrocih spontano mine, pri odraslih je persistentna.

Tkvni barifilci redko infiltrirajo notranje organe (sistemska mastocitoza). Razraščajo se v bezgavkah, kostnem mozgu, vranici, jetrih, črevesju, koži. Infiltracija kostnega mozga povzroča hude bolečine. Bolezen lahko mine spontano ali pa se konča smrtno ob levkemični sliki s hudimi spremembami sklepov in s hepato- in splenomegalijo (1, 17).

Hipopigmentacije

Albinizem

Albinizem je prirojena hipopigmentacija zaradi popolne odsotnosti melanina (17).

Na albinski koži so lasje in dlake beli, šarenice pa rdeče ali bledo modre. Bolezen je avtosomno recessivno dedna (1). Melanociti so sicer navzoči, vendar ne izdelujejo melanina. Značilna sta fotofobija in nistagmus, lahko se pojavljajo tudi duševne motnje.

Zdravljenje sestavlja preventivni ukrepi proti soncu in opeklbam, ki na takšni koži zaradi odsotnosti melaninske zaščite hitro povzročijo prekancezore in karcinome (17).

Vitiligo

Vitiligo je pogosta depigmentacijska motnja, ki ima verjetno avtoimunsko etiologijo. Prizadeti imajo pogosto sorodnike z drugimi avtoimunskimi boleznimi (1).

Bolezen se pojavi v otroštvu ali zgodnji odrasli dobi z ostro omejenimi, nepravilno oblikovanimi ploskvami popolnoma bele, depigmentirane kože.

Okolina je blago hiperpigmentirana. Po izdatnem sončenju se na vitiliginozni koži pojavi eritem, ki pa ne zapusti pigmentacije. Če se vitiligo pojavi na poraščeni koži, postanejo tudi lasje oz. dlake beli (29). Lezije se pojavijo simetrično na obrazu, po rokah in genitalijah (17). Spontana ponovna pigmentacija je možna in se največkrat začne okoli lasnih foliklov (1).

V vitiliginozni koži ni več melanocitov. Morda gre za moteno absorpcijo vitamina B₁₂, kar povezujejo s kroničnim gastritisom, ki je pri vitiligu razmeroma pogosten. Včasih je bolezen družinska, možna je tudi avtoimunska etiologija (29).

Zdravljenje je nezadovoljivo. Priporočajo velike odmerke vitamina B₁₂ in C. Dostikrat se uporablja PUVA (del spektra ultravijoličnih žarkov) oz. lokalna uporaba rastline Ammi mauis (meladinin). Uspešno je prekrivanje obledene kože s posebnimi kozmetičnimi barvili Covermark (17).

Z zdravljenjem se ukvarjajo specialisti dermatologi.

Postinflamacijska hipopigmentacija

Najbrž je najpogostnejši vzrok za bledo kožo. Pogosteje je pri ljudeh s pigmentirano kožo. Vidimo jo lahko kot posledico ekcema, akne ali psorize in je neredko vzrok za obisk pri zdravniku (29). Če je osnovna bolezen ustrezno zdravljena, se bo pigmentacija v nekaj mesecih obnovila (1).

Medikamentozni eksantem

Medikamentozni eksantemi so neželene posledice vnašanja zdravil, ki so lahko toksična in teratogena ali pa povzročajo celo alergične reakcije (1, 17). Neupravičena uporaba in nenehno naraščanje števila različnih zdravil povzročata vse več medikamentoznih eksantemov.

Reakcije se odvijajo po enem od številnih tipov alergične preobčutljivosti. Pri anafilaktični reakciji (I. tip) nastanejo predvsem eritemi in urtike; pri citotoksični reakciji (II. tip) nastanejo purpurozne spremembe; III. tip je reakcija imunskega kompleksa, alergični vaskulitis in serumska bolezen, ki jo ponavadi spremlja tudi urtikarija; pri pozni alergični reakciji IV. tipa nastanejo ekcematoidni medikamentozni dermatiti, multiformni in nodozni eksantemi, fiksni eritem in verjetno tudi Lyellov sindrom (17).

Urtikarijski medikamentozni eksantemi so mnogokrat posledica intolerančnega sindroma. Posebno pogostna in poznana je intoleranca za aspirin in nekatere analgetike.

Pri nastanku medikamentoznih eksantemov včasih posredujejo tudi fotosenzibilizacija, dispozicija (v poteku nekaterih infekcijskih bolezni) in prirojeni encimski defekti. O nastanku medikamentoznega eksantema odločajo senzibilizacijska sposobnost zdravila, individualna odzivnost organizma in genski dejavniki (1).

Z gotovostjo lahko trdimo, da izpuščaj sproža določeno zdravilo, če:

- je posledica jemanja določenega zdravila (doba izpostavitve je včasih zelo kratka, lahko pa traja tudi 10 dni),
- izgine, ko ukinemo jemanje določenega zdravila,
- se ponovi, če ga ponovno uvedemo (18).

Pri ponovni uvedbi zdravila moramo biti zelo previdni.

Medikamentozni eksantemi nastanejo hematogeno in so zato simetrično razporeje-

ni. Pokažejo se na koži, lahko tudi na sluznicah, in so različno oblikovani izpuščaji. So neznačilni in radi posnemajo morfološko sliko nekaterih, sicer dobro poznanih dermatoz (17).

Srbež je posebno v začetku edini znak preobčutljivosti za zdravilo. Pri nekaterih ludih oblikah se bolniki počutijo slabo, imajo zvišano temperaturo, glavobol, prebavne motnje itd.

Posebna oblika medikamentoznega eksantema je ***erythema (exanthema) fixum***.

Na enem ali več mestih na koži nastane ostro omejen cirkumskriptni eritem, ki je včasih rahlo infiltriran, pozneje postane sivkast. Pri ponovnem izbruhu se pokaže vselej na istem mestu.

***Necrolysis bullosa toxica Lyell* (Lyellov medikamentozni sindrom)**

Je najhujša oblika alergične toksične kožne reakcije na zdravila (17). Bolezen je redka, lahko nastane v vsaki življenjski dobi in je smrtno nevarna. Najverjetnejše gre za alergično reakcijo poznegata tipa. Kmalu po zaužitju zdravila se na koži pojavijo generalizirani, ošpicam podobni izpuščaji, po nekaj urah pa veliki mehurji, napolnjeni s serozno tekočino. Mehurji hitro popokajo in nastane epidermioliza. Telesna temperatura je zvišana, grozi zadušitev; smrtnost v prvem tednu bolezni znaša 30 %. Zapleti nastanejo zaradi okužbe. Tak bolnik nedvomno sodi v bolnišnico; za prognozo je odločilno, da bolezen hitro prepoznamo.

Tabela 4 prikazuje nekatere medikamentozne eksanteme in njihovo etiologijo (1, 31).

Tabela 4.

Morfološki tipi medikamentoznih eksantomov in nekateri najpogostejši povzročitelji

| Tip reakcije | Zdravilo, ki jo povzroča |
|---|--|
| anafilaksija | aspirin, nesteroidni antirevmatiki, penicilin, sulfonamidi, serum (živalskega izvora) |
| erythema fixum | aspirin, barbiturati, nesteroidni antirevmatiki, fenolftalein, sulfonamidi, tetraciklini, paracetamol |
| lupoidne erupcije | hidralazin, hidrokortiazid, izoniazid, metildopa, prokainamid, kinidin, penicilamin |
| makulopapulozni (morbiliformni) spuščaj | barbiturati, gentamicin, izoniazid, penicilin in derivati, fenotiazini, fenitoin, kinidin, sulfonamidi, tiazidi |
| fotosenzitivnost | amiodaron, klopromazin, furosemid, grizeofulvin, metotreksat, fenotiazini, kinidin, sulfonamidi, sulfonilurea, tetraciklini, tiazidi |
| urtikarija | aspirin, antibiotiki, nesteroidni antirevmatiki, opati, radiokontrastna sredstva |
| vezikularne erupcije | barbiturati, kaptopril, klonidin, naliksidična kislina, penicilin, piroksikam, sulfonamidi |
| vaskulitis | zlato, hidralazin |
| pigmentacija | minociklin (črna), amiodaron (siva) |
| pustula | karbazepin |
| eritema nodosum | sulfonamidi, oralni kontraceptivi |
| eritema multiforme | barbiturati |
| akneiformni | kortikosteroidi |
| lichenoidni | klorokvin, tiazidi, zlato |
| psoriazi podobni | metildopa, zlato |
| toksična epidermalna nekroliza | penicilin, kotrimoksazol, karbazepini, nesteroidni antirevmatiki |
| pemfigus | penicilamin, zaviralci ACE |
| eritroderma | zlato, sulfonilurea, alopurinol |

(povzeto po: Kumar PJ, Clark ML. Clinical medicine in po Van Dume Dj, Bronzena SJ: Common Dermatoses)

Bolezni las

Za razpoznavanje etiologije lasnih bolezni je nujno poznavanje njihove fiziologije.

Lasje se pojavijo v devetem embrionalnem tednu. Po rojstvu ni več neogeneze lasnih foliklov. Število in aktivnost foliklov sta dedno določena, pomembno pa je tudi delovanje hormonov, zlasti androgenov. Vsak las ima dedno določen ciklus, ki ni usklajen z drugimi folikli.

Ločimo tri obdobja:

- anageno, ki traja 3 do 6 let (las raste 0,35 mm na dan);
- katageno ali prehodno obdobje (traja le nekaj dni, las preneha rasti, morfološko se spremeni);
- telogeno (las se pomika navzven in po treh do štirih mesecih izpade).

Trihogram je preiskava las pod mikroskopom z 10- do 30-kratno povečavo. Na človeškem lasišču je 4 do 24 % las v telogenem obdobju, 1 % v katagenem in preostali (večina) v anagenem obdobju. Na lasišču je približno 100.000 foliklov, ciklus traja 1000 dni, fiziološko pa dnevno izpade 100 las (17, 31).

Spremembe in bolezni las so lahko dedne ali pridobljene, začasne ali trajne, nastanejo kot posledica delovanja eksogenih ali endogenih dejavnikov (1).

Bolezensko izpadanje las (alopecija, effluvium capillitii)

Poznamo dve glavni kategoriji patološke izgube las.

Povezani sta bodisi s trajnimi spremembami na lasišču (folikli se zravnajo, na lasišču se pojavijo brazgotine) ali brez njih (telogeni in anageni efluvium, hormonski vzroki itd.) (17, 31).

Tabela 5 prikazuje pregled nekaterih vzrokov za izpadanje las (1).

Tabela 5.

Nekateri vzroki alopecij

| Trajne spremembe na lasišču | Brez sprememb lasišča |
|------------------------------|--|
| diskoidni lupus eritematoses | androgena alopecija |
| tinea capitis | telogeni efluvium |
| lichen planus | anageni efluvium |
| disekcijski celulitis | alopecia areata |
| obsevanje X | trichotillomania |
| idiopatične spremembe | tinea capitis trakijska alopecija metabolični vzroki (pomanjkanje železa, hipotiroidizem) zdravila (npr. heparin, isotretinoin, kemoterapija) |

(prijeteno po: Kumar PJ, Clark ML. Clinical Medicine)

Alopecija je definirana kot odsotnost las z območij, kjer so normalno prisotni. Povavlja se v vseh starostnih obdobjih (31).

Alopecija s trajnimi spremembami lasišča

Poleg bolezni in stadijev, naštetih v tabeli 4, sodijo med vzroke trajnih sprememb na lasišču tudi kemične poškodbe, opeklne in razvojne motnje. Vsem skupni lastnosti sta propad foliklov in nepovratno brazgotinjenje. Etiologijo najpogosteje ugotovimo z biopsijo.

Z zdravljenjem osnovnega vzroka lahko preprečimo nadaljnjo izgubo las (1, 32).

Alopecija brez poškodb na lasišču, z ohranjenimi folikli

Androgena alopecija je zelo pogosta, odvisna od genetskih dejavnikov in nenavadne občutljivosti za androgene (1). Pri moških je ne štejemo za bolezen, pri ženskah pa zajema 90 % vseh alopecij. Pogosto so vzrok policistični ovariji, ki izločajo androge ne, zdravila z androgenim delovanjem ali preobčutljivost lasnih foliklov za normalno količino androgenov (17). V hujših primerih je potrebna napotitev k endokrino logu oz. ginekologu, v večini primerov pa obravnava take spremembe izključno družinski zdravnik.

Pri mlajših moških se ponavadi začne z redčenjem las na temenu, pozneje se lahko razvije popolna alopecija; dedna je avtosomno dominantno z nepopolno penetracijo (31).

Pri ženskah se začne pozneje, je blažja in lasje se običajno le močno razredčijo, redko pa popolnoma izpadajo. Včasih se pojavi še druga znamenja hiperandrogenizacije (hirsutizem, akne) (1). Ker 50 % belih moških ima po 50. letu občutno izgubo las (32).

Zdravljenje je antiandrogeno, peroralno. Nekateri svetujejo tudi lokalno zdravljenje z 2%-minoksidrom.

Telogeni efluvium je difuzna oblika alopecije in navadno vodi v razredčenje las, ne pa v popolno plešavost (31). Nastane tri mesece po nosečnosti ali hudi bolezni, ker stres več las hkrati postavi v telogeno fazo (1). Ker slednja ponavadi traja 100 dni, se ravno v tem času po stresnem dogodku začne pospešeno izpadanje las, lahko tudi do 1000 na dan (17). Ko sprožilni dogodek ni več prisoten, se v približno 100 dneh stanje popravi samo od sebe.

Stres je lahko fizičen ali psihičen. Nekatera zdravila, kot so oralni kontraceptivi, blokatorji beta in retinoidi, lahko privedejo do enake bolezenske slike. Telogeni efluvium nastane lahko tudi zaradi nedohranjenosti in hipo- ali hipertiroidizma (32). Biopsija ponavadi ni potrebna. Potrebna pa je diagnoza in zdravljenje osnovnega vzroka. Bolnika pomirimo z zagotovilom, da ta oblika alopecije ni trajna.

Anageni efluvium je lahko difuzne oblike ali krajevno omejen kot alopecia areata. Vzrok so največkrat zdravila, npr. kemoterapevtiki, lahko pa tudi alopurinol, bromokriptin, levodopa, iradiacijsko zdravljenje, nekatere endokrine motnje. Izguba las je nenadna, v velikih količinah (31) in kmalu po sprožilnem dogodku. Po odstranitvi osnovnega vzroka se običajno popravi sama od sebe.

Alopecia areata je pravzaprav oblika anagenega efluviuma. Lahko se pojavi v vseh starostnih obdobjih, najpogostejša pa je pri mlajših osebah od 25 let. Na povsem normalnem lasišču se pojavi lise popolnoma brez las, folikli pa ostanejo ohranjeni. Na robu teh pleš lase z lahkoto izpulimo; pod mikroskopom vidimo, da so proti lasni čebulici vse ožji in imajo obliko klicaja. To naj bi bil značilen znak za alopecio areato.

Vzrok ni znan; avtorji menijo, da gre za avtoimunsko bolezen (17, 32). Stanje je lahko povezano z nekaterimi boleznimi, kot so diabetes mellitus, Hašimotov tiroiditis, perniciozna anemija, vnetna črevesna bolezen.

Bolezen se v 5 letih pogosto zazdravi sama. Prvi lasje, ki zrastejo na plešah, so navadno beli. Redko napreduje do popolne plešavosti (alopecia totalis) ali do izgube vseh dlak na telesu (alopecia universalis). Včasih se po ozdravitvi čez leta spet ponovi (33).

Lokalno in sistemsko zdravljenje s kortikosteroidi ima različen uspeh. Antralin, di-nitroklorobenzan in katrani pospešujejo rast las med zdravljenjem.

Čezmerna poraščenost

Hirsutizem

Je čezmerna poraščenost moškega tipa pri otrocih in ženskah. Lahko je simptomatična (bolezen žlez z notranjim izločanjem), povzročena z nekaterimi zdravili (an-

drogeni in anabolni hormoni, derivati progesterona, kontracepcijske tablete), idiopatična ali znamenje nekaterih sindromov (17).

V povezavi z motnjami menstrualnega ciklusa je nujna obravnavna pri endokrinologu oziroma ginekologu. Nekateri tipi žensk, npr. mediteranski in arijski, kažejo bolj moško poraščenost kot severnoevropejski.

Zdravljenje je etiološko. Za ublažitev psihične prizadetosti so včasih uspešni beljevanje dlak, odstranjevanje z voskom, elektroliza ali laserska terapija (1).

Hipertrikoza

Je čezmerna dlakovost, ki je lahko prirojena ali pridobljena, generalizirana ali circumskriptna. Lahko se pojavi kjer koli po telesu pri obeh spolih (17).

Pogosto je povezana z anoreksijo, nervozo, s porfirijo kutaneo tardo, z malignimi boleznimi; povzročajo jo tudi nekatera zdravila (ciklosporin, minoksidil). Vzrok naj skuša opredeliti družinski zdravnik, ki nato bolnika napoti k ustreznemu specialistu.

Bolezni nohtov

Številne bolezni se zrcalijo na nohtih, vendar družinski zdravnik njihov pregled pogosto zapostavlja in spregleda (32). Spremenijo se lahko oblika, kakovost in barva nohtov (17). Spremembe na nohtih so lahko znak nekaterih kožnih in sistemskih bolezni, pogosto pa tudi posledica poškodb, vnetij in tumorjev pod nohtom ali bližu njega.

Onychomycosis

Onihomikoze so okužbe nohtov z glivicami, ki lahko prizadenejo nohte na prstih rok in nog, pogosteje slednjih. Povzročitelji so najpogosteje *Candida albicans*, *Trichophyton mentagrophytes* in *Trichophyton rubrum* (32).

Najprej se ponavadi pojavi bele lise vzdolž roba nohtne ploščice. Sčasoma se noht dvigne, na njem se pojavi strije in pod njimi hiperkeratoza. Končno postane noht rumenkast, moten in krhek; zaradi nepravilne obutve povzroča bolečine.

Zdravljenje je dolgotrajno, zato naj bi pred začetkom diagnozo potrdili tudi mikroskopsko. Lokalno zdravljenje z antimikotiki je le redko učinkovito; sistemsko zdravljenje traja navadno 6 mesecev in terja spremljanje jetrnih encimov (pred začetkom zdravljenja in v rednih presledkih med njim).

Zelo deformirane nohte lahko zdravimo s kirurško odstranitvijo in lokalnim zdravljenjem okuženega ležišča (32).

V večini primerov vodi zdravljenje izključno družinski zdravnik.

Onychoschysis (lamelarna distrofija)

Je cepljenje nohta na prostem robu, največkrat na rokah. Vzroki so zunanj, mehanični in fizikalno-kemični (igranje instrumentov, prepogosto umivanje, manikiranje, grizenje, lakiranje, delo v vlagi), včasih tudi pomanjkanje železa (17).

Pogosto se v ambulanti družinskega zdravnika oglasijo predvsem ženske s tovrstnimi težavami. Etiološki vzrok skušamo odstraniti; svetujemo uporabo zaščitnih rokavic in odsvetujemo agresivna pomivalna sredstva.

Vraščeni nohti

So najpogosteji na nožnem palcu. Vzrok je največkrat poškodba, ozki čevlji, nepravilno striženje nohtov. Mehko tkivo preraste in obliterira nohtni sulkus. Rob nohta

raste, draži mehko tkivo in povzroča bolečino, proliferacijo mehkega tkiva in okužbo (paronihijo) (32).

Kadar obilno granulacijsko tkivo onemogoča konservativno zdravljenje, je treba del nohta kirurško odstraniti. Če je prisotna tudi znatna okužba, je potrebno večdnevno sistemsko zdravljenje z antibiotiki za pomiritev vnetja mehkih tkiv (34).

Vendar zdravljenje okužbe izključno z antibiotiki in brez kirurške intervencije ni uspešno (35).

Operiramo pod lokalno anestezijo in v aseptičnih pogojih (Esmarchova preveza na bazi prsta). Hipertrofično granulacijsko tkivo odstranimo hkrati z delom nohta in matriksa.

Dokler se ležišče ne zaceli, je potrebna antiadhezivna gaza (vazelinska, mepitel).

Subungvalni hematom

Je pogosta posledica poškodbe nohtne ploščice. Krvavitev pod nohtom je boleča zaradi odstopa nohtne ploščice od matriksa. Glede na mehanizem poškodbe je koristen rentgenski posnetek poškodovanega prsta za izključitev frakture distalne falange (32).

Zdravljenje v zgodnjem obdobju po poškodbi je odstranitev krvi izpod nohta. Prebodemo ga z razžarjeno injekcijsko iglo (ali drugim ostrim kirurškim instrumentom) in iztisnemo kri izpod nohta. Le-ta bo ostal zabarvan, dokler noht popolnoma ne izraste. Nezdravljen subungvalni hematom se lahko zagnoji; potem je potrebna delna ablacija nohta.

Literatura:

1. Kumar PJ, Clark ML. Clinical medicine 4th edition. WB. Saunders Company Ltd. London, 1999.
2. Rozman B. Imunsko odvisne bolezni. V: Interna Medicina. Kocijančič A, Mrevlje F, eds. EWO : DZS, Ljubljana, 1998: 921–957.
3. Norris TE. Rheumatoid arthritis and related disorders. V: Taylor RB ed: Family Medicine New York: Springer Verlag, 1993: 899–908.
4. Klippel JF, ed. Systemic lupus erithematosus. Rheum Dis Clin North Am 1988; 14: 1–35.
5. Young EA, Stear V, Medsger TA Jr. Sistemic sclerosis without Raynaudis phenomenon. Arthritis Rheum 1986; 29: S51.
6. The musculoskeletal system. V: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, ur. Robbins pathologic basis of diseases. Philadelphia Saunders, 1989: 1315–84.
7. Medsger TA Jr, Masi AT, Rodman GP, et al. Survival with systemic sclerosis (scleroderma): a lifetable analysis of 309 patients. Ann Intern Med 1971; 75: 369–76.
8. Arevalo JA, Nesbitt TS. Medical problems during pregnancy. V. Taylor RB eds. Family medicine. New York: Springer Verlag, 1993: 80–91.
9. Mrevlje F. Bolezni presnove. V: Interna Medicina. Kocijančič A, Mrevlje F, eds. EWO : DZS; Ljubljana, 1998: 545–629.
10. Markovič S. Bolezni prebavil. V: Interna Medicina. Kocijančič A, Mrevlje F, eds. EWO : DZS; Ljubljana, 1998: 355–316.
11. Moore MR, ed. A century of porphyria. Mol Asp Med 1990; 11: 1–180.
12. Kveder R. Bolezni ledvic. V: Interna Medicina. Kocijančič F, ur. EWO : DZS; Ljubljana, 190: 736–919
13. Movris PJ, ur. Kidney transplantation Principles and practice. Philadelphia : WB Saunders, 1988.
14. Preželj J. Bolezni endokrinih žlez. V: Interna Medicina. Kocijančič A, Mrevlje F, eds. EWO : DZS; Ljubljana, 1998: 631–709.
15. Falk S. Thyroid disease: endocrinology, surgery, nuclear medicine and radiotherapy. New York: Roven Press, 1990.
16. Rakovec P. Bolezni srca in ožilja. V: Interna Medicina. Kocijančič A, Mrevlje F, eds. EWO : DZS; Ljubljana, 1998: 13–251.

17. Betteto M, Fettich J. Mala dermatovenerologija. 3. izdaja. Mihelač, Ljubljana, 1993.
18. Felmar E, Heibst MM, Larsen WG, Sur DKC, Wallace ME. Skin tumors. V: Taylor RB, eds. Family medicine. New York: Springer Verlag, 1993: 941–948.
19. Habif TP. Clinical dermatology: a colour guide to diagnosis and therapy. St Louis Mosby, 1985.
20. Esterly NB. The skin. V: Behrman RE, Vaughn VC III, Nelson WE, eds. Nelson textbook of pediatrics, 13th ed. Philadelphia: Saunders, 1987: 1385–1446.
21. Bcachom BE. Solar-induced epidermal tumors in the elderly. Am Fam Physician 1990; 41: 153–60.
22. Thomas JM. Premalignant and malignant epithelial tumors. V: Sams WM Jr, Lynch PJ, eds. Principles and practice of dermatology. New York: Churchill Livingstone, 1990: 199–213.
23. Yeatts D, Burns JC. Common oral mucosal lesions in adults. Am Fam Physician 1991; 44: 2043–50.
24. Amundson LH, Caplan RM. The skin and subcutaneous tissues. V: Taylor RB, eds. Family medicine: principles and practice 3rd ed. New York: Springer Verlag, 1988: 367–94.
25. Sammaranayake LP, Pindburg JJ. Hairy leucoplakia. BMJ 1989; 298: 270–1.
26. Lee M, Wick MM. Bowens disease. CA Cancer J Clin 1990; 40: 237–42.
27. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Surmond D, Wolff K. Color atlas and synopsis of clinical dermatology: common and serious diseases. New York: McGraw–Hill, 1992.
28. Benedičić-Pilip A, Bartenjev I. Epidemiologija, etiopatogenetski vplivi in možnosti preprečevanja malignih tumorjev kože. Zdrav Vestn 1990; 68: II25–II28.
29. Koh H, Rogers G. Malignant melanoma: Early detection and treatment. Prim Care 1989; 16: 685–94.
30. Levine N (ed). Pigmentation and Pigmentary Disorders. Florida, 1993; CRC Press.
31. Van Durme DJ, Broneene SJ. Common Dermatoses. V: Taylor RB, eds. Family Medicine. New York: Springer Verlag, 1993: 931–928.
32. Knight AL. Selected disorders of the skin. V: Taylor RB, eds. Family Medicine. New York: Springer Verlag, 1993: 949–955.
33. Atton AV, Tunnessen WW. Alopecia in children: the most common causes. Pediatr Rev 1990; 12: 25–30.
34. Ruoff AC. Foot and ankle. V: Wolcott MW, ur. Ambulatory surgery. Philadelphia: Lippincott, 1988.
35. Hefland AE. Nail and hyperkeratotic problems in elderly foot. Am Fam Physician 1989; 39: 101–10.

Priporočena literatura:

1. Betteto M, Fettich J. Mala dermatovenerologija. 3. izdaja. Ljubljana: Mihelač, 1993.
2. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Surmond D, Wolff K. Color atlas and synopsis of clinical dermatology: common and serious diseases. New York: McGraw–Hill, 1992.
3. Habif TP. Clinical dermatology: a Colour guide to diagnosis and therapy. St. Louis Mosby, 1985.
4. Kumar PJ, Clark ML. Clinical Medicine 4th edition. WB. Saunders Company Ltd. London, 1999.

SIMPTOMI S PODROČJA MOKRIL IN SPOLOVIL

Anton Gradišek

Uvod

Poglavlje o simptomih s področja sečil in spolovil je razdeljeno po starostnih obdobjih, spolu in naravi vzrokov, ki povzročajo določene težave. Bolezni sečil in spolovil skupaj so pogost vzrok obiska pri zdravniku družinske medicine, saj so že samo bakterijske okužbe sečil po pogostnosti na drugem mestu (za okužbami dihal) (1, 2). Ob upoštevanju prirojenih, kirurških, dermatoloških, ginekoloških, onkoloških in drugih vzrokov za težave na tem področju je problematika še pogostnejša. Poglavlje je zasnovano na aktualnem simptomu, ki pripelje bolnika k zdravniku; izjema je obravnavo okužb sečil pri otrocih, kjer so v ospredju splošni bolezenski znaki. Zdravnik mora dobro poznati laboratorijsko diagnostiko urina (3), jemanje in pošiljanje mikrobioloških vzorcev ter možnosti ultrazvočne, rentgenske in nuklearno-medicinske diagnostike sečil. Zaradi specifičnosti področja je pametno, da dobi za pregled in zdravljenje privolitev bolnika ali bolnice; pri otrocih naj dajo soglasje starši. Zaradi odnosa zdravnica – bolnik ali zdravnik – bolnica in s tem povezanih tradicionalnih zadreg in sramežljivosti lahko pride do nerodnih situacij.

Na voljo morajo biti seveda tudi ustrezne ambulantne razmere in oprema, vključno s primerno pregledno mizo. Zdravnik mora ugotovitve ustrezno dokumentirati. V primerih, ko zaradi gornjih razlogov ne opravi pregleda, naj ne zdravi na pamet, ampak naj problem ustrezno dokumentira in zagotovi pregled pri drugem zdravniku ali ustreznemu specialistu. Pomemben dejavnik na tem področju je uporaba antimikrobnih zdravil. Ker se veljavna priporočila hitro spreminjajo, mora zdravnik lastno predpisovanje vedno preverjati glede na klinične smernice ali omejitve, ki jih izdaja ZZZS. Enako velja za izbiro in uporabo laboratorijskih metod (npr. prostatičnega antigena).

Otroci

Okužbe sečil pri otrocih

Mlajši ko je otrok, toliko bolj neznačilni klinični znaki povzročajo okužbe sečil. Pomembno je, da zdravnik posumi na okužbo sečil, postavi natančno diagnozo, ki temelji na pravilno odvzetem vzorcu seča, in čim prej začne z zdravljenjem. To še zlasti velja za obdobje prvega leta starosti. Okužbe sečil pogosto potekajo prikrito, velkokrat niso pravočasno prepoznane in zdravljene, zato so posledice lahko hude in trajne.

Obseg problema

Tveganje, da otroci do 10. leta starosti vsaj enkrat prebolijo simptomatsko okužbo sečil, je pri deklicah 3–odstotno in pri dečkih 1–odstotno (4). Pri deklicah so pogoste ponavljajoče se okužbe sečil. Prva okužba sečil se najpogosteje pojavi v 1. letu starosti; še posebej pri dečkih, kjer poteka največkrat kot akutni pielonefritis. Deklice obolevajo z znaki akutnega prvega cistitisa med 2. in 6. letom starosti. Tako je pogostnost okužb sečil 5–10–krat večja med dečki do 1. leta starosti, nato pa se razmerje obrne. Kot kaže, so dečki bolj dovtetni za razvoj sepse in bakterijskih okužb, deklice pa kasneje zaradi kratke sečnice lažjim vdorom bakterij v mehur.

Klinična slika

S praktičnega stališča je smiseln razdeliti simptomatske okužbe sečil na tiste, ki prizadenejo ledvični parenhim (akutni pielonefritis – zanj so značilni povišana tem-

peratura, levkocitoza in povečana vrednost CRP), ter na okužbe, omejene na spodnji del sečil (akutni cistitis – poteka brez splošne prizadetosti, bolečine so suprapubično, uriniranje je pogosto, pekoče in boleče). Čim mlajši je otrok, tem teže je pri ambulantnem pregledu ločiti med obema stanjema. Zato je varnejše obravnavati okužbo kot akutni pielonefritis. Novorojenčka lahko ogroža okužba sečil od urosepsse do prikrite bakteriurije. Dojenčki zaradi prikrita potekajoče okužbe sečil lahko zaostajajo v razvoju, so neješči, bruhajo, imajo drisko ali krče, so bledi, cianotični, lahko se razvije paralitični ileus. Večji otroci že imajo dizurične težave, bolečine suprapubično, lahko enurezo, bolečine v trebuhu ali ledveno, povisano temperaturo; neješčost, bruhanje in vaginitis so redkejši. Klinični znaki, ki so sicer značilni za okužbo spodnjega dela sečil, so pri otrocih, mlajših od dveh let, pogosto neprepoznavni, pa tudi balanitis ali vaginitis lahko povzročata enake težave.

Diagnostika

Ob sumu na okužbo sečil mora zdravnik obvezno storiti naslednje (5):

- Seč je treba prestreči z zbiralnikom ali v sterilno posodo med uriniranjem; če je le mogoče, dvakrat zapored (6). Manj ko je značilna klinična slika, tem več kontrol urina je potrebnih.
- Seč je treba odvzeti pred začetkom zdravljenja; ob izraženi klinični sliki in/ali laboratorijskih izvidih (CRP, levkocitoza), ki kažejo na okužbo sečil, je treba zdravljenje začeti takoj po odvzemu urina.
- V vzorcu je treba določiti število in po možnosti vrsto bakterij.
- Okvirne rezultate je treba dobiti že naslednji dan.

Semikvantitativni postopki lahko pomagajo pri težavah z urinokulturami, zlasti ker so poceni in so rezultati odčitani že naslednji dan. Možna je tudi nadaljnja diagnostika za opredelitev vrste bakterij in antibiogram. Zdravnik se mora obenem zavestiti vseh omejitev omenjenih metod in izvide skrbno ovrednotiti (7). Za odvzem seča mora biti v ambulanti zagotovljen poseben prostor, kjer lahko medicinska sestra strokovno očisti spolovilo in namesti zbiralnik. Staršem se to zaupa izjemoma, kadar v daljšem obdobju kontroliramo urinokulture. Zdravnik ne sme predpisati antibiotičnega zdravljenja na podlagi pregleda sedimenta seča, ujetega v urinsko vrečko ali od doma prinesen kozarček. Otroka s sumom na okužbo sečil je varnejše napotiti v bolnišnico (toliko bolj, če je otrok prizadet).

Zdravljenje

Novorojenčki imajo okužbe sečil praviloma povezane s sepso in morajo biti zdravljeni v bolnišnici. Otroci z akutnim pielonefritisom ali z nespecifično okužbo sečil – kadar ni možno izključiti prizadetosti ledvic – tudi sodijo v bolnišnico. Pri drugih se odločimo za napotitev na podlagi splošnih bolezenskih znakov: če je otrok dehidriran in bruha, bo potreboval intravensko zdravljenje.

Pri ambulantno zdravljenih otrocih se ponovi urinokulturo 2. ali 3. dan zdravljenja in en teden po koncu zdravljenja. Zlasti prva urinokultura po začetem zdravljenju je pomembna, ker kaže na uspešnost ali neuspešnost antibiotika, ki ga je morda treba zamenjati. Zaradi možnosti ponavljanja uroinfekta se urinokulturo ponavlja na 2–3 mesece, pa čeprav je otrok videti zdrav. Ambulantno zdravljenje naj traja 10 dni. Večino okužb sečil povzročajo *E. coli* (70 %), sledijo pa *Klebsiela*, *Proteus species* in druge. Primerena zdravila za peroralno zdravljenje so cefalosporini čim nižje generacije glede na antibiogram, amoksicilin s klavulansko kislino ali ampicilin s sulbakta-mom, trimetoprim-sulfometoksazol. Glede na klinično sliko je potrebno tudi ostalo simptomatsko zdravljenje (8, 9). Po učinkovitem zdravljenju se otroku predpiše odmerek zaščitnega zdravljenja (trimetoprim, trimetoprim-sulfametoksazol, nitrofurantoin ali izjemoma cefaleksin), dokler nekaj tednov po preboleli okužbi ne opravimo **obvezne morfološke diagnostike** (10). Pri dojenčkih in majhnih otrocih mora-

mo morebitne prirojene napake sečil ugotoviti že po prvi dokazani okužbi sečil. Zato je treba še enkrat poudariti natančnost in vestnost laboratorijske diagnostike urinskih vzorcev – od odvzema, hrانjenja in transporta vzorca do izbire laboratorijske metode in interpretacije rezultata. Omenjena zdravila uporabljamo tudi, kadar je zaradi ugotovljenih anomalij potrebna daljša profilaksa. Odmerjanje zdravil mora slediti priporočilom za pediatrično rabo.

Asimptomatska bakteriurija, odkrita pri sistematskih pregledih, pri natančni klinični obravnavi večkrat odkrije prirojene napake na sečilih.

Napotitve

Po prvi okužbi sečil se mora zdravnik držati doktrinarnega algoritma preiskav (11). V 1. letu po dokazani okužbi sečil mora otrok opraviti ultrazvočni pregled sečil in MCUG (mikcijski cistouretrogram), od 2. do 10. leta starosti ultrazvočni pregled sečil in RIMCG (radioizotopski mikcijski cistogram – ob anamnezi o motnjah uriniranja MCUG namesto RIMCG), po 10. letu starosti pa ultrazvočni pregled sečil. O morebitnih dodatnih preiskavah se odloči pediater nefrolog. Zdravnik se mora zavedati, da **nobena** klasična ultrazvočna preiskava sečil ni primerna metoda za odkrivanja vezikouretralnega refluksa (VUR), zlasti nižjih stopenj. Izvid ultrazvočnega pregleda sečil mora biti kakovosten, aparat ustrezen, še bolj pa je pomembna izkušenost preiskovalca. Zdravnik družinske medicine naj poišče za otroke posebej usposobljenega rentgenologa za preiskavo sečil, s katerim naj stalno sodeluje. Najnovejša poročila slovenskih avtorjev (12) govorijo o uporabi mikcijske urosonografije (MUS) za odkrivanje VUR. Gre za uporabo ultrazvočne preiskave z uporabo kontrasta, ki z občutljivostjo 79 % in specifičnostjo 92 % odkriva VUR. V tem članku je bil v mednarodnih okvirih prvič govor o hkratni uporabi RIMCG in MUS, kar daje dober obet za čim manj invazivno morfološko diagnostiko sečil pri otrocih. Preden bo metoda kot sprejeta zlati standard, bodo potrebne še dodatne raziskave.

Najpogostejša napaka sečil je vezikouretralni refluks različnih stopenj. Odkrit je pri polovici dojenčkov in majhnih otrok po prvi preboleli okužbi sečil.

Natančna diagnostika, učinkovito konservativno in/ali operativno zdravljenje občutno zmanjšajo morfološke in funkcijске posledice na sečilih. Zdravnik družinske medicine bo napotil zaradi doktrinarne obravnave k pediatru nefrologu praktično vsakega otroka po preboli okužbi sečil, če ta ni bil zdravljen že bolnišnično.

Spremljanje

Zdravnik družinske medicine otroka spremi, kontrolira in izvaja profilaktično zdravljenje po navodilu pediatra nefrologa lahko več let, pogosto pa je potreben tudi kirurški poseg. Za starše otrok, ki imajo ugotovljeno kronično obolenje sečil, naj zdravnik družinske medicine pripravi pisno gradivo (13), ki izboljša znanje in sodelovanje staršev pri pogostih obiskih v ambulanti ali bolnišnici, pri dajanju zdravil in pravilnemu življenjskemu ritmu otroka. Kadar je v družini več otrok in ima kdo izmed njih oziroma kdo od staršev dokazan VUR, je priporočljivo narediti diagnostiko: UZ takoj po rojstvu, RIMCG pa proti koncu 1. leta starosti tudi bratcem in sestricam. S tem lahko odkrijemo VUR pred prvo okužbo, ki bi že lahko povzročila brazgotinjenje ledvic. Kar 5–10 % otrok ima namreč že po prvi simptomatski okužbi sečil kot posledico žariščno ledvično brazgotino (14).

Sistematično merjenje krvnega tlaka je nepogrešljivo pri spremeljanju otrok po preboleli okužbi zgornjih sečil, zato morajo biti na voljo tudi ustreznovele manšete. Za spremeljanje otrok z okužbami sečil je pametno uporabljati pisne protokole oz. programske liste, ki so sestavni del programsko usmerjene kartoteke (15). Večje tveganje za okužbe na sečilih imajo otroci na imunosupresivni terapiji, s presajeno ledvico, otroci s sečnimi kamni, s hiperkalciurijo in s sladkorno boleznijo. Tudi spol-

no aktivne mladostnice, ki menjavajo partnerje in uporabljajo diafragmo, so bolj izpostavljene okužbam sečil (14).

Nočna enureza

Nočna enureza je najpogosteja oblika motnje uriniranja.

Definicija: Nočna enureza je nehoteno, redno močenje med spanjem po doseženi starosti, ko upravičeno pričakujemo otrokovo držnost. O nočni enurezi govorimo še le takrat, ko otrok ob vstopu v šolo še vedno vsaj enkrat mesečno moči med spanjem v posteljo (16). Enureza je lahko primarna (perzistentna), tj. od rojstva, ali sekundarna (regresijska), ko otrok po polletni držnosti spet začne močiti posteljo. Glede na močenje je enureza lahko samo nočna (monosimptomatska nočna enureza) ali kombinirana z dnevnim močenjem. Nekatere oblike enureze reagirajo na zdravljenje z vazopresinom, nekatere ne; prav tako je pri nekaterih prisotna nočna poliurija, pri drugih pa ne.

Pogostnost problema. Ponoči moči posteljo v 5. letu starost 20 % otrok, v 10. letu 5 %, pri 15 letih le še 1 % (16). Po 16. letu je nočna enureza redka in je lahko povezana z drugimi motnjami. Dečki so bolj pogosto enuretični kot deklice. Z leti motnja izginja.

Diagnostika

Najpomembnejši ugotovljen vzrok nočne enureze je zmanjšana koncentracija ADH ponoči. Otroka mora zdravnik kompletno nefrološko in nevrološko pregledati, da ne bi spregledal organske okvare – bakterijske okužbe sečil, morfološke okvare sečil, nevrološke motnje z epilepsijo (17). Najpogostejši vzrok sekundarne enureze so bakterijske okužbe sečil, po pogostnosti pa jim sledijo stresni dogodki v družini (lahko tudi zloraba). Na organsko motnjo pri enurezi kažejo: sočasna okužba sečil, dnevna inkontinenca, težave pri uriniranju, nepojasnjenje bolečine v abdomnu in ledvenem predelu, nepojasnjenja temperatura in mrzlica, nizka specifična teža seča in enkopreza. Pri obravnavi enureze mora uporabiti ekipa družinske medicine vse znanje in veščine, da lahko odkrije in pomaga pri vzrokih, ki so priveli do sekundarne enureze. Zdravnik mora presoditi, kdaj bo otrok potreboval specialistično pomoč že med diagnostiko.

Zdravljenje

Zdravljenje enureze je upravičeno, ker kljub temu, da je spontano prenehanje močenja 14–16 % na leto, razni načini zdravljenja bistveno skrajšajo čas močenja ter s tem preprečijo sekundarne psihološke spremembe in veliko obremenitev družine. Obsežna raziskava, ki predlaga evropske smernice o zdravljenju enureze (18), ugotavlja, da je enureza vzrok, ne pa posledica psihiatričnih motenj. Otrok z enurezo potrebuje emocionalno podporo in spodbudo. Razviti mu moramo zavest, da ni kriv za močenje. Razvijati je treba pozitivne odnose med otroki in starši. Ugotovitev, da je otrok motiviran, ali pomoč pri motivaciji je temeljni pogoj za uspešno zdravljenje. Motivacijo se ugotovi s tem, da otrok beleži pitje tekočin in mikcije v koledarček. Ta lahko tudi odkrije dnevno močenje, ki ima lahko organsko podlago in ga starši ob moteči nočni enurezi velikokrat spregledajo ali mu ne pripisujejo pomena. Če otrok ni motiviran, se zdravljenje odloži. Pred uporabo alarma in zdravil se lahko preizkusí učinkovitost nekaj preprostih ukrepov. Trening mehurja je hoteno zadrževanje mikcije in podaljševanje intervala med dvema mikcijama, pa tudi hoteno prekinjanje mikcije, kar v bistvu pomeni obvladovanje neinhibiranih kontrakcij mehurja. Nasprotno pa pogosto uriniranje zmanjšuje funkcionalno kapaciteto mehurja in ne pomaga odpravljati enureze. Pač pa je smiselnolulanje pred spanjem ter tudi to, da otrok pred spanjem ne pije. Največji učinek ima zdravljenje enureze z alarmnimi aparati v kombinaciji z vazopresinom (nazalne kapljice Adiuretin SD). Aparat nazna že majhno količino sproščenega urina in otroka zbudi z alar-

mom. Ob tem otrok zadrži mikcijo in lahko kontrolirano opravi akt mikcije do konca. Ta način naj bi uporabili šele po 7. letu starosti. Otroci z enurezo imajo nenormalen cirkadiani ritem vazopresina. Običajni otroci imajo ponoči 9–krat višjo koncentracijo vazopresina kot podnevi, enuretiki pa samo 2,5–kratno. Pred zdravljenjem naj bi opredelili otrokov lastni ritem vazopresina. Gre torej za obravnavo na sekundarni ravni.

Napotitev

Napotitev k psihologu ali otroškemu psihiatru (19) je smiselna, kadar ima otrok hkrati z enurezo tudi druge razvojne, psihosocialne ali učne težave, zlasti motnje vedenja, hiperkinetičnost, specifične učne težave ali čustvene motnje. Napotitev je upravičena tudi v primerih, ko so stresogene motnje, npr. odnos med otrokom in starši, takšne, da mentalnohigienski pristop lahko pomaga, oziroma so sekundarne emocionalne in psihosocialne posledice enureze toliko izražene, da terjajo intenzivnejšo psihoterapevtsko obravnavo. Napotitev k pediatru nefrologu je potrebna za uvedbo trajnega zdravljenja z adiuretinom.

Praktično navodilo za zdravnika družinske medicine za **vodenje družine**, ki ima otroka z enurezo, je naslednje: izključiti mora organske vzroke enureze in biti pri tem pozoren na morebitno dnevno enurezo. Ko potrdi, da gre za monosimptomatsko nočno enurezo, oceni otrokovo motivacijo, ki jo ugotovi z izpolnjevanjem kolesarčka pitja tekočin in mikcije. Družini razloži enurezo in poudari, da stanje ni psihoško pogojeno. V nadaljevanju uporabi alarm, če gre za posebne okoliščine (letovanje, počitnice, šola v naravi, obiski s prenočevanjem), pa lahko občasno uporabi adiuretin (20). Stalno uporabo adiuretina naj uvede specialist nefrolog. Izogiba naj se uporabi tricikličnih antidepresivov. Kombinirana uporaba alarma in stalnega zdravljenja z adiuretinom daje najboljše rezultate, saj v nekaterih centrih za enurezo (npr. v Veliki Britaniji) dosegajo že 90–% učinek zdravljenja. Koristne so pisne informacije in zloženke za starše. Medicinska sestra naj bo povezana s krajevno pristojno specialistično ambulanto glede informacij o nabavi alarmov in svetovanja staršem. Tem je treba tudi razložiti, da razumevanje otroka, čustvena toplina in ignoriranje problema pomagajo, kaznovanje pa ni na mestu. Tako motnja ob zdravljenju sčasoma izzveni.

Hematurija

Definicija: Hematurija pomeni prisotnost krvi v seču. Povzroča jo lahko cel spekter – od najbolj banalnih vzrokov do življenje ogrožajočih bolezni. Kljub temu, da je hematurija sama po sebi simptom, ki se potrdi ali ovrže z laboratorijsko analizo, velja poudariti, da je za diagnosticiranje, spremljanje in nadaljnje preiskave treba skrbno vrednotiti družinsko in osebno anamnezno ter seveda opraviti klinični pregled. Če je seč že na pogled krvav, govorimo o makrohematuriji (ko je mikroskopsko potrjena kri v seču), najpogosteje pa se odkrije hematurijo s preiskavo seča s testnim lističem. Občutljivi lističi zaznajo že prisotnost eritrocitov, ki je ekvivalentna 2–5 eritrocitom v vidnem polju pod veliko povečavo pri mikroskopski preiskavi seča. Testni lističi lahko dajo tudi lažno pozitiven rezultat. Ob pozitivnem testu z lističem je obvezen mikroskopski pregled seča. Mikrohematurija je prisotna, kadar najdemo 5 ali več eritrocitov v vidnem polju z veliko povečavo v treh zaporednih svežih vzorcih seča v obdobju nekaj tednov (21).

Obseg problema: Pogostnost je odvisna od kriterija, s katerim je definirana hematurija. Makrohematurija je bila najdena pri 0,13 % otrok v nujni ambulanti, mikrohematurija (po gornjem kriteriju) pri manj kot 0,5 % šolarjev pri sistematičnem pregledovanju (21), v enem od treh vzorcev urina pa je imelo 5 do 10 eritrocitov v vidnem polju pri veliki povečavi kar 4 % šolarjev.

Odkrivanje hematurije

Najpogostejši vzroki, zaradi katerih pripeljejo otroka k zdravniku, so:

- vidno krvav seč,
- težave s področja sečil in spolovil,
- hematurijo odkrije zdravnik ob naključnem pregledu pri namenskih preventivnih pregledih.

Smotrna razdelitev glede na nadaljnje ukrepanje je naslednja:

- masivna, makroskopska hematurija,
- mikroskopska hematurija s kliničnimi znamenji,
- asimptomatska (izolirana) mikrohematurija,
- asimptomatska hematurija s proteinurijo.

Makrohematurija

Makrohematurija (*vidno krvav seč z laboratorijsko dokazano prisotnostjo eritrocitov*) je redka. Po pogostnosti vzrokov si sledijo: okužbe sečil, perinealno draženje, poškodbe, stenoze meatusa z ulceracijami, motnje v strjevanju krvi, kamni. Pri več kot polovici primerov je možno brez težav ugotoviti vzrok makrohematurije s kliničnim pregledom, preiskavo seča, urinokulturo, razmerjem kalcij/kreatinin v urinu, hemogramom, serumskim kreatininom, določitvijo C3 ali ultrazvočno preiskavo ledvic. Če s temi preiskavami zdravnik ne ugotovi vzroka in ga ne pozdravi uspešno, je utemeljena takojšnja napotitev k pediatru nefrologu. Ta otroka po zdravljenju skrbno spremlja. Med vzroki, ki za diagnozo zahtevajo zapletenejšo diagnostiko, so rekrurentna masivna hematurija, akutni nefritis, motnje v odtoku seča, cistitis cistika, epididimitis in tumorji. Ob ponovitvi hematurije, ki jo je zdravnik na primarni ravni zdravil ambulantno, je tudi potrebna napotitev k pediatru nefrologu.

Mikroskopska hematurija

Mikroskopska hematurija (*5 ali več eritrocitov v vidnem polju z veliko povečavo v treh zaporednih svežih vzorcih seča v obdobju nekaj tednov*) s **kliničnimi znamenji**

Klinična znamenja v tej kategoriji so lahko splošna (temperatura, slabo počutje, bolečine v trebuhu, povišan krvni tlak, otekline); splošna, a za bolezni sečil neznačilna znamenja so: izpuščaji, purpura, artritis, zlatenica, kašelj in prebavne težave. Za bolezni sečil so značilni dizurija, pogosto uriniranje, enureza, otekline in hipertenzija. Otroci v tej klinični kategoriji pomenijo najtežji strokovni problem za zdravnika. Vzroki za ta stanja so lahko okužbe (sistemske ali ledvične), revmatološka ali imunološka obolenja, glomerularne in intersticijske bolezni ledvic, bolezni spodnjega dela sečil, vaskularne bolezni, akutni abdomen, hematološke bolezni, neželeni učinki zdravil in še mnoga druga stanja. Obravnava bolnika mora biti individualna in naravnana v vodilni klinični problem. Četudi zdravnik na primarni ravni lahko razpozna akutni glomerulonefritis, okužbe sečil, družinsko hematurijo, Henoch Schonleinovo purpuro, sistemski lupus eritematozus, hipertenzijo, hiperkalciurijo ali kamne v sečilih, je primerna takojšnja napotitev k pediatru nefrologu (razen morda v primeru okužbe sečil).

Asimptomatska mikrohematurija

Asimptomatska mikrohematurija zahteva nadaljnjo obravnavo, če je bila ugotovljena v treh zaporednih vzorcih seča v 2–3 tednih, po kriteriju najmanj 5 eritrocitov v vidnem polju pri veliki povečavi. Otroke v tej kategoriji je treba spremljati tudi leto ali dve v 3-mesečnih intervalih, s kliničnimi pregledi in kontrolnimi, tudi obvezno mikroskopskimi pregledi jutranjih vzorcev seča. Če traja mikrohematurija več kot eno leto, je na mestu določitev kalciurije, razmerja kalcij/kreatinin v urinu, pregled brisa uretre na klamidije in pregled vzorcev seča pri družinskih članih. Pri nekaterih

stanjih (družinska ali dedna hematurija; neprogresivna – bolezen tenkih bazalnih membran ali progresivna – Alportov sindrom) je hematurija lahko prisotna brez proteinurije. Če so te preiskave pozitivne, je potrebna napotitev k pediatru nefrologu. Enako velja, če se med opazovanjem pojavijo še proteinurija, piurija, hiperrenzija ali drugi pomembni klinični znaki.

Asimptomatska hematurija s proteinurijo

Oroke v tej klinični kategoriji napotimo k pediatru nefrologu. Če je v urinu poleg mikrohematurije z diagnostičnim trakom najdena tudi proteinurija, je treba opraviti kvantitativno analizo proteinurije. Če je vrednost nad 4 mg/m² na uro, je potrebna neposredna napotitev k pediatru nefrologu, če pa je nižja, se v 2–3 tednih naredi še 2–3 analize vzorcev seča. Če proteinurija z mikrohematurijo vztraja, je potrebna napotitev k pediatru nefrologu; če ostane samo hematurija, potem je to izolirana asimptomatska hematurija, ki se spremišča, kot je predvideno za hematurijo (glej prejšnji odstavek); v primeru, da se izvid normalizira, spremiščanje ni potrebno.

Poškodbe sečil in spolovil

Poškodbe na teh organih so pri otrocih lahko posledica tujkov, ki zaidejo v sečnico ali nožnico. Nujna sta dobra anamneza in opazovanje. Pri nespecifičnih dražečih znakih mora biti zdravnik pozoren tudi na spolno zlorabo otroka. Poškodbe lahko izvirajo še iz športnih aktivnosti, padcev ali prometnih nesreč. Pri težjih poškodbah je večinoma potrebno kirurško zdravljenje. Pri otrocih, ki so imeli poškodbe ledvic, moramo skrbno spremiščati krvni tlak in delovanja ledvic (22, 23).

Spolovilo

Pri pregledu moramo najprej ugotoviti, ali gre za popolno žensko ali moško spolovilo. Pri dečkih je treba biti pozoren na *fimozo*, *kratek frenulum*, *adhezije prepucija*. Hitro ugotovljive so prijnjene anomalije v smislu *hipo-* ali *epispadije*, redkejša pa je prijnjena *zožitev zunanjega dela sečnice*. Na vprašanje, kako urinira, deček sicer lahko odgovori, da »dobro«, v resnici nese curek daleč, je pa ozek – in potrebna je meatotomija. Včasih so vidne očitne anatomske spremembe, kot so *torzija penisa*, *mikrofalus*, *transpozicija penisa* in skrotuma ali penis v obliki plavalne kožice. Dečka je treba napotiti k urologu (24). *Prazen ali enostransko prazen skrotum*: pri dečkih je treba pregledati tudi pravilno lego testisov v skrotumu (25). Nepravilni descenzus se ugotovi pri kliničnem pregledu. Pomembno je, da se zdravljenje nepravilno ležečega testisa začne po prvem letu in konča pred drugim letom. *Parafimoza je urgentno stanje*, ki ga zdravnik poskusi razrešiti tako, da z blagim pritiskom s konicami vseh prstov roke (stožčasto) pritiska na glavico penisa v smeri od orificija uretre proti prepuciju. Če reponiranje ne uspe, je potreben poseg pri urologu. Parafimoza se lahko zgodi tudi v ambulanti, ko sestre pripravljajo dečke na odvzem urina in čistijo glans. Urgentno stanje je tudi *torzija testisa*, ki zahteva takojšen poseg urologa.

Pri deklkah je treba biti pozoren na *adhezije labij*, *ektopično izstopišče uretre* in *izcedek*.

Kožna simptomatika

Koža pri dojenčkih je lahko vneta pod plenicami; je poredela, živordeča in macerirana. Ukrepi ustrezajo stopnji draženja. Če se na intertriginoznem vnetju razvije še okužba s kandido, je potrebno ustrezno zdravljenje (nistanin ali imidazoli) ter tudi pregled blata na kandido. Pomisliti je treba še na garje, disseboročni dermatitis in inverzno psoriazo (26). Mati mora dobiti navodila o ustrezni negi otroka.

Spolna zloraba otroka

Spolna zloraba otroka je kaznivo dejanje (Spolni napad na osebo, mlajšo od 15 let; 183. člen Kazenskega zakonika RS) in pušča otroku posledice, ki zaznamujejo nje-

govo osebnost in življenje. Pred spolno zlorabo niso varni otroci v nobenem družbenem razredu.

Definicija: Za spolno zlorabo gre, ko nekdo, ki je večji, močnejši, starejši, ali od katerega je otrok odvisen, zlorabi otroka kot spolni objekt za zadovoljevanje svojih spolnih potreb, pri tem pa otrok nima možnosti, da bi zaradi neenakih moči v odnosu med njim in drugo osebo izbral ali privolil v spolno aktivnost oziroma bi jo zavrnil.

Izredno pomembno je, da se zloraba čim prej odkrije in ustavi, otroka pa zaščiti pred trpljenjem. Zloraba otrok je lahko poleg spolne v ožjem smislu tudi samo fizična (npr. pretepanje, zapiranje itd.) in psihična (zanemarjanje, grožnje itd.). Pogosto gre za kombinacijo vseh oblik. V tem poglavju je razumljivo poudarek na spolni zlorabi. Ta je možna s posrednim ali neposrednim stikom, žrtev pa lahko pri zlorabi igra pasivno ali aktivno vlogo. Oblike spolne zlorabe so analno ali vaginalno spolno občevanje, penetracija s predmeti ali prsti, oralno občevanje, masturbacija, dotikanje, prijemanje, otipavanje, opazovanje (gledanja pornografskih vsebin skupaj z otroki) ali pa gre za aktivnosti storilca, kjer je otrok le opazovalec (namerna golota). Področje je posebej zapleteno, a glede na *obseg problema* (176 prijav na sodišče leta 1998 v primerjavi s 65 prijavami leta 1989) pomeni, da zasluži posebno pozornost; toliko bolj, ker otroci v pravnem sistemu nimajo neposredno dostopne institucionalne zaščite, tako kot odrasli, ampak potrebujejo za uveljavljanje pravic odraslo osebo (socialni delavec, zdravnik, svojci, skrbnik ipd.). Povečanje števila prijav na sodišče zaradi utemeljenega suma spolnega napada na otroke gre tudi na račun boljšega odkrivanja deliktov.

Psihosomatske značilnosti otroškega vedenja, ki nakazujejo možnost zlorabe, so lahko pri majhnih otrocih npr. nepojasnjena bolečina v trebuhu (otroku je dejansko slabo ob misli na storjeno dejanje), motnje v prehranjevanju – bulimija, anoreksija; enureza, enkopreza, motnje spanja, dihanja in kronični glavoboli.

Čustveni in socialno vedenjski pokazatelji so lahko rahli otrokovki poskusi, da npr. ne bi šel na obisk k temu ali onemu sorodniku ali prijatelju staršev. Otrok oddaja subtilna sporočila, na primer »stric je čuden«, ki jih odrasli težko zaznajo, otrok pa odneha, ko ugotovi, da mu nihče ne verjame. Težava je v tem, ker je takšno vedenje možno v popolnoma zdravih družinah brez kakršne koli zlorabe. Zlorabljeni otroci so lahko anksiozni, depresivni, imajo pretirane občutke strahu, občutke jeze in sovražnosti do drugih in/ali do samega sebe. Možno je agresivno in destruktivno vedenje ali pa pretirana pasivnost in ubogljivost. Pretirano izražanje čustev se lahko odraža in napačno razлага kot zapeljevanje ali pa po drugi strani kot čustvena hladnost. Otroke je strah pred dotikom drugih ljudi, strah jih je leči na hrbet, možne so samopoškodbe, poskusi samomora ter zloraba alkohola in drugih substanc. Zdravnik družinske medicine lahko prosi psihologa za oceno in sam vrednoti psihološki izvid, vendar ob tem ne sme »razmišljati na glas« vpričo staršev ali skrbnikov. Ob vedenjskih motnjah ni ustrezno otroka napotiti »od sebe« v svetovalni center in ga prepustiti v obravnavo drugim. Raje naj uporabi še informacije, ki jih lahko zbere patronažna sestra, tudi v povezavi s centrom za socialno delo.

Za vse postopke velja, da morajo biti skrajno diskretni in taktni. Okolica ne sme biti prezgodaj opozorjena na sum zlorabe, ker je potem storilec opozorjen in lahko še stopnjuje **pritisk na otroka**. Storilci si pridobivajo žrtve najpogosteje z obljudbami, prevaro, lažjo, grožnjo in agresijo. Otroku je treba verjeti, saj pride do lažne prijave s strani otrok šele v starosti 15–16 let. Zdravnik se mora zavedati, da dokazov, ki bi neizpodbitno kazali na spolno zlorabo otroka, praviloma ni. Zato ni ustrezno čakanje na »več« dokazov oziroma na njihovo »boljšo oprijemljivost«.

Za družinsko reagiranje ob tovrstnih dogodkih velja nekaj zakonitosti. Tako se mati praviloma postavi na stran osumljjenega partnerja in proti otroku, zato velja pri tem ravnat zelo preudarno. Mati si pred dejstvi zakriva oči v slogu »bolje je ne vedeti in ne verjeti«. Otrokov poskus samomora je tudi skrajno resen namig, da je otrok ogro-

žen. Zdravnik mora znati »prevajati« otrokovo vedenje in neverbalna sporočila. Tudi širša družina se običajno postavi na stran odraslih, tj. proti otroku. Pogovor z otrokom je posreden, ocenjuje se besedni zaklad, izraze (ali so primerni oziroma nepri-merni otrokovi starosti) in omembe določenih spolnih aktivnosti, ki so za starost otroka neobičajne. Zgodi se, da zdravnik več let sumi na spolno zlorabo, a ne ukrepa, ker meni, da nima dokazov! Ustrezno bi ravnal, če bi prepustil problem strokovnjakom, ker je že samo za pogovor z otrokom potrebno posebno znanje (kriminalistično), saj poteka posredno. Praviloma so vsi strokovni delavci različnih služb (in ne samo zdravniki), ki prihajajo v stik z ogroženim otrokom, obremenjeni s svojo nemočjo dokazati sume. Tudi kazenske ovadbe so običajno podane samo na podlagi indicev, saj priznanja osumljenceva praviloma ni. Najpogosteji dvomi, s katerimi se srečujejo tisti, ki zaznajo ali imajo možnost zaznati domnevno žrtev spolnega napada, so: vednost proti sumu; mnenje, da bo prijava stvar poslabšala; težave pri določanju simptomov zlorabe otrok; nesposobnost za soočenje z zlorabo; skrb zaradi kršitve pravic staršev; strah, da bi prijava lahko poslabšala odnos; itd.

Klinična slika: Zdravnik mora posumiti o možni spolni zlorabi otroka (27), kadar ta toži in/ali zdravnik pri pregledu ugotovi nepojasnjeno draženje v anogenitalnem predelu ali celo brazgotine, težave pri hoji ali sedenju, sledi sperme na oblačilih, praske, krvave madeže ali dlake odrasle osebe na otrokovem perilu, otekanje penisa ali izcedek, ponavljajočo se bolečino v trebuhi, nepojasnjene uroinfekte, proktitis, katero koli spolno prenosljivo bolezen, nosečnost pri mlajši deklici. Za pregled in ukrepanje v teh primerih zdravnik ne potrebuje soglasja staršev, ampak je to dolžan storiti v korist otroka – ne glede na morebitno nasprotovanje staršev. Pri kliničnem pregledu je lahko znamenje zlorabe refleksna relaksacija analnega sfinktra pri lateralni retrakciji gluteusa, relaksacija pubokokcigealnih mišic pri dotiku lateralno od introitusa, več kot 1 cm velika odprtina himna pri predpubertetni deklici, defloracija, poškodbe zaradi nasilne penetracije, tukti v telesnih odprtinah, sprembe v pigmentaciji kože perigenitalnega predela, poškodbe na telesu zaradi fizične sile (modrice, vreznine, sledovi uporabljenih predmetov), sledi ugrizov ali poljubljanja, sledi stiskanja in sledi drgnjenja (zlasti po spolovilu, stegnih in zadnjici); možna je tudi izguba žrelnega refleksa, posebno značilen je emocionalno neprizadet odnos otroka med pregledom. Najpogosteje pa vidnih poškodb pri teh kaznivih dejanjih ni. Pomembno je, da zdravnik, ki je opravil pregled, v primeru suma na spolno zlorabo brez soglasja staršev to ustrezno dokumentira, mora pa o sumu in o ugotovitvah sporočati naprej, da s tem upraviči svoje ravnanje in se tudi zavaruje.

Ukrepanje in napotitve: V primeru spolnega napada s hudimi kliničnimi (telesnimi in/ali psihičnimi) posledicami sta obvezna potrebna hospitalizacija in zdravljenje v bolnišnici. Edini organ, ki ima pooblastila za takojšnje ukrepanje in tudi pooblastila za uporabo prisilnih sredstev, je policija. Na policijskih upravah (teh je v vseh regijah v Sloveniji 11) so oblikovane skupine za otroke in mladoletnike, ki delujejo v civilu. Te lahko urgentno ukrepajo (pripor storilca) – ob tem po potrebi lahko sodeluje Center za socialno delo z oddajo zlorabljenega otroka v skrbništvo – in izvedejo tudi kriminalistični strokovni del (zaščita materialnih dokazov itd.). Kadar pride do neposrednega razkritja, tj. ko otrok pove zdravniku o spolni zlorabi, mora zdravnik ostati miren. **Nikakor ne sme otroka vprašati:** »Ali je to res?« Potrditi mora otrokova čustva in otroku povedati, da zloraba ni njegova krivda. Kadar se sum stopnjuje počasi, je ustrezna pot, ki jo uporabi zdravnik, navezava sodelovanja s centrom za socialno delo, vendar mora prej uporabiti psihologovo pomoč in informacije s strani patronažne službe. Centri za socialno delo imajo ustaljen protokol sodelovanja s policijo. Zdravnik naj center za socialno dela prosi tudi za povratno informacijo (ni nujno, da je center poslal prijavo naprej), ki jo nujno potrebuje v procesu rehabilitacije otroka; v tem primeru sodeluje v timu. Lahko obvesti tudi državno tožilstvo, ki je za mnoge zdravnike bolj sprejemljivo mesto za prijavo kot neposredno policija. Zdravnik lahko uporabi tudi predpostavljenega (direktorja), da v njegovem imenu poda prijavo. S tem se izogne neposredni prijavi.

Etične dileme

Zdravniki se v terapevtsko usmerjenem razmišljaju pre malo zavedamo, da je edina pomoč v primeru spolne zlorabe otroka takojšja prekinitev dejanj. Kadar zaradi različnih pomislekov ne pride do prijave, praksa žal kaže, da storilec nadaljuje s svojimi, dejanji, otrok pa praviloma postane žrtev neuskajenega dela različnih ustanov. Zdravnik se mora zavedati, da je pomembna značilnost storilcev spolnih zlorab otrok povratništvo.

Zdravnik, ki je izbrani zdravnik za celo družino, je postavljen pred odločitev, ali bo ob utemeljenem sumu ukrepal ali ne. Če se odloči, da ne bo prijavil suma kaznivega dejanja, za katerega je zagrožena kazen zapora 3 leta in več, za to ne bo kaznovan, ker ga prijave odvezuje zakon (enako kot npr. spovednika). Vpraša naj se, v čigavem interesu dela: v interesu otroka, staršev ali družine? Ali je družina, v kateri zlorabljajo otroka, zdrava družina? Slovenija je podpisnica Konvencije o otrokovih pravicah, kjer je kot najvišja vrednota zapisana otrokova dobrobit. Ravnanje v korist otroka v smislu te konvencije je pravno nadrejeno ostalim predpisom – tudi tistim, ki urejajo področje zdravniške zaupnosti. V pomoč naj bo priporočilo št. R 2 (90) o družbenih ukrepih v zvezi z nasiljem v družini, ki ga je sprejel odbor ministrov Svetega Evrope 15. 1. 1990 na 432. zasedanju ministrskih predsednikov. To priporočilo v svoji prilogi v okviru ukrepov za otroke izrecno poudarja, da bi socialne in zdravstvene službe morale posvetiti posebno pozornost posameznikom in družinam, ki so v zvezi z nasiljem proti otrokom znani kot posebne tvegano okolje. Isti dokument tudi določa, da ko so koristi zlorabljenega otroka v nasprotju z interesi, ki jih izrazijo njegovi starši, je načeloma treba dati prednost koristim otroka. Zdravnik naj se odloči po svoji vesti, v prvi vrsti pa naj se zaveda, da je zlasti in predvsem avokat otrokovih pravic.

Ženske Dizurične težave

Obseg problema

Pri ženskah v starosti 16–35 let je kumulativna pogostnost okužb sečil 20–%, pri ženskah nad 45 let pa 40–%. Bakteriurija v šolskem obdobju napoveduje večjo verjetnost za bakteriurijo v odrasli dobi. Če ne zdravimo bakteriurije v nosečnosti, 40 % nosečnic z nezdravljeno bakteriurijo razvije akutni pielonefritis (1, 2, 28).

Klinična slika

Siljenje na vodo, pekoče uriniranje, pogosto odvajanje manjših količin seča, bolečina nad sramno kostjo, včasih krvav seč in občutek nepopolno izpraznjenega mehurja po uriniranju kažejo na v rodni dobi pri ženskah najpogosteji akutni bakterijski cistitis. Dizurija je lahko posledica akutnega bakterijskega cistitisa.

Zanj so značilni nenaden nastanek in naslednje izrazite težave: pogosta in boleča mikcija, manjše količine urina in bolečina nad sramno kostjo. Najpogosteji povzročitelji so *E. coli*, *klebsiela*, *proteus* in druge bakterije. Naslednji pogost vzrok dizurije je vaginitis, ki nastane postopoma. Prisoten je nožnični izcedek, ni pogoste in boleče mikcije, zunanje spolovilo srbi, pri uriniranju peče, spolni odnosi so boleči. Najpogosteje ga povzročita *kandida* in *trichomonas*. Tudi akutni uretritis kot tretji najpogosteji povzročitelj dizurije nastane postopno. Prisoten je nožnični izcedek ali krvavitev, vneto je maternično ustje, pojavi se lahko herpetične spremembe po spolovilu. Pogosti povzročitelji so *klamidije*, *gonokoki*, *herpes* in drugi spolno prenosljivi mikrobi; v anamnezi je pogosto menjava spolnih partnerjev.

Diagnoza in zdravljenje

Če se lahko opredeli akutni bakterijski cistitis kot nezapleten (spolno aktivne mla-

de ženske v premenopavzi, ki niso noseče, ki niso imele endoskopske urološke preiskave in niso bile zdravljene z antibiotikom), potrjen z najdbo piurije in bakteriurije v seču, se zdravi empirično 3 dni s trimetoprimom, trimetoprim/sulfometoksazolom ali fluorokinoloni v običajnih odmerkih. V tem primeru urinokultura ni potrebna niti pred začetkom niti po končanem zdravljenju, če je bilo to uspešno. V nasprotnem primeru se opravi urinokultura in zdravi 7 dni po antibiogramu. Če še vedno ni uspeha, se ponovi urinokultura in zdravi po antibiogramu 14 dni. Sedemdnevno zdravljenje je potrebno pri ženskah, ki so starejše od 65 let, imajo sladkorno bolezen ali so nedavno prebolele akutni cistitis. Pri teh je treba pred zdravljenjem narediti urinokulturo (29).

Pri vseh okužbah sečil velja, da morajo bolnice popiti 2–3 l tekočine na dan. Če ima ženska dve epizodi akutnega cistitisa na leto, lahko ob prvih znakih sama brez pregleda pri zdravniku (razen če ni noseča!) začne s tridnevno antibiotično terapijo. Če zdravljenje ni uspešno, je potreben pregled. Včasih kljub dizuriji ni niti bakteriurije niti levkocituirje. Takrat je treba pomisliti na morebitno poškodbo sečnice, ginekološke bolezni, površno intimno higieno, alergijo na pralne praške ali uporabo agresivnih toaletnih mil in šamponov. Pri sumu na nespecifični uretritis je potreben ginekološki pregled. Presejalni test je najdba piurije v sedimentu seča. Dokazano gonokokno infekcijo se zdravi po veljavnih priporočilih, npr. ceftriakson (Lendacin) im 1,0 g in še 7 dni 2 × 100 mg doksiciklina, per os. Monoterapija ne zadostuje. Dokazano klamidijsko okužbo (bris) se zdravi s tetraciklini, makrolidi ali azalidi. Potrebno je tudi zdravljenje partnerja. Brez težav je pod mikroskopom ugotovljiv še trihomonas (učinkovit je metronidazol ali tinidazol, per os in v vaginaletah). Pri značilnih herpetičnih izpuščajih pomaga aciklovir lokalno in v tabletah.

Pri vseh spolno prenosljivih boleznih je potreben tudi pregled partnerja. Spolno prenosljive bolezni pri ženskah pomenijo tveganje za razvoj pelvične infekcije in s tem možne subfertilnosti. Spolno prenosljive bolezni, nespecifični uretritis in vaginitis naj obravnava zdravnik z ustrezno opremljeno ambulanto, ki omogoča tudi ginekološki pregled, mikroskopom, ustaljenimi povezavami z mikrobiološkim laboratorijem ter dobro urejenim sistemom odvzema in pošiljanja kužnin. Pri mladih ženskah se cistitisi pogosto ponavljajo, vendar običajno kot ponovna okužba (reinfekcija), ne pa kot posledica poprej ne popolnoma pozdravljene okužbe sečil (relaps). Ženskam je treba svetovati pitje več tekočine, kot kontracepcija so manj priporočljivi diafragma in kemična sredstva, po koitusu pa naj čim prej izpraznijo mehur.

Preprečevanje

Možna je stalna, intermitentna (3–krat tedensko) ali samo postkoitalna zaščita s kemoterapevtikom (trimetoprim 100 mg, trimetoprim/sulfometoksazol 40/200 mg, norfloksacin 200 mg). Potrebne so urinokulture: sprva mesečno in nato na 3 mesece. Profilaksa lahko traja tudi več kot 2 leti. Za odločitev o dolgotrajni profilaksi je smotrna konzultacija nefrologa. Ženske v menopavzi potrebujejo ob cistitisih estrogenско vaginalno kremo in uroantiseptično profilakso.

Napotitve

Bolnico, ki ima relaps akutnega cistitisa, moramo ob sumu na zapleteno okužbo sečil napotiti k nefrologu. Pred tem je priporočljivo opraviti poleg laboratorijskih preiskav tudi ultrazvočni pregled sečil. Akutni nezapleteni pielonefritis se lahko zdravi ambulantno, razen v primeru hujše splošne prizadetosti, ko je potreben sprejem v bolnišnico. Ta je nujen tudi, če po 48–72 urah ni kliničnega izboljšanja. Bolnike z zapletenimi okužbami sečil zdravi nefrolog ali po dogovoru urolog. Podrobnejša navodila glede diagnostike in zdravljenja sečil so na voljo v monografiji (29).

Redka bolezen je intersticijski cistitis. Zanj je značilno pogosto in mučno boleče siljenje na vodo, ko priteče samo par kapljic urina. Urinski izvid in urinokultura sta

normalna. Bolezen je invalidizirajoča. Potrebna je obravnavava pri urologu in po potrebi še pri drugih specialistih.

Kožne spremembe

Srbež v anogenitalnem predelu tudi pri ženskah lahko pomeni infestacijo z ušmi ali garjami. Vulvitis je lahko posledica vaginitisa; zaradi maceracije se razvije vnetje vulve in okolice. Ulcus vulvae acutum je redka bolezen mlajših žensk, lahko v povezavi z relapsi Behcetove bolezni. Značilna razjeda ob vhodu v nožnico je precej boleča. Diferencialno diagnostično je treba paziti na razjede pri spolno prenosljivih boleznih. Kravroza vulve v klimakteriju in tudi kasneje je povezana z lihen sklerozusom et atrofikusom; spremembu srbi; pomagajo kortikoidna mazila in estrogenske kreme. Pri sladkornih in debelih bolnicah so pogoste glivične okužbe kože v anogenitalnem področju. Običajno zadoščajo lokalni antimikotik in navodila o higieni. Srbenje okrog spolovila in poliurija sta lahko prvi znak sladkorne bolezni. Anogenitalni predel je tudi lokalizacija inverzne psorize. Ob spremembah mora zdravnik pomisliti še na možnost sifilitičnih sprememb: papulae eroseae, condylomata lata, ulcus durum; tudi koničasti kondilomi niso redkost. Razjede in levkopoplakije, ki se ne zacelijo, moramo histološko verificirati zaradi možnega razvoja karcinoma (30).

Ker zatriline v dimeljskem predelu lahko pomenijo povečane bezgavke zaradi metastaz (melanom, ne-Hodgkinov limfom), je potreben ustrezni razširjeni pregled. Bolečina in oteklina v predelu velikih sramnih usten je lahko znak bartolinitisa. Ob tem je treba vedno upoštevati možnost gonokokne okužbe. Zdravljenje je običajno kirurško. Velja poudariti, da v primeru, ko leži bartolinijeva žleza nekoliko kaudalno, lahko pride do zamenjave s paraanalnim absesom ali furunklom, kjer seveda pri inciziji – delani, kot da gre za paraanalni absces ali furunkel –, ne priteče gnoj. Bolnico napotimo na ambulantni kirurški poseg na ginekološki oddelek.

Pelvične infekcije

Pelvične infekcije sodijo med akutne bolezni, za katere so večinoma značilne bolečina pri tipanju trebuha, cervicalna in adneksalna občutljivost, visoka temperatura in levkocitoza. Običajno je viden gnojni izcedek iz cerviksa. Stanje je lahko podobno vnetju slepiča, endometriозi, stanju zaradi notranje krvavitve, zunajmaternični nosečnosti, adhezijam. Zdravnik naj ukrepa glede na algoritem akutne bolečine v trebuhu. Po drugi strani pa lahko poteka pelvična infekcija z malo simptomati prikrito, a vseeno pušča posledice glede fertilitnosti.

Zdravnik mora pretehtati indikacije za napotitev v bolnišnico: nulipara, ileus, izražen peritonitis, nosečnost, prisotnost materničnega vložka, že znano manj uspešno ambulantno zdravljenje, izraženi gastrointestinalni znaki, močna bolečina, visoka temperatura, sum na absces, nezanesljiva bolnica, visoka levkocitoza ali levkopenija. Za ambulantno zdravljenje pride v poštev ceftriaxon im 250 mg (lendacin) in 7 dni 2 × 100 mg doksiciklina ali kombinacija ciprofloksacina in metronidazola, ker gre običajno vedno za mešane infekcije z anaerobi. Če ambulantno zdravljenje po 24–48 urah ne pokaže želenih učinkov, je potreben sprejem v bolnišnico. Bolnice moramo skrbno slediti, potreben je stalež in kontrola partnerja (31).

Pelvialgija

Kronična bolečina v medenici pomeni pogosto multidisciplinaren problem (32). V tem primeru govorimo o sklopu težav, ki ne zahtevajo urgentnega kirurškega zdravljenja, zato je ukrepanje odložljivo. Pri tretjini bolnic, ki jim naredijo laparaskopijo, ni najti vzroka za bolečine, pri preostalih dveh tretjinah pa najdemo vzrok, ki prej ni bil očiten. Vzroki za pelvialgijo so lahko ginekološki: adhezije, kronične okužbe, zunajmaternična nosečnost, torzija pelvičnih mas ali organov, ciste ovarijev, adenomi maternice, redko je vzrok bolečinam retroverzija maternice; urološki: okužbe, kam-

ni, tumorji; črevesni: kronično vnetje slepiča, vnetna črevesna bolezen, ulkusna bolezen, divertikulitis, zaprtje, kile, zapore črevesja, novotvorbe, paraziti; aneurizma; ortopedska bolečina, nevrološke okvare, akutna intermitentna porfirija, zastrupitve, končno pa še psihosocialni vzroki. Zdravnik družinske medicine naj naredi kompleten klinični status, digitalni rektalni pregled, po možnosti tudi ginekološki pregled (33), poskrbi za izčrpano anamnezo, glede na vodilno delovno diagnozo pa naj naredi osnovno diagnostiko. Laboratorijski pregledi naj vsebujejo pregled seča, urinokulturo, določitev parametrov vnetja, hemogram in sedimentacijo. Od slikovnih preiskav je brez težav dostopen pregledni ultrazvok abdomna. Pri ženskah je večinoma treba opraviti še vaginalni ultrazvok. Glede na delovno diagnozo nato na usmeri pozornost zdravnik določeno področje.

Pri ženskah je pozornost večinoma usmerjena v ginekološke bolezni, ki pa niso nujno vzrok za bolečine. Smotrno je uporabiti algoritem za kronično bolečino v trebuhu (34). Bolnicam damo navodila, da ob vsakem nenadnem poslabšanju takoj pridejo na kontrolo ali običejo dežurno službo. Ob negativnih izvidih ob utemeljenem sumu na patologijo določenega organa je treba razmisiliti o »drugem mnenju« ali dodatni preiskavi istega organa. Pametno je, da diagnostiko vodi in koordinira družinski zdravnik, ne pa, da si specialisti v primeru negativnih izvidov podajajo bolnice drug drugemu, ne da bi za to vedel družinski zdravnik. Glede na veliko možnih patoloških vzrokov je laparaskopija dokaj hitro indicirana, ker obenem z diagnostično pomeni tudi terapevtsko možnost. Diagnostični načrt je odvisen še od mesta ambulante. Tako bo v mestih, kjer je veliko diagnostičnih možnosti, zdravnik verjetno naredil načrt in izvedel diagnostične ukrepe sam. Če pa je kraj bolj oddaljen, je smotrno, da se zdravnik dogovori s kolegom ustrezne stroke, ki ima na voljo diagnostiko, ki je ambulantno dostopna v bolnišnicah. Šele ko je moč z veliko verjetnostjo izključiti organski vzrok za bolečine v medenici, je na mestu zdravljenje same bolečine (protibolečinsko zdravljenje) oziroma obravnava stanja kot somatizacija, depresija ali osebnostna motnja (35). Vedno pa je prva delovna predpostavka, da je bolečina organskega izvora. Tudi v primeru, da se bolečino na koncu obravnava kot psihološko pogojeno kronično bolečino (36), je treba občasno ponovno ovrednotiti klinični status.

Psihoseksualne motnje

Bolnice poiščejo nasvet zdravnika zaradi motenj v libidu ter zaradi dispareunije in anorgasmije. Zaupen družinski zdravnik je najbrž tista oseba, h kateri se bodo bolniki s spolnimi težavami najprej zatekli po pomoč. Motnje libida so pomemben diagnostični kriterij depresij. Pogovor o spolnih težavah skoraj vsaki osebi povzroča težave. Družinski zdravnik lahko uporablja določene psihoterapevtske metode, sodeluje naj v Balintovih skupinah. Ko psihološko obravnava te motnje, mora prej seveda izključiti možne organske vzroke. Včasih potrebuje pomoč specjalista. Bolnice pogosto ne želijo zaupati težav še drugim, zato naj zdravnik obravnava par. Osnovni obris problematike najde v (37). Ne samo delazmožnost ali merljiv učinek medicinskih posegov, tudi kakovost življenja in osebna sreča sta pomembni merili zdravniških ukrepov. Glede na to je pomoč pri spolnih motnjah še kako pomembna.

Moški

Motnje uriniranja

Nočno uriniranje je lahko odraz bolezni srca in ožilja, drugih vzrokov ali pa bolezni prostate. Ozek curek urina pri odraslih, zlasti pri starejših, lahko pomeni strikturo uretre ali povečano prostato in težave zaradi obstrukcije. Vedno je treba pomisliti tudi na možnost malignoma v področju sečil (38).

Obseg problema

Moški imajo zlasti po 50. letu starosti pogosto težave zaradi benigne hiperplazije prostate (BHP). Pri 60 let starih moških je histološko dokazljiva verjetnost, da imajo BHP, 50-odstotna, pri 80-letnikih pa že 80-odstotna (39). Gre torej za zelo pogosto stanje, ki ga srečujemo pri starejših moških. V Sloveniji je verjetno okrog 80 tisoč možnih bolnikov, če ocenimo, da ima klinično zaznavne težave 30 % moških, ki so stari nad 50 let (40). Sama benigna hiperplazija prostate ni bolezen sama zase, dokler ne povzroča težav pri uriniranju ali zastoja seča v mehurju. Kot bolezen jo opredelimo, kadar zaradi težav moški poišče zdravniško pomoč. Pogostnost težav pomeni za zdravnika družinske medicine poseben izziv. Težave, ki jih povzroča rak prostate, lahko ne nastanejo v prvi vrsti kot motnje uriniranja, pač pa kot splošni bolezenski znaki zaradi oddaljenih metastaz: bolečine v kosteh, izguba teže, anemija, utrujenost, limfedem, povečane bezgavke, šele nato motnje uriniranja zaradi obstrukcije in nevrološki simptomi (41). Zavedati se je treba možnosti vedno bolj pogostega moškega raka – v ZDA je to vodilni vzrok smrti zaradi malignoma pri moških, starejših od 55 let (42) –, ker je pri varni obravnavi BHP v ambulanti družinske medicine nujno treba zanesljivo izključiti raka prostate. V Sloveniji je leta 1995 zbolelo za rakom prostate 262 moških; glede na stopnjo rasti pričakujejo v obdobju 2000–2004 povprečno 317 novih primerov, v letih 2005–2009 pa že 362 novih primerov na leto (43).

Klinična slika

Simptomi, ki jih ocenjujemo z mednarodnim vprašalnikom (44), so občutek nepopolnega izpraznjenja mehurja, uriniranje pogosteje kot na 2 uri, prekinjanje curka urina, težave pri zadrževanju urina, šibak curek urina, težave pri začetku uriniranja (potreba po dodatnem pritisku) in zbujanje ponoči zaradi uriniranja. Vprašalnik upošteva tudi posameznikovo oceno kakovosti življenja. Prvo ovrednotenje težav in klinični pregled opravi že zdravnik družinske medicine (38,45).

Raziskava kaže, da se moški šele pri zelo pogostih težavah odloči za obisk pri zdravniku (40): polovica po 6–12 mesecih, četrtna pa šele po 4 letih. Od vseh znakov moške najbolj moti pogosto uriniranje ponoči (več kot trikrat na noč), občutek nepopolnega izpraznjenja mehurja in uhajanje urina. Moški malo vedo o tem, kaj je prostata in kje leži, več pa vedo o raku na prostati. Pacientko je pametno povprašati o soprogovih morebitnih tovrstnih težavah in ponuditi preventivni obisk za pregled prostate. S pomočjo zloženke ji razložimo, kakšen pregled čaka moža, saj se bo večina prvih srečala z digitalnim rektalnim pregledom. Tega naj bi enkrat na leto opravili pri vseh moških, starih nad 50 let. Tu ne gre samo za bolezni prostate, ampak tudi za odkrivanje karcinoma rektuma v dosegu prsta. Kar 70 % rakov na prostati se namreč razvije v periferni coni prostate, kjer so tipni kot nodus v še nesimptomatski fazi (46).

Diagnostika

Pregled bolnika s težavami zaradi predpostavljene benigne hiperplazije prostate je celoten (47). Težave z uriniranjem lahko povzročajo tudi sladkorna bolezen (poliurija, balanitis, pečenje, uroinfekt), relativna fimoza, srčno popuščanje lahko povzroča nikturijo, zdravila lahko povzročajo obstrukcijo (antiholinergiki, antidepresivi, simpatikomimetiki); težave povzročajo tudi pudendalne nevralgije. Obravnavu bolnika z BHP (48) vsebuje poleg natančne anamneze glede uriniranja in spolnih funkcij še izpolnitve vprašalnika IPSS, inspekcijo in palpacijo dimeljskih predelov ter zunanjega spolovila in rektalni digitalni pregled. Zdravnik družinske medicine opravi osnovni pregled urina (lahko s testnimi trakovi). To so obvezne preiskave za standardnega bolnika z BHP. Priporočljive in lahko dostopne preiskave so ultrazvočni pregled sečil, kreatinin in PSA (prostatični antigen), če je seveda indiciran. Zdravnik

mora dobro poznati problematiko določanja PSA, ter metodologijo in vrednotenje izvidov (49). Presejalno določanje PSA pri moških je povezano s plačevanjem stroška za laboratorij oz. s programom nacionalnega zdravstvenega varstva. Preiskava uroflow (meritev pretoka seča) naj bi bila narejena pred kakršnim koli aktivnim zdravljenjem BHP.

Zdravljenje

Če zdravnik družinske medicine sam zdravi bolnika z BHP, mora, kot je bilo že omenjeno, zanesljivo izključiti raka prostate. Seznanjen mora biti s trenutnim diagnostičnim postopkom, ki velja v državi. Za takega bolnika naj uporabi doktrino (48). Najprej naj svetuje higiensko dietetske ukrepe: manj alkohola, kajenja, ostrih začimb, skrb za redno odvajanje stolice, odsvetuje pijače s CO₂. Stanje opazuje. Zdravila iz rastlinskih izvlečkov pri bolezni prostate ne pomagajo, imajo pa močan placebo učinek (50). Obvezna je evaluacija težav z vprašalnikom IPSS. Če težave napredujejo in je prostata manjša kot 40 ccm (izmerjeno z ultrazvokom), je na mestu zdravljenje z zaviralci receptorjev alfa (51, 52, 53), pri večjih prostatah pa pride v poštev jemanje finasterida. Pri zdravljenju s finasteridom moramo nujno spremljati dinamiko PSA (po 6 mesecih zdravljenja je koncentracija PSA enaka eni polovici realne koncentracije).

Napotitev

Napotitev k urologu je smotrna v akutnih primerih zapore urina, ki je ne uspemo razrešiti, kadar nismo popolnoma gotovi v diagnozi, kadar z ultrazvokom odkrijemo sumljive spremembe še na mehurju ali ledvicah, kadar medikamentozno zdravljenje ne izboljša dovolj kakovosti življenja in predvidevamo potrebo po operativnem posegu, kadar je izvid PSA povišan, izvid digitalnega rektalnega pregleda za karcinom prostate pa klinično sumljiv, ali kadar ima bolnik povišan kreatinin, hematurijo, oziroma se mu ponavljajo uroinfekti. Pametno je, da zdravnik družinske medicine stalno sodeluje z istim urologom. Tako je strokovna komunikacija boljša in število nepotrebnih pregledov manjše. Kadar napotimo bolnika na dogovorjeno operacijo, mu moramo natančno razložiti potek operacije, da bo imel nekaj dni kateter, o potenci, retrogradni ejakulaciji. Zato je dobro, da zdravnik pozna večino tehnik operacij, ki so na voljo v najbližji bolnišnici, in spremišča publikacijo Pro prostata, ki jo izdaja Svet za bolezni prostate.

Deljena skrb, spremljjanje

Ker je moških s problematiko BHP izrazito veliko, je potrebno dobro sodelovanje zdravnikov družinske medicine z urologi. Včasih bo pri standardnem bolniku potreben samo uroflow v urološki ambulanti, vse drugo pa bo naredil zdravnik sam. Pri bolnikih, ki imajo uvedeno medikamentozno zdravljenje, so kontrole sprva pogosteje (zlasti zaviralci receptorjev alfa), nato so sistematične kontrole glede prostate (vključujejo tudi digitorektalni pregled) lahko enkrat letno, vsake 3 mesece pa je potrebna kontrola krvnega tlaka ob predpisu zdravil. Ker gre za starejšo populacijo, bolnika vedno obravnavamo celostno. Ker je BHP tako pogosta, je smiselno, da zdravnik vodi poseben protokol za sklop BHP kot kronično bolezen (podobno kot diabetes, hipertenzijo) (54); tako bo tudi lahko primerjal svoje ugotovitve s kolegi in urologi.

Akutna stanja s področja sečil in spolovil pri moških (55)

Nenadna močna bolečina v skrotumu, predvsem pri otrocih in mladostnikih, kaže na možnost torzije testisa. Skrotum je otekel, izraženi so vnetni znaki, bolniku je slabo in bruha; testis je boleč, zaradi rotacije funikulusa potegnjen navzgor in zaročiran; bolečina je ishemična zaradi rotacije funikulusa. Diferencialno diagnostično

pride v poštev pomisliti na vkleščeno kilo (pri torziji nepopolnega descenzusa), na idiopatski edem skrotuma, akutni epididimitis, torzijo priveska testisa. Bolnik naj gre nujno k urologu; biti mora tešč! Kadar so klinični znaki manj izraženi, gre lahko samo za torzijo priveska testisa. Včasih čez kožo preseva modrikast nekrotičen privesek. Zdravljenje je kirurško.

Akutne bolečine v predelu spolovil lahko nastanejo zaradi vnetnih sprememb – epididimitis, orhitis. Izraženi so splošni vnetni znaki. Vnetje je posledica okužbe s koliformnimi bakterijami ali retrogradnega zatekanja urina, ki povzroči kemijsko vnetje. Obmodek je boleč in povečan, meja proti testisu je zabrisana. Potrebni so visoki odmerki antibiotikov, suspenzorij in mirovanje. Včasih ne gre brez kirurškega posega. Diferencialno diagnostično pridejo v poštev idiopatski edem skrotuma, torzija priveska testisa, poškodba.

Akutno stanje je tudi priapizem. To je boleča podaljšana erekcija, ki nima zveze s seksualnim vzburjenjem, ampak jo povzroča idiopatska tromboza v kavernoznih telesih. Možna je povezava z levkemijo, spinalno poškodbo ali zasevki karcinoma. Potrebna je nujna napotitev k urologu. Akutne bolečine ledveno in v predelu spolovil so lahko tudi znak kamnov v sečilih. Parafimoza pomeni zažet glans penisa zaradi ozkega retrahiranega prepucija. Razvijeta se edem in bolečina. Če ne uspe ročna repozicija, tako da se iztiska kri iz glansa, je potreben kirurški poseg z dorzalno incizijo zoženega obroča, kasneje pa cirkumcizija. Akutna retanca urina je prav tako nujno stanje. Potrebna je kateterizacija; če ta ni možna, uporabimo suprapubično punkcijo.

Kožne spremembe (27, 30) v predelu sečil in spolovil

Bolnik se oglasi pri zdravniku zaradi motečih, srbečih ali vidnih sprememb v anogenitalnem predelu. Še vedno je aktualno pomisliti na uši in garje. Zlasti na penisu so spremembe zaradi rahle kože lahko precej vnetno poudarjene. Mehurčasti izpuščaji kažejo na infekcijo herpes simplex. Na koži v pregibu med nogami je pogosta eritrazma, katere značilnost je enakomerna, rjavasta ali rjavkasto bleda nesrbeča ploskev brez izrazitih vnetnih znamenj. Učinkoviti so lokalni antimikotiki, včasih je potreben eritromicin per os. V nasprotju z eritrazmo imata epidermofitija in povrhnja tinea oster, z vnetjem poudarjen rob. Učinkovito je zdravljenje z lokalnimi ali sistemskimi antimikotiki (glede na globino okužbe). Pomisliti je treba tudi na inverzno psorazio. Intertrigo je neostro omejen. Pri moških, ki se zelo potijo, so pogosteji koničasti kondilomi. Vedno je treba misliti tudi na možnost spolno prenosljivih bolezni – široki kondilomi, ulcus durum, papulae eroseae. Vnetje glavice penisa, balanitis oz. balanopostitis je lahko znak okužbe s kandido pri slatkorni bolezni. Včasih je to sploh prvi simptom, ki moškega pripelje k zdravniku – in še to na ženino zahtevo. Določiti je treba krvni sladkor. Vzrok je lahko še mikrobnna okužba oziroma slaba higiena. Pri spremembah na glavici penisa je treba diferencialno diagnostično upoštevati spremembe zaradi lihen ruber planusa (Wichamove lise), balanitis chronica circinata z značilnim belim robom, ki srbi, ali plazmaceličnega benignega kroničnega balanopostitisa. Bolnike posvarimo pred pretiranim umivanjem z milom, ker to balanitis le poslabša, saj poškoduje zaščitno plast. Vse omenjene spremembe je treba histološko verificirati. Pametno se je posvetovati z dermatologom, urolog pa naj naredi biopsijo.

Na spolovilu so možne fakultativne in obligatne prekanceroze, kot so levkoplakije. Mb. Bowen na prehodnih sluznicah se imenuje erythroplasia Queyrat. To je živo rožnata, gladka ali drobno zrnata, včasih erodirana ploskev. Možna je maligna alteracija. Zdravnik ne sme spregledati spinocelularnega karcinoma ali Pagetovega karcinoma. Kravroza penisa pomeni kronično obliko lichen sclerosus et atrophicus, ki sčasoma povzroči atrofijo ustja uretre. Pomembna je možnost maligne alteracije. Na zunanjem spolovilu se lahko pojavi kronični pemfigus ali kožna tuberkuloza. Tudi nekatere generalizirane reakcije (Quinckejev edem) se lahko močno klinično odra-

žajo na zunanjem spolovilu. Zaradi rahlega tkiva in otekanja je lahko zunanje spolovilo izredno oteklo.

Otekline, zatrdline v področju spolovil (55)

Zatrdlina v skrotumu je lahko boleča ali neboleča. Maligni tumorji testisa so razmeroma redki; najpogostejši so v starosti od 25 do 35 let. Bolniki imajo bolečine le v 15 % primerov. Bolečina, oteklina in vnetne spremembe so značilne za epididimitis. Večinoma je oteklina na eni polovici skrotuma. Zdravljenje (le odraslih bolnikov!) z antibiotiki, mirovanjem in suspenzorijem je večinoma učinkovito, če pa v kratkem vendorle ni izboljšanja, mora bolnik k urologu. V skrotumu je poleg že naštetih vzrovkov lahko še hidrokela, spermatokela ali varikokela. Hidrokela pomeni nabiranje tekočine med testisom in tuniko vaginalis. Nastane zaradi kronične travme, pogostih vnetij ali idiopatsko. Zdravljenje je kirurško. Spermatokela je neboleča cistična masa, lahko lobulirana; vsebuje tekočino, pomešano s spermiji. Če je moteča, je zdravljenje kirurško. Varikokela je vidna stojé, ležé pa splahni. Gre za zastoj venske krvi v pampiniformnem pleksusu; stojé v spermatičnem povesmu zatipamo napete vene. Večinoma je levostranska, znižuje plodnost, zdravljenje je visoka kirurška ligatura. Pri vseh oteklinah v skrotumu je zdravniku družinske medicine neposredno dostopna preiskava, poleg klinične s presvetlitvijo tudi ultrazvočna preiskava sečil in spolovil. Bolečine v skrotumu so včasih posledica urolitiaz in izžarevanja bolečine v skrotum. V ingvinalnem predelu mora biti zdravnik pozoren na kile in povečane bezgavke. Te gredo lahko na račun okužb s spolno prenosljivimi boleznimi ali pa malignomov, npr. malignega melanoma ali ne-Hodgkinovih limfomov. Bolečina v perianalnem predelu je lahko posledica paraanalnega abscesa. Včasih moški težko lokalizira bolečino. Pri uroloških boleznih je obvezen rektalni digitalni pregled. Za paraanalni absces je značilno, da nič ne vidimo, tipamo pa močno občutljiv predel paraanalno. Zdravljenje je kirurško.

Hematospermija

Hematospermija pomeni kri v spermii. Lahko je posledica okužbe sečil, prostatitisa, tumorjev, spolno prenosljivih bolezni ali motnje v koagulaciji. Potrebna je natančna klinična preiskava, preiskave seča in ultrazvočni pregled sečil. Če zdravnik ne ugotovi vzroka, je potrebna napotitev k urologu.

Okužbe sečil

Pekoč občutek pri uriniranju, krvav seč in izcedek iz sečnice so znaki akutnega cistitisa. Pri zdravih moških so ti redki. Dejavniki tveganja so homoseksualnost, neobrezanost ob ozkem prepuciju ali spolni odnosi z žensko, ki ima nožnico kolonizirano z uropatogenimi sevi bakterij (najpogosteje E. coli). Pred začetkom zdravljenja naredimo preiskave seča in urinokulturo. Diagnostična je piurija in bakteriurija, 103 kolonij bakterij. Zdravljenje traja 7 dni (trimetoprim, trimetoprim/sulfometoksazol, fluorokinoloni), urinokulturo pa se kontrolira 3.–4. dan zdravljenja in 14 dni po zdravljenju. Če je zdravljenje uspešno, kontrole niso potrebne. Če je mehanizem nastanka okužbe jasen, svetujemo preventivne ukrepe. Nezapletene oblike pielonefritisa pri moških je treba zdraviti 6 tednov, vključno s kontrolami urinokultur 3.–4. dan, 10.–14. dan in 14 dni po končanem zdravljenju (56). Pri ponovitvi, relapsu, hematuriji ali reinfekciji je potrebna napotitev k urologu ali nefrologu. Tudi zapletene ukužbe sodijo v specialistično ambulanto.

Akutni prostatitis povzročajo večinoma E. coli in Proteus sp. z ascendentno okužbo. Značilna je naslednja klinična slika: bolečine suprapubično, v presredku, mrzlica, pekoče in boleče uriniranje, tanjši curek seča in zastajanje seča. Klinično je prosta ta zelo občutljiva, masaža je kontraindicirana, ravno tako kateterizacija pri zapori seča! Značilni laboratorijski znaki so piurija, bakteriurija, levkocitoza in povišan

CRP. Blažje primere lahko zdravi zdravnik družinske medicine, težje pa je treba napotiti v bolnišnico (merilo je splošna prizadetost, zapora seča, starost, sočasne bolezni, dehidracija). Pri ambulantno zdravljenih bolnikih je pred zdravljenjem potreben odvzem urina za urinokulturo, zdravi pa se s sistemskimi fluorokinoloni ali trimetoprim/sulfometoksazolom. Potrebni so analgetiki. Kadar po 48 urah pri ambulantnem zdravljenju ni izboljšanja, je potreben sprejem v bolnišnico. Ambulantno zdravljenje traja 4–6 tednov. Kontrolne urinokulture so potrebne po 1. in 4. tednu ter 2 tedna po končanem zdravljenju. Po zdravljenju moramo oceniti sprožilni dejavnik, morda najti vzrok okužbe in temu primerno preventivno svetovati. V kolikor se odkrije klamidijska okužba, se zdravi z makrolidi, azalidi ali tetraciklini. Kronični bakterijski prostatitis naj zdravi urolog. Potrebno je večmesečno zdravljenje – najprej v terapevtski dozi, nato kot profilaktično uroantiseptično zdravljenje. Značilni so nelagodni občutki, boleč izliv semena, bolečine v modih, notranjem delu stegen, perineju. Za diagnozo je pomembna analiza kulture eksprimata prostate, če je urinokultura negativna. Bolniki naj pri odnosih nujno uporablajo kondom (ne glede na siceršnjo zaščito partnerke), dokler ni vnetje popolnoma pozdravljen. Kadar bakterijske okužbe – kljub piuriji – ni možno dokazati, je prostatitis označen za kronični nebakterijski. Bolnika mora nujno pregledati urolog. Bolniku je treba nujno opraviti ultrazvočni pregled sečil. Terapevtsko pomagajo nesteroidni antirevmatiki, kopeli, psihološka podpora, blokatorji receptorjev alfa, včasih celo antidepresivi.

Prostatodinija pomeni pelviperinealno bolečino. Praviloma gre za stanja, kjer z izjemo piurije ni možno najti patoloških mikrobioloških laboratorijskih izvidov. Bolnika mora nujno pregledati urolog. Simptomatsko zdravljenje (antidepresivi, diazepam, blokatorji receptorjev alfa) lahko odpravijo disfunkcijo mišic medeničnega dna. Včasih je indicirana tudi transrektalna termoterapija. Vodenje bolnika s prostatodinijo je zahtevno, stanje je mučno in lahko vodi v impotenco.

Seksualne motnje

Do 1 % vseh moških prizadene plastična induracija penisa. Bolnik navaja boleče krivljenje penisa med erekcijo, navadno navzgor in vstran. Palpatorno je čutiti dorzalno čvrsto fibrozno ploščo. Zdravljenje je možno z večjimi odmerki vitamina E in steroidi ali kirurško (55). Pred pregledom pri urologu je pametno, da si bolnik naredi fotografijo penisa v erekciji v dveh projekcijah. (Po možnosti naj uporabi polaroidni ali digitalni fotoaparat, da se izogne zadregi pri razvijanju slik!)

Erektilna disfunkcija je vedno bolj dostopna diagnostiki in zdravljenju. Dobra komunikacija z bolnikom olajša zaupanje tovrstnih težav zdravniku. Včasih je dobro bolnika neposredno povprašati o potenci. Vedno več je namreč stanj, kjer je možno pomagati moškim. Na voljo so vsadki v penis, vakuumski pripomočki za napolnitev penisa in vzdrževanje erekcije s pomočjo obročka, lokalne injekcije prostaglandinov, ki si jih lahko bolniki aplicirajo sami, in preparat sildenafil. Vsaka od metod ima svoje dobre in slabe plati; nekatere so povezane celo s tveganjem. Še vedno je pametno narediti psihološko oceno, ali ni vzrok impotence morda samo psihološki. Ateroskleroza, sladkorna bolezen, fiziološko staranje in nevrološke bolezni pomenijo organske vzroke, ki jih mora zdravnik družinske medicine opredeliti, preden bolnika obravnava urolog. Vaskularne motnje v odtoku venske krvi lahko kirurško zdravi urolog. Bolniki naj bi uporabljali sildenafil in druge pripomočke po zdravniškem priporočilu.

Psihoseksualne motnje so opisane v posebnem poglavju, pogosto težavo, kot je prezgodnji izliv, pa lahko uspešno obravnava tudi družinski zdravnik (37).

Skupni simptomi pri moških in ženskah

Hematurija

Hematurija je bolezenski znak, ki bolnika hitro pripelje k zdravniku. S preiskavo s testnimi lističi in pregledom sedimenta seča pod mikroskopom ločimo pravo he-

maturijo od psevdohematurije (povzročajo jo lahko rdeča pesa, bilirubin, antisepiki, nekatera zdravila – rifampicin itd., porfirini). Mioglobin v seču da pozitivno reakcijo na lističu, a v sedimentu ni eritrocitov; enako hemoliza.

Zdravnik družinske medicine ima na razpolago preiskave urina, osnovni laboratorij, dostopnost do ultrazvočne preiskave in večinoma tudi do rentgenske urografije.

Smotorno je naslednje ukrepanje (57). Če je potrjena prava hematurija, je najpogosteji vzrok bakterijska okužba sečil. Pri doslej omenjenih vzrokih moramo pri perzistentni hematuriji upoštevati tudi možnost tuberkuloze. Če pa je okužba izključena, opravljeni osnovni testi koagulacije lahko odkrijejo trombocitopenijo, hemofilio ali iztirjeno antikoagulacijsko zdravljenje. Če so testi koagulacije negativni, je treba narediti kvantitativno oceno proteinurije, ki ob rezultatu več kot 1 g/dan pomeni obvezno napotitev k nefrologu za nadaljnjo diagnostiko, ob normalnem izvidu pa najprej ultrazvočno preiskavo ledvic in nato (po potrebi) še rentgensko urografijo. Nadaljnja diagnostika je odvisna od najdbe. Ob sumu na tumor, kamen, poškodbo ali zelo velike ciste vodi pot k urologu, ob sumu na ledvične bolezni (glomerulonefritis, intersticijski nefritis, vaskulitis, vaskularne motnje, benigne hematurije) pa k nefrologu. Odločitev glede zaporedja preiskav je odvisna tudi od sočasnih težav. Včasih je lahko ob bolečinah, sumljivih zaradi kamna v sečilih, takoj za pregledom seča možno narediti ultrazvočno preiskavo, ki pojasni problem.

Hematurija je bolezensko znamenje, ki ga mora zdravnik obravnavati z vso skrbnostjo. Čeprav so okužbe sečil res najpogosteji vzrok za hematurijo, pa so tudi druge možnosti tako pomembne, da ta problem zahteva posebno obravnavo. Že omenjena mikrohematurija lahko pomeni tuberkulozno okužbo sečil. Tumorji sečil so pomembna diagnostična možnost; kamen je lahko tudi asimptomatski in povzroča hematurijo. Sistemske bolezni, glomerulonefritisi, benigne hematurije so naslednja možnost. Pri moških z ugotovljeno BHP je ta najpogosteji vzrok hematurije. Druge možnosti (feokromocitom v mehurju, endometrioza sečevoda in mehurja pri ženskah, vaskularne anomalije, nekatera zdravila) so redkejše. Za zdravnika družinske medicine pomeni posebno past možna kombinacija dveh ali več vzrokov hematurije, ki se prekrivajo. Moški po 60. letu imajo pogosto BHP, so včasih na antikoagulantni terapiji, po 60. letu pa je pogosteji tudi karcinom ledvic. Če perzistira hematurija kljub ureditvi INR, je treba izpeljati celotno diagnostiko. Pomisliti velja še na možnost, da akutno vnetje slepiča lahko poteka kot eden izmed napadov že ugotovljenih ledvičnih ali ureternih kamnov skupaj s hematurijo. Akutna intermitentna porfirija lahko poteka kot akutni abdomen; dodatno se lahko določi porfirine v urinu. Če je možno, naj zdravnik sam pogleda sediment urina pod faznokontrastnim mikroskopom (v večjih zdravstvenih domovih naj bi bilo to izvedljivo), da bo lahko ocenil dismorfnost eritrocitov in s tem verjeten glomerulni izvor eritrocituirje.

Ledvične kolike

Pomenijo akutno bolečino zaradi možnosti zapore odtoka seča – večinoma zaradi kamna – v sečilih. Večkrat zdravnik obravnavava bolnika v dežurni ali urgentni službi, ker gre lahko za zelo hude bolečine z bruhanjem. V Ljubljani so v dežurni službi v letu 1995 zaradi urolitiae obravnavali 372 bolnikov, tj. praktično vsak dan vsaj enega (58). Določitev hematurije s trakom, klinični izvid in nujni ultrazvočni pregled večinoma odkrijejo kamen in morebitno odtočno motnjo. Nativna rentgenska preiska va trebuha prikaže samo radiopačne kamne. Seveda je potrebna celotna klinična ocena akutne bolečine v trebuhu in upoštevanje vseh diferencialno diagnostičnih možnosti. Algoritem obravnavе akutne bolečine v trebuhu je lepo opisan v (59). V nujnem primeru je potrebna intravenska aplikacija analgetika, spazmolitika in po potrebi še antiemetika. Nujna je izdatna hidracija. Bolnik naj hodi, da morda sproži spontano premikanje in izločenje kamna. Protibolečinsko zdravljenje tudi olajša spontano izločanje manjših kamnov. Kamni s premerom 6–7 mm se lahko izločijo

sami, zlasti če ležijo nizko v sečilih in so pravilnih oblik. Po obravnavi v dežurni službi naj se bolnik oglasi pri svojem zdravniku zaradi morebitne potrebe po dodatnih ukrepih. Zdravnik v dežurni službi mora bolnika posebej opozoriti na to. Premikanje kamna mora spremljati, da ne bi postal asimptomatski, obenem pa povzročil nem zastoja urina. Bolniku naj tudi svetuje, da urinira skozi cedilce, da morda ujame kamen za biokemično analizo. Če ima bolnik povišano temperaturo, je treba pred predpisom antibiotika odvzeti urin za urinikulturo. Brez odstranitve motnje odtoka seča zdravljenje okužbe ni učinkovito.

Znake zapore lahko povzroči tudi papilarna nekroza, na kar je treba pomisliti pri diabetikih in tistih, ki čezmerno uživajo analgetike (60). Nujna napotitev k urologu je potrebna, kadar gre za bolečine, ki jih je treba obvladati z daljšo infuzijo, ali pa v primerih, ko je zapora takšna, da povzroča hujšo dilatacijo votlega sistema in jo je treba razrešiti – bodisi endoskopsko ali s perkutano drenažo. Pri bolnikih, ki imajo že ugotovljeno maligno bolezen, je treba vedno pomisliti tudi na pritisk na sečila od zunaj (npr. zaradi povečanih bezgavk) in kontrolirati stanje osnovne bolezni. Načrtovana napotitev k urologu je potrebna, kadar je kamen simptomatski in tako velik, da ni verjetna spontana izločitev. Pri komplikiranih koralnih kamnih velikokrat pride v poštev zunajtelesno drobljenje. Ker se v več kot polovici primerov pojavi kamnov v sečilih ponovi, je po razrešitvi akutnega problema potrebna ocena presnovne motnje, ki je pripeljala do kamna. Ta ocena je kompleksen postopek, ki zajema velik del interne medicine (61).

Najpogostejši so kamni iz kalcijevega oksalata (65–70 % vseh kamnov), sledijo pa kamni iz sečne kisline (15 %) ter struvitni (5–10 %) in cistinski kamni (manj kot 1 %) (62). Pri kalcijevih kamnih je treba pomisliti na idiopatsko hiperkalciurijo, hiperkalciurijo ob hiperkalcemiji, motnje v delovanju ščitnice, malignome, sarkoidozo, Addisonovo bolezen. Nagnjenost k tvorbi kamnov povzročajo tudi dolgotrajna imobilizacija, zastrupitev z vitaminom D in renalna tubularna acidoza. Pri kalcijevih kamnih je potrebna omejitev soli: če je absorpcija kalcija v črevesju povečana, je omejitev kalcija na 500 mg dnevno, pri hiperkalciuriji ledvičnega porekla hidroklorotiazid 25 mg na dan, pri hiperparatiroidizmu pa je terapija kirurška. Uratni kamni so največkrat posledica idiopatske uratne litaze, hiperurikemije ali uporabe urikozurikov. Te kamne je možno raztopiti (če že imamo izsledke analize izločenega kamna) z dajanjem kalijevega citrata, tako da je pH urina nad 6,5 in pod 7, omejitvijo purinov v hrani in inhibitorji sinteze urata (allopurinol). Tudi cistinske kamne je možno topiti z alkaliziranjem seča, s sodo bikarbono ali s citrati.

Preprečevanje ponovitev kamnov v sečilih je nehvaležno področje, ker gre za splet velikokrat nepredvidljivih dejavnikov. Za priporočilo diete je treba narediti analizo presnovnega stanja (63). Pri vseh bolnikih s kamni naj bo diureza 2–3 l na dan. V zapeletenih primerih je potrebna konzultacija nefrologa ali endokrinologa.

Oligoanurija

Oligoanurija je stanje, ki zahteva nujno ukrepanje. Anurija (manj kot 100 ml seča na dan) in oligurija (manj kot 500 ml seča na dan) sta stanji, ki zahtevata takojšnje laboratorijske preiskave in po možnosti ultrazvočni pregled. V oskrbi družinskega zdravnika lahko ostane le bolnik z akutno retenco urina zaradi npr. BHP, ki jo zdravnik uspešno razreši in urejenega bolnika z vzpostavljeno diurezo po dogovoru napoti k urologu. Če je mehur prazen in izvidi laboratorijskih preiskav patološki, je nujna takojšnja napotitev na nefrološki ali urološki oddelek. Na oligoanurijo in anurijo mora biti zdravnik pozoren zlasti pri starejših ljudeh, ki živijo sami, pri bolnikih z demenco, oskrbovancih v domovih ter kroničnih bolnikih, ki jih zdravi doma še zaradi drugih bolezni. Svojcem naj naroči merjenje urina in beleženje v protokol. Celoten klinični algoritem oligoanurije je lepo prikazan v (64).

Retenca urina

Retenca urina je akutno stanje, ki zahteva hitro razrešitev. Kateterizacija moškega in ženske je veščina, ki jo mora obvladati vsak zdravnik družinske medicine. V izjemnih okoliščinah pride v poštev suprapubična puncija mehurja, sicer pa je ob neuspehi kateterizaciji treba bolnika prepeljati k urologu.

Inkontinenca

Inkontinenca je pomemben bolezenski znak in obenem velika nadloga – tako za bolnika kot družino. Kot kirurški, socialni problem je obdelana v posebnem poglavju.

Literatura:

1. Falagas ME, Gorbach SL. Practice guidelines: urinary tract infections. *Inf Dis Clin Pract* 1995; 4:241–57.
2. Stamm WE, Stapleton AE. Approach to the patient with urinary tract infections. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR eds. *Infectious diseases*. Second edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998: 943–54.
3. Lindič J. *Vrednotenje osnovnih preiskav seča*. In: Mrevlje F, Možina H, Kocijančič A eds. *Zbornik 41. Tavčarjevih dnevov*. Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 1999: 138–50.
4. Kenda R. *Okužbe sečil pri otrocih*. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinika za otroško nefrologijo, 1996; 16.
5. Kenda R. Organizacija odvzema in preiskav seča v ambulanti. In: Kržišnik C. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Pediatrična klinika, 1994: 101–6.
6. Kenda R. Intercepting apparatus sampling urine for examination purposes. Euro patent 0 510 536 (1994), US Patent 5, 255, 689 (1993).
7. Kunstelj T. Laboratorijski pregled seča s poudarkom na bakteriuriji. In: Kržišnik C. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Pediatrična klinika, 1994: 107–16.
8. Avguštin Čavič M, Čižman M. Antibiotična terapija in profilaksa okužbe sečil. In: Kržišnik C. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Pediatrična klinika, 1994: 158–68.
9. Kenda R. Okužbe sečil pri otrocih. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinika za otroško nefrologijo, 1996; 35.
10. Tršinar B. Pomen urološke diagnostike in terapije pri okužbi sečil. In: Kržišnik C. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Pediatrična klinika, 1994: 144–157.
11. Kenda R. Okužbe sečil pri otrocih. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinika za otroško nefrologijo, 1996; 46.
12. Kenda R, Novljan G, Kenig A, Hojker S, Fettich JJ. Echo-enhanced ultrasound voiding cystography in children: a new approach. *Pediatr Nephrol* 2000; 14: 297–300.
13. Kenda R. Okužbe sečil pri otrocih. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinika za otroško nefrologijo, 1996; 48–60.
14. Jakša I. Preprečevanje bakterijskih okužb sečil in žariščne ledvične brazgotine. In: Kržišnik C. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Pediatrična klinika, 1994: 121–35.
15. Kersnik J. Problematsko usmerjena dokumentacija v splošni medicini. *Med Razgl*, 1994; 33: 223–40.
16. Jakša I. Vzroki inkontinence s poudarkom na enurezi. In: Kržišnik C ed. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, 1991: 91–5.
17. Bidovec M. Otrok z enurezo v ambulanti. In: Kržišnik C. ed. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, 1991: 96–105.
18. Lackgre G, Hjalmas K, van Gool J et al. Committee report. Nocturnal enuresis: a suggestion for a European treatment strategy. *Acta Paediatr* 1999; 88: 679–90.
19. Mikuž Kos A. Psihosocialna obzorja nočne enureze. In: Kržišnik C. ed. *Izbrana poglavja iz pediatrije*. Ljubljana: Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, 1991: 112–19.
20. Kimmel SR, Chessare J. Selected problems of infancy and childhood. In: Taylor RB et al. eds. *Family medicine. Principles and Practice*. 4th ed. New York: Springer 1994: 157–59.
21. Diven SC, Travis LB. A practical primary care approach to hematuria in children. *Pediatr Nephrol* 2000; 14: 65–72.

22. Behrman RE, Vaughan VC, Nelson WE. Eds. Nelson Textbook of pediatrics. 13th edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 1987: 1165–66.
23. Novak R. Ozljede mokračnih putova. In : Novak R ed. Odabran poglavlja iz urologije. Zagreb: NNRO Sportska tribina, 1987: 587–91.
24. Tršinar B. Pomen urološke diagnostike in terapije pri okužbi sečil. In: Kržišnik C. Izbrana poglavja iz pediatrije. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Pediatrična klinika, 1994: 144–57.
25. Ravnik D. Descensus testis. Med Razgl 1991; 30: 253–58.
26. Lunder M. Dermatomikoze. In : Betetto M, Fettich J et al. Mala dermatovenerologija. Ljubljana: Mihelač, 1993: 116.
27. Melvin SY. Child abuse and neglect. In: Taylor RB et al. eds. Family medicine. Principles and Practice. 4th ed. New York: Springer, 1994: 199–200.
28. Bint AJ, Hill D. Bacteriuria of pregnancy – an update on significance, diagnosis and management. J Antimicrob Chemoter, 1994; 33: sup. A: 93–7.
29. Lindič J, Bren A, Kandus A. Bakterijske okužbe na sečilih pri odraslih. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, 1998, 24–31.
30. Fettich J. Nespolne bolezni zunanjih spolovil. In: Betetto M, Fettich J et al. Mala dermatovenerologija. Ljubljana: Mihelač, 1993: 327–9.
31. Sexually transmitted diseases. In: Coryell PA ed. Obstetrics and gynecology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 301–5.
32. Dysmenorrhea and chronic pelvic pain. In: Coryell. PA ed. Obstetrics and gynecology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 271–77.
33. Rainer S. Klinični ginekološki pregled. Med Razgl, 1986; 25: 229–40.
34. Križman I. Kronična bolečina v trebuhu. In: Keber D ed. Razpoznavanje notranjih bolezni. Diagnostični algoritmi. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1994: 6: 8–13.
35. Ginekološke bolezni, dismenoreja. In: Luban–PlozzaB, Poldinger W, Kroger F. Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana: DZS, 1993: 94–5.
36. Tsou CV. Care of the patient with chronic pain. In: Taylor RB et al. eds. Family medicine. Principles and Practice. 4th ed. New York: Springer, 1994: 447–50
37. Psihoseksualne motnje. In: Luban–Plozza B, Poldinger W, Kroger F. Psihosomatski bolnik v splošni ambulanti in njegovo zdravljenje. Ljubljana: DZS, 1993: 113–22.
38. Gradišek A. Zdravljenje BHP v ordinaciji splošnega zdravnika. Pro Prostata, 1995; 4: 9–11.
39. Meares EM, Sant GR. Differential diagnosis of prostate disorders. I. P. H. C. Hong Kong, 1993: Gower Medical Publishing; 19.
40. Koprivnikar H. Povzetek izsledkov marketinške raziskave o prostati. Pro prostata, 1994; 2: 14–6.
41. Kralj M. Težave bolnika z benigno hipertrofijo prostate (simptomi in dinamika razvoja bolezni). Pro prostata, 1994; 2: 3–5.
42. Meares EM, Sant GR. Differential diagnosis of prostate disorders. I. P. H. C. Hong Kong, 1993: Gower Medical Publishing; 39.
43. Pompe–Kirn V. Epidemiološke značilnosti raka prostate v Sloveniji. Pro prostata 1998; 8: 11–4.
44. Mednarodni vprašalnik za točkovno vrednotenje simptomov bhp (IPSS) in oceno kakovosti življenja. Blok vprašalnikov. Svet za bolezni prostate in Lek.
45. Bečan F. Vodenje bolnika z boleznijo prostate. In: Švab I ed. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Ljubljana, 1999: Združenje zdravnikov družinske/splošne medicine SZD: 69–76.
46. Meares EM, Sant GR. Differential diagnosis of prostate disorders. I. P. H. C. Hong Kong, 1993: Gower Medical Publishing; 46.
47. Stanonik M. Diagnostični postopki pri boleznih prostate. Pro prostata, 1994; 2: 7–10.
48. Oblak C. Doktrinarna stališča diagnostičnega postopka, zdravljenja simptomov spodnjih sečil in spremljanja bolnikov z benigno hiperplazijo prostate, Ljubljana, 1998, Združenje slovenskih urologov.
49. Tršinar B. 1. Slovenski urološki simpozij o raku prostate. Pro Prostata, 1996; 5: 14–21.
50. Kralj M. Zdravljenje BHP z zdravili. Pro prostata, 1995; 4: 5–7.
51. Stanonik M. Zdravljenje benigne hiperplazije prostate z blokatorji alfa. Pro prostata, 1997; 7: 7–8.
52. Preželj J, Gradišek A, Accetto R. Antihipertenzivno delovanje Kornama pri zdravljenju bolnikov s hiperplazijo prostate. Pro prostata, 1997; 7: 3–5.

53. Žuntar M. Naše izkušnje pri zdravljenju hiperplazije prostate s terazosinom (Kornam), Pro prostata, 1997; 7: 15–16.
54. Švab I. Bolnik s kronično boleznijo v ambulanti družinske medicine. In: Švab I. ed. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Ljubljana 1999: Združenje zdravnikov družinske/splošne medicine SZD: 9–14.
55. Cotič D, Tršinar B. Pogostejše bolezni zunanjega spolovila pri moškem. Med Razgl, 1994; 33: 105–17.
56. Lindič J, Bren A, Kandus A. Bakterijske okužbe na sečilih pri odraslih. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, 1998; 32–33.
57. Kaplan Pavlovčič S. Hematurija.. In: Keber D ed. Razpoznavanje notranjih bolezni. Diagnostični algoritmi. Ljubljana: Med Razgl, 1994: 5: 1–5.
58. Gradišek A, Aplenc P. Bolnik s kamni v sečilih v ordinaciji splošne/družinske medicine. In: Tršinar B. ed. Kamni v sečilih. Ljubljana: Urološka sekcija SZD Slovenije in klinični oddelek za urologijo Kliničnega centra v Ljubljani, 1996.
59. Križman I. Akutna bolečina v trebuhu: In: Keber D ed. Razpoznavanje notranjih bolezni. Diagnostični algoritmi. Ljubljana: Med Razgl, 1994: 6: 1–7.
60. Bren A, Buturovič Ponikvar J. Ledvične kolike. In: Keber D, Fras Z eds. Zdravljenje notranjih bolezni. Algoritmi odločanja in ukrepanja. Ljubljana: Med Razgl, 1993: 8: 15–19.
61. Bren A. Presnovna obravnava bolnikov s kamni v sečilih. In: In: Tršinar B. ed. Kamni v sečilih. Ljubljana: Urološka sekcija SZD Slovenije in klinični oddelek za urologijo Kliničnega centra v Ljubljani, 1996.
62. Žumer Pregelj M. Etiopatogeneza in razdelitev kamnov v sečilih. In: Tršinar B. ed. Kamni v sečilih. Ljubljana: Urološka sekcija SZD Slovenije in klinični oddelek za urologijo Kliničnega centra v Ljubljani, 1996.
63. Kmetec A. Presnovne motnje v seču kot vzrok nastajanja sečnih kamnov in njihovo preprečevanje. In: Tršinar B. ed. Kamni v sečilih. Ljubljana: Urološka sekcija SZD Slovenije in klinični oddelek za urologijo Kliničnega centra v Ljubljani, 1996.
64. Kaplan Pavlovčič S, Kveder R. Oligoanurija. In: Keber D, Fras Z eds. Zdravljenje notranjih bolezni. Algoritmi odločanja in ukrepanja. Ljubljana: Med Razgl 1993: 8: 20–30.

Priporočena literatura:

1. Kenda R. Okužbe sečil pri otrocih. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, Klinika za otroško nefrologijo, 1996.
2. Lindič J. Vrednotenje osnovnih preiskav seča. In: Mrevlje F, Možina H, Kocjančič A eds. Zbornik 41. Tavčarjevih dnevov. Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, 1999: 13850.
3. Lindič J, Bren A, Kandus A. Bakterijske okužbe na sečilih pri odraslih. Ljubljana: Klinični oddelek za nefrologijo, 1998.
4. Tršinar B. ed. Kamni v sečilih. Ljubljana: Urološka sekcija SZD Slovenije in klinični oddelek za urologijo Kliničnega centra v Ljubljani, 1996.

OSEBA Z MOTNJAMI SPOLNOSTI

Mateja Bulc

Uvod

V ambulantah družinske medicine se dokaj pogosto srečujemo z motnjami spolnosti. Definicija normalnega spolnega obnašanja in motenj spolnega vedenja je socio-loško in kulturno pogojena. Vsaka družbena skupnost po svoje določa meje normalnega spolnega obnašanja, v njenem sklopu pa posameznik pojmuje »normalno« spet po svoje in tudi njegov zdravnik postavlja svoje okvire »normalnega« spolnega obnašanja. Zato strokovnjaki predlagajo uporabo termina družbeno »sprejemljivo« spolno obnašanje.

Verjetno je nejasna meja med sprejemljivim in nesprejemljivim spolnim obnašanjem pogosto razlog za nekoliko drugačen način podajanja problemov s področja spolnosti. Večina bolnikov namreč navaja tovrstno težavo največkrat prikrito za nekim drugim banalnim »vstopnim« zdravstvenim problemom. Če ga zdravnik ne izlušči, ostane skrit in tli naprej kot nerešeno »žarišče« bolezenskih znakov.

Opredelitve

Biološko osnovo spolnosti določajo genetski dejavniki, anatomska sestava, fiziološki, hormonski dejavniki in centralno živčevje (možgani). Biološka osnova je temelj človekove spolne istovetnosti (identitete), ki določa moško ali žensko spolno vlogo. Spolna pripadnost je občutek biti moški oziroma ženska.

Spolna usmeritev je naravnost spolnih želja na določenega človeka. Običajno je heteroseksualna, usmerjena v človeka nasprotnega spola. Če je usmerjena v človeka istega spola, je homoseksualna; če v oba spola, pa biseksualna.

Spolni nagon je občutek nuje, da moramo začeti s spolno aktivnostjo, v vedenjskem smislu pa hitrost in moč odziva.

Obseg problema

Raziskave kažejo, da imajo bolniki probleme na področju spolnosti in da se o njih želijo pogovarjati s svojim zdravnikom. Read in sodelavci so pri obiskovalcih ambulant splošne medicine ugotovili motnje spolnosti pri 35 % moških in 42 % žensk.

S svojim spolnim življenjem je bilo nezadovoljnih 68 % žensk in 75 % moških, zato bi se jih 70 % že zelelo o tem pogovoriti s svojim izbranim zdravnikom. Pri pregledu zdravstvenih kartotek pa so zabeležke o motnjah spolnosti našli le pri 2 % zdravnikovih vpisov!

Prevalenca spolnih motenj pri ženskah naj bi bila med 35 in 60 %, 10 do 15 % naj bi jih imelo popolno anorgazmijo, 50 % pa pomanjkanje spolne želje. Moški naj bi imeli motnje na področju spolnosti v 40 %, večina erektilno disfunkcijo, precej manj pa prezgodnjo ejakulacijo.

Strokovnjaki trdijo, da se ženske osemkrat pogosteje zatekajo k zdravnikom zaradi motenj na področju spolnosti kot moški.

Domači avtorji navajajo, da ima v Sloveniji 20 % odraslih moških težave v spolnosti zaradi erektilne disfunkcije, le 2,3 % pa jih je dejansko poiskalo zdravniško pomoč, čeprav so v anketi odgovarjali, da bi v primeru težav obiskali izbranega zdravnika (četrtnina) ali specialista (12 %).

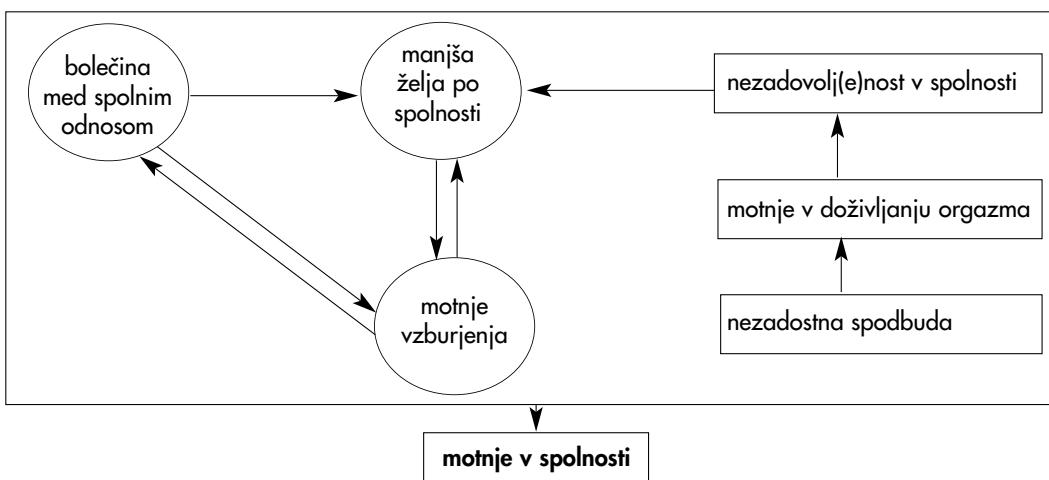
Vzroki spolnih motenj

Spolnost je zapleten proces, ki ga uravnavajo živčevje, žilje in žleze z notranjim izločanjem. Na odnos do spolnosti vplivajo družina, družbene in religiozne norme, spreminja se s starostjo, zdravstvenim stanjem in osebnimi izkušnjami.

Poleg tega spolno dejavnost zaznamujejo tudi medosebni odnosi, saj vsak partner vnaša v odnos lastna prepričanja, potrebe in rešitve. Motnja katerega koli od omenjenih členov lahko vodi v motnjo spolnega življenja.

Slika 1.

Krog motenj v spolnosti



Pacient lahko v krog vstopi na enem mestu (npr. motnje v doživljjanju orgazma) in potuje v naslednja področja (npr. zmanjšana spolnasla), zato problem, ki ga predstavi zdravniku, ni vselej tisti, ki zahteva ukrepanje.

Vzroki za nastanek motenj v posameznikovem spolnem življenju so zelo številni. Spolni odziv je medsebojno delovanje telesnih in duševnih dejavnikov, zato so motnje spolnosti tudi kombinacija obojih. Če je vzrok telesen, se nanj nacepijo duševni odzivi, ki motnjo vzdržujejo. Pomembno vlogo imajo tudi zdravila.

Zelo grobo razdelimo motnje spolnosti na dve skupini: prve povzroča organska okvara ali bolezen (objektivni vzroki), drugih pa ne povzroča telesna okvara ali bolezen (subjektivni vzroki).

Objektivni (sekundarni) vzroki motenj spolnosti

- Prirojene anomalije in nepravilnosti
- Nekatere bolezni ali poškodbe oziroma njihovo zdravljenje (glejte tabeli 1 in 2) ter posledice tako imenovanega nezdravega načina življenja, navad in razvad, kot so pitje alkohola, kajenje ter zloraba drog
- Fiziološke spremembe

Fiziološke spremembe so izrazite zlasti pri ženskah, saj po menopavzi upada delovanje lojnic in znojníc, čutil za dotik, dojke zgubljajo maščevje, ne nabrekajo več, tako da je odgovor na vzbujenje manjši, nožnica se krajša, postaja manj prožna, epitelij se tanjša, izloča manj sluzi, obenem pa vaginalni pH zraste s 3,5 do 4,5 na več kot 5. Jajčniki in jajcevodi se manjšajo, foliklov ni več, stroma brazgotini, maternično telo se zmanjša za 30 do 50 %, maternični vrat atrofira in zmanjša tvorjenje služi, sečnica in trigonum v sečnem mehurju pa tudi atrofirata.

Subjektivni (primarni) vzroki

Motnje so posledica dogajanj v človekovi duševnosti. Psihološki vzroki so trije:

- zaradi prvih se nekdo nagiba k spolnim motnjam,
- drugi spolne motnje sprožijo,
- tretji motnjo vzdržujejo.

V prvo skupino spadajo dejavniki, vezani na otroštvo in odraščanje:

- prestroga vzgoja,
- moteni odnosi v družini,
- neustrezna spolna vzgoja,
- travmatične zgodnje spolne izkušnje,
- zgodnja negotovost o svoji spolni vlogi.

Sprožilni dejavniki so:

- anksioznost,
- nerazumevanje v partnerskem odnosu,
- nezvestoba,
- prezahtevnost do sebe in partnerja,
- reakcija na telesne vzroke motenj,
- depresija,
- spolna partnerjeva disfunkcija,
- banalni razlogi za občasno neuspešnost.

Spolno motnjo vzdržujejo:

- anksioznost,
- predvidevanje neuspeha,
- strah pred intimnostjo,
- pomanjkanje samospoštovanja,
- slaba poučenost o spolnosti,
- slabo poznavanje tehnik, nespretnost,
- napačna prepričanja, verovanja,
- slaba komunikacija med partnerjema,
- izguba privlačnosti,
- nerazumevanje,
- duševne motnje.

Razdelitev motenj

Klasifikacija MKB-10 zajema 3 skupine: »prave« spolne motnje, motnje spolne preference in motnje spolne identitete. Zadnji dve uvršča med motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi.

Motnje spolne identitete

- transseksualizem,
- transvestizem kot dvojna vloga,
- motnje spolne identitete v otroštvu,
- druge motnje spolne identitete.

Najpogostnejša motnja te vrste je **transseksualizem, ki se kaže kot neobvladljiva želja živeti kot oseba nasprotnega spola**. Transseksualec verjame, da je v resnici pripadnik nasprotnega spola, ki je »ujet« v telesu nasprotnega spola. Telo mu je tuje, stori vse, da bi mu zdravniki spremenili spol. Med njimi je več moških. Prepričanje o transseksualnosti nastaja v puberteti, navadno z oblačenjem v obleke nasprotnega spola, ker prizadeti tako želi doživeti občutek, da je pripadnik nasprotnega spola. Tu ne gre za spolno vzburjenje, značilno za **transvestizem** – oblačenje v oblačila, tradicionalno značilna za nasprotni spol. Pri transvestitu želja, da bi izkusil, kako se počuti kot pri-

padnik nasprotnega spola, navadno ni trajna in je večinoma prikrita, zato ne zahteva zdravljenja. Fetišistični transvestizem je preoblačenje v obleke nasprotnega spola, ki ga spreminja tudi spolni užitek.

Zdravljenje transseksualizma je skupinsko; ponavadi se konča kot postopek za spremembo spola.

Motnje spolne preference (parafilije)

- fetišizem,
- fetišistični transvestizem,
- ekshibicionizem,
- pedofilija,
- sadomazohizem,
- multiple motnje spolne preference,
- druge motnje spolne preference.

Fetišist dosega spolno vzburenje izključno le s pomočjo predmetov, sicer pa sploh ne.

Fetišistični transvestizem je motnja, pri kateri nosi oseba, praviloma moški, oblačila nasprotnega spola zato, da bi se spolno vzburil in doživel orgazem. Pogosto je le začetek transseksualizma.

Ekshibicionizem je stalna težnja razkazovati spolovila tujim ljudem, tudi na javnih prostorih.

Tip 1 je večinski, večinoma pri mladih, zavrtih moških, ki se neuspešno upirajo svojemu vzgibu razkazovanja spolovila. Po dejanju, pri katerem ne uživajo, ponavadi ne masturbirajo, čutijo krivdo, nemir in ponižanje. Verjetno je motnja povezana s pomanjkanjem samozavesti v odnosu do žensk.

Tip 2 je značilen za disocialno osebnostno motene moške, ki razkazujejo penis v erekciji in ob tem masturbirajo, se vedejo arogantno in nagovarjajo mimoidoče ženske. Ker se včasih dejanje konča s posilstvom, veljajo za potencialno nevarne.

Pedofilija je spolno nagnjenje do otrok v predpuberteti ali zgodnji puberteti. Nagnjenje je usmerjeno ali v deklice ali dečke, redkeje v oba spola. Žal veliko dejanj ostaja prikritih, ker se dogajajo v družinah. Pedofilni moški ponavadi dobro poznajo svojo žrtev in imajo po mnenju okolice »dober odnos« do otrok, s težavo komunicirajo z odraslimi, veliko je odvisnih od alkohola. Po starosti so treh skupin:

- neprilagojeni, čustveno nezreli adolescenti,
- moški srednjih let s težavami v zakonu,
- osamljeni starejši moški.

V odnosu do žrtve pa ločimo dve skupini:

- pedofil dobro pozna svojo žrtev (poisče mater samohranilko in »skrbi« za otroka, dela v organizaciji, ki se ukvarja z otroki ...),
- pedofilni moški žrtve ne pozna, približa se ji s pretvezo, včasih tudi nasilno.

Po spolu žrtve pa ločimo heteroseksualne (redkeje so odkriti) in homoseksualne pedofile. Slednje pogosteje odkrijejo in kaznujejo.

Vojerstvo pomeni trajno težnjo opazovati ljudi med spolnim odnosom ali intimnimi opravili, ne da bi se opazovani tega zavedal; opazovalec ponavadi masturbira in doživi orgazem.

Sadomazohizem je spolno nagnjenje do takih oblik spolnosti, pri katerih se partnerja trpinčita, ponižujeta in si povzročata bolečine. Mazohist namenoma trpi, je ogrožen ali poškodovan, da doseže spolno vzburenje, sadist pa aktivno trpinči drugega. Vloge si pogosto menjajo.

Zdravljenje motenj spolne preference je težavno, prognostično neugodno. Pri motiviranih pride v poštev kognitivna behavioralna terapija.

Motnje spolne funkcije

Pomanjkanje ali izguba spolne želje

Izkušajo jo moški in ženske, ki nimajo spolnega poželenja ali ga občutijo zelo redko. Ugotovijo ga sami, ponavadi tedaj, ko jih partner opozori, da ga to pomanjkanje moti.

Seksualna averzija in pomanjkanje spolnega uživanja

Prva motnja se približuje pomanjkanju spolne želje, ponavadi je sekundarna, posledica kake druge bolezni ali motnje. Ker je zelo močna, se človek izogiba vsakršnim spolnim stikom. Pogostni vzroki so: zloraba ali travmatična spolna izkušnja v otroštvu, posilstvo, posledica bolečih spolnih odnosov, moten partnerski odnos. Za motnjo je značilen hud odpor do vsega spolnega; pogosteje je pri ženskah.

Neuspešnost genitalnega odziva

Pri ženski:

Suhost nožnične sluznice spremlja tudi odsotnost spolnega užitka. Nekdaj so motnjo imenovali frigidnost, ki pa ima lahko različen pomen (anorgazmija in popolna neodzivnost ženske). Boljši izraz je splošna spolna disfunkcija pri ženski. Primarna pomeni, da ženska sploh ni nikoli in z nikomer uživala, sekundarna pa, da je postala neodzivna šele pozneje. Neposredni vzrok je nevzdražljivost avtonomnega živčevja; čustveno stanje in v podzavest potisnjeni konflikti igrajo pomembno vlogo. Slabe spolne izkušnje, spolna zloraba, anksioznost in nesproščenost so najpomembnejši podzavestni vzroki te motnje. Slaba komunikacija, odsotnost ljubezni, premajhno samospoštovanje pa so med najpogostnejšimi situacijskimi vzroki.

Pri moškem:

Kaže se kot *erektilna disfunkcija*, pogosto napačno opisovana kot impotenza. Gre za erekcijsko motnjo, ki označuje nezmožnost doseči in vzdrževati takšno erekcijo, ki omogoča normalen spolni odnos. Redko je organska, pogosteje psihična, za katero je značilno, da se kaže le ob spolnem odnosu z določeno osebo, ne pa pri masturbaciji, in ima pogoste in močne nočne ali jutranje erekcije. Tudi pri moškem je lahko primarna (nikoli ni imel zadovoljive erekcije) ali sekundarna, ki je nastala pozneje.

Glavni vzroki so anksioznost, strah pred neuspehom, nesproščenost, partnerkina spolna zahtevnost, pretirano verovanje v spolne mite, motnje v partnerskem odnosu in tako dalje.

Orgazmična disfunkcija

Orgazem se sploh ne pojavi ali je zapoznel. Zelo redka je pri moških, pri ženskah pa silno pogosta (v Veliki Britaniji celo do 50 %), če ženske niso dodatno dražene. Verjetno je motnja bolj fiziološka kot psihološka (draženje klitorisa); tedaj je na prvem mestu spet anksioznost.

Prezgodnja ejakulacija

Poleg prehitrega izliva semena pomeni predvsem, da moški ejakulira, ne da bi to hotel, ker ne more nadzorovati ejakulatornega refleksa. Prezgodaj pomeni tako hitro, da nista zadovoljna ne on ne partnerka. Lahko je primarna motnja – moški nikoli ni nadzoroval ejakulacije – ali sekundarna, ki se praviloma pojavi kot posledica erektilnih motenj. Organski vzrok te motnje je prostatitis, neorganski pa anksioznost, strah pred neuspehom, ambivalenca do partnerke.

Neorganski vaginizem

Gre za nehotni krč mišic medeničnega dna, ki je tako močan, da se nožnično ustje zapre. Praviloma je primaren, ponavadi je zelo moteč in zahteva ginekološki pregled za izključitev organskega vzroka. Vaginizem je pogojni odziv na povezavo bolečine in posledičnega strahu pred penetracijo. Bolečina lahko nastane zaradi telesnih vzrokov, v podzavest potisnjениh nerešenih konfliktov, posilstva ali bolečih spolnih izkušenj.

Čezmerni spolni nagon

Satiraza pri moškem in nimfomanija pri ženski sta zelo redki. Ponavadi sta povezani z razpoloženjskimi motnjami, manijo ali začetno demenco (sekundarno).

Bolezni in zdravila, ki vplivajo na spolnost

Na spolno vedenje in življenje vplivajo posredno in neposredno številne bolezni, tako spolnih organov in spolnih žlez kakor tudi nadzornih možganskih centrov, možgakov (duševne bolezni) ter drugih organskih sistemov. Podrobno jih opisuje tabela 1.

Tabela 1. **Bolezni, ki lahko povzročijo motnje v spolnosti**

| | |
|------------------------------|---|
| Bolezni srca in žilja | arterijska hipertenzija koronarna bolezen stanje po miokardnem infarktu |
| Endokrinopatiјe | sladkorna bolezen bolezni ščitnice hiperprolaktinemija bolezni nadledvične žleze |
| Nevrološke bolezni | poškodbe hrbnega mozga multipla skleroz periferne nevropatiјe možganska kap |
| Druge bolezni | avtoimunske bolezni bolezni sklepov z deformacijami bolezni dihal z respiratorno insuficienco ali dispnejo ali obema bolezni ledvic (ledvična odpoved) bolezni prebavil (jetrna ciroza, kolostoma) bolezni sečnega mehurja kožne bolezni neoplazme odvisnosti |

Na spolno vedenje pa – žal pogosto neopaženo – vplivajo tudi zdravila, ki jih uživamo z zdravnikovo vednostjo ali brez nje. Razvejan seznam zdravil, pri katerih moramo pomisliti na stranske učinke na področju spolnosti, prikazuje tabela 2.

Tabela 2. **Zdravila, ki lahko povzročijo motnje spolnosti**

| Zdravila, ki motijo spolno slo | |
|---------------------------------------|--|
| Psihoaktivna zdravila | antipsihotiki barbiturati benzodiazepini selektivni zaviralci privzema serotonina litij triciklični antidepresivi |
| Zdravila za srce in žile | hipolipemiki zaviralci receptorjev beta klonidin digoksin spironolakton |

Zdravila, ki motijo spolno slo

| | |
|----------------|---|
| Hormoni | danazol oralni antikontraceptivi |
| Druga zdravila | zaviralci H ₂ in prokinetiki indometacin ketokonazol fenitoin |

Zdravila, ki motijo vzburjenje

| | |
|-----------------------|---|
| | antiholinergiki antihistaminiki antihipertenzivi |
| Psihoaktivna zdravila | benzodiazepini zaviralci privzema serotonina zaviralci MAO triciklični antidepresivi |

Zdravila, ki motijo orgazem

| | |
|--|---|
| | metildopa amfetamin in druga anorektična zdravila antipsihotiki benzodiazepini selektivni zaviralci privzema serotonina narkotiki triciklični antidepresivi |
|--|---|

Obravnava bolnika z motnjami spolnosti

Ker izbrani zdravnik za bolnika pomeni hkrati diagnostika, zdravstvenega informatorja, vodnika in pogosto celo odvetnika, moramo obravnavati osebo s težavami na spolnem področju kot vse druge s strokovnim *znanjem*, pridobljenimi *veščinami* in v skladu z našimi osebnim odnosom in *stališči*.

Poznati moramo epidemiologijo in kliniko najpogostnejših problemov in motenj spolnosti; vedeti, katere od njih lahko pričakujemo v ambulanti splošne medicine; poznati somatične pritožbe, za katerimi se navadno skrivajo; bolezenske in opozorilne znake, ki nakazujejo prisotnost takih problemov pri bolniku, in kako po njih povprašati.

Obravnava bolnika z motnjami na področju spolnosti se ne razlikuje od klasičnega postopka pregleda v ambulanti družinske medicine.

Anamneza naj bo splošna in usmerjena. Za razumevanje motnje je pomembno, kako hitro se je razvila, kako dolgo traja in kakšno oviro povzroča bolniku. Na motnjo s tega področja lahko posumimo pri:

- slabo definiranih simptomih:
 - stres (simptomi so telesni),
 - anksioznost, strah,
 - depresija,
- pogostih obiskovalcih ambulante,
- resnih čustvenih ali vedenjskih problemih pri enem od družinskih članov, pri spremembi vedenja,
- nerazložljivih poslabšanjih kroničnih težav,
- kadar koli je klasični biomedicinski model neučinkovit ali neprimeren.

Sledi naj **klinični pregled**, ki naj bo celosten in usmerjen. Pogosto za razločevanje bolezni in vzroka motnje potrebujemo tudi laboratorijske ter nekatere dodatne **preiskave**, kot so: ultrazvok sečil ali rodil, nevrofiziološke, rentgenske in urološke preiskave.

Zdravljenje

Zdravljenje organskih motenj spada v domeno ustreznega specialista (urologa, ginekologa, endokrinologa ...). Zdravljenje motenj spolnosti, ki nimajo organskega vzroka, okvare ali bolezni, pa sodi v ambulanto splošne medicine oz. k specialistu »psihiatru, psihologu«.

Zdravljenje spolnih motenj začnemo z usmerjenim pogovorom s pacientom in nato še s partnerjem. V anamnezi je treba natančno pretehtati morebitne vzroke za spolne motnje. Če je klinični in morebitni specialistični pregled pokazal, da ne gre za organsko motnjo, ampak za psihični vzrok, je treba opredeliti še duševne vzroke.

Tretji pogovor poteka skupaj z obema partnerjema, ko sestavimo program zdravljenja. Temeljí na psihoseksualni terapiji (po Mastersu in Johnsonovi), ki ga sestavlja ta psihodinamična in kognitivna psihoterapija ter behavioralna terapija (terapevtične naloge izvajata partnerja doma). Gre za program načrtovanih nalog, ki so vedno bolj intimne, na koncu pa naj bi pripeljale do koitusa. Med pogovori preverjajo, koliko anksioznosti partnerja čutita, in jo poskušajo odpravljati. Pri zdravljenju prezgodnje ejakulacije pa dodajo še trening za njen nadzor. Metode so torej usmerjene v odpravljanje posamične spolne motnje.

Če je vzrok anksioznosti nerešen, v podzavest potisnjen konflikt, uporabljamo tudi kombinacijo terapevtskih nalog s psihodinamično ali kognitivno psihoterapijo. Namen je spremeniti doživljanje samega sebe, izboljšati samozavest in spremeniti odnos do spolnosti nasploh. Pogosto te tehnike kombiniramo še s tehnikami sproščanja.

Zdravljenje z zdravili

Zdravila so pri zdravljenju spolnih motenj le del celostnega programa zdravljenja.

Anksiolitiki so uspešni pri *zdravljenju prezgodnje ejakulacije* (pozor, odvisnost!).

Najnovješje antidepresive iz skupine selektivnih zaviralcev serotonina uporabljamo pri isti indikaciji, žal pa je njihov stranski učinek pomanjkanje spolne želje. Zaviralcem beta pri tej motnji ne uporabljamo, čeprav zavirajo ejakulacijo. Z zavirci alfa imajo nekateri avtorji dobre rezultate, še boljše pa menda pri kombinaciji zavirala alfa in beta.

Za zdravljenje erektilne disfunkcije uporabljamo intrakavernozne injekcije prostaglandina E1 (alprostadil) in sildenafil peroralno.

Priloga

Primer zloženke za bolnike

Imam težave v spolnosti. Kaj naj storim?

Kaj so motnje spolnosti?

Kadar imate motnje na področju spolnosti, jih zdravniki imenujemo spolna motnja. Imajo jih tako moški kot ženske.

Najpogosteje so:

- Motnje poželenja. Spolnost vas zanima malo ali sploh ne.
- Motnje vzburjenja. Ni odgovora telesa na spolne dražljaje ali pa vzburenje traja prekratek čas.
- Motnje doživljanja orgazma. Orgazem doživite prezgodaj ali sploh ne.
- Bolečine ob spolnem aktu, celo tako močne, da spolni akt ni možen.

Vzroki

- Zdravila, bolezni (sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak), pa tudi alkohol, vnetja, utrujenost, stresi, dolgočasje so možni vzroki motenj v spolnosti.
- Žalost, strah, vznemirjenost, nerazumevanje partnerjev, nasilje in zlorabe prav tako povzročajo motnje.
- Med nosečnostjo, dojenjem, po porodu in v menopavzi se spolnost spremeni.

Kako prepoznati težavo?

Skoraj 3/4 zakoncev ima kdaj težave v spolnosti. Če jih imate tudi vi, če spolnost odklanjate, če v njej ne uživate, se pogovorite z zdravnikom!

Kaj narediti?

Naj spolnost ne postane rutina! Če so težave posledica bolezni ali zdravil, odstranite oziroma zdravite vzrok. Če so težave posledica fizioloških sprememb (staranja), uporabite kreme ali olja. Menopavzalne težave lajšamo z zdravili (nadomestno hormonsko zdravljenje).

Kaj pa partner?

Pogovorita se, kaj vama ugaaja in kaj ne, kako si lahko pomagata. Spoštuje partnerjeve želje in nazore. Če se ne znata pogovarjati, poiščita strokovno pomoč (Ambulanta za težave v spolnosti, Psihiatrična klinika v Ljubljani; urologi za organske motnje).

Kako lahko pomaga osebni zdravnik?

Pogovorite se z njim, odkrito opišite svoje težave. Zdravnik vam bo svetoval rešitev, zdravljenje ali pa vas bo napotil k ustreznemu strokovnjaku.

Priporočena literatura:

1. Berkow R. The Merx Manual of diagnosis and therapy. Rahway, NY: Merx & Co. Inc., 1992: 1567–81.
2. Bulc M. Bolnik (-ica) z motnjami spolnosti v ambulanti splošne/družinske medicine. Izbrani zdravnik in ambulantno vodenje bolnika. Srečanje skupin v osnovnem zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske/splošne medicine pri Slovenskem zdravniškem društvu, 1999; 39.
3. Drugs that cause sexual dysfunction: an update. Med Lett Drugs Ther, 1992; 34:73–8.
4. Kocijančič A, F Mrevlje. Interna medicina. Ljubljana: DZS, 1998: 689–708.
5. Phillips NA. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician, 2000; 62: 127–36, 141–2.
6. Phillips NA. The clinical evaluation of dyspareunia. Int J Impot Res, 1998; 10 (Suppl 2): 117–20.
7. Sexuality. International Workshop for Menthors in GP. Dubrovnik, 1997. Abstracts.
8. Steege JF, Metzger DA, Levy BS, eds. Chronic pelvic pain: an integrated approach. Philadelphia: Saunders, 1998: 77–90.
9. Tomori M, Ziherl S (1999). Psihiatrija. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 267–285.
10. Voljč B, T Košir, I Švab, F Urlep. Splošna medicina. Načela in tehnike. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1992: 34–72.
11. Žorž G, M Bulc (1999). A survey of erectile disfunction in Slovenia. Palma de Mallorca: Book of abstracts WONCA, 140.

URINSKA INKONTINENCA

Jože Hlačer

Uvod

Po znanstveni definiciji je urinska inkontinenca vsako neprostovoljno kapljanje oz. uhajanje seča, ki ga bolnik ne more povsem preprečiti. Navadno jo povzroča **čezmerno aktivni sečni mehur ali oslabelost sfinckrskih mišic**. Za prvi primer so značilna nehotena krčenja detruzorjeve mišice med polnjenjem sečnega mehurja. Sproži jo lahko tudi povišan intraabdominalni pritisk (kihanje, kašljanje, napor), pri čemer je oslabljena mišica zapiralka sečnice, medtem ko je delovanje gladkega mišičja sečnega mehurja normalno.

Urinska inkontinenca je velik problem za bolnike, zato bi jo lahko uvrstili kar med prave socialne bolezni.

Zadrževanje seča je funkcija ravnotežja anatomske zgradbe sečnega mehurja, intrinzičnega uretralnega mehanizma ter nevrofizioloških in hormonalnih dejavnikov.

Proti povišanemu intraabdominalnemu pritisku delujejo:

- aktivna zapora uretre,
- pasivna zapora uretre,
- funkcionalna dolžina uretre,
- optimalno delujoči sečni mehur,
- optimalna podpora uretralne fascije pri ženskah.

Aktivna zapora uretre je refleksno krčenje mišic pelvičnega dna, ki se pojavi pri nenadno povišanem intraabdominalnem pritisku, npr. zaradi kašljanja, kihanja, sklanjanja, vzpenjanja na stol. Refleksno krčenje mišic pelvičnega dna pri normalno ležečem sečnem mehurju dodatno povzroči kompresijo uretre in s tem še poveča valvularni učinek vrata sečnega mehurja.

Pasivno zaporo uretre tvori zdravi ovoj urotelija, ki je bogat s submukoznim vaskularnim pletežem, na katerega pri ženskah vplivajo estrogeni.

Od **funkcionalne dolžine uretre** je pomemben predvsem njen osrednji del, okoli katerega je krožno ovit *musculus sphincter urethrae*.

Optimalno delujoči sečni mehur in podpora uretralne fascije sta pomembna predvsem pri ženski kontinenci. Popuščanje uretralne fascije in pojemanje njenih krčenj s starostjo sčasoma spreminja kot med osjo sečnice in vratom mehurja, kar pripelje do prolabiliranja medeničnih organov in urinske inkontinence.

Oba spola imata lahko probleme z urinsko inkontinenco, vendar je po tujih podatkih pogosteje pri ženskah, ki jih prizadene v 33 %, moške pa le v 11 %.

V starosti se razlika med spoloma nekoliko zmanjša, poveča pa se pojavnost, ki znaša 65 % za ženske in 40 % za moške. Zaradi zadržanosti bolnikov do tega stanja imamo bolj malo domačih epidemioloških raziskovanj. Izkazalo se je, da ima stresno urinsko inkontinenco v reproduktivnem obdobju vsaka četrta, v menopavzalnem in postmenopavzalnem obdobju pa vsaka druga ženska.

Napovedni znak je lahko tudi nenadna močna nuja po mokrenju – mikciji. Silovitost je lahko tako močna, da govorimo o urgentni inkontinenci. Motnja se pojavi pri 40 % žensk in 20 % moških.

Poenostavljeni imenujemo uretralno urinsko inkontinenco tudi prisilno, protivoljno dnevno ali nočno praznjenje sečnega mehurja. Pogostnost praznjenja je povišana do osemkrat ali še večkrat dnevno in dvakrat ali večkrat ponochi.

Urinska inkontinenca načelno ni dedna; tveganje je nekoliko večje pri osebah, ki so že v otroštvu močile posteljo (enuresis nocturna). Čezmerno delovanje mehurja povzročajo tudi morebitne motnje v oživčenju sečnega mehurja, ki so posledica prirojenih ali pridobljenih vzrokov (poškodb in bolezni živčnega sistema).

Anatomija sečnega mehurja

Sečni mehur je votel gladkomišični organ, ki se ontogenetično razvije iz urorektalnega septuma od četrtega do sedmega tedna razvoja v maternici. Leži v mali medenični, v Retzijevem prostoru, za simfizo.

Mišičje sečnega mehurja je zgrajeno mrežasto iz gladkomišičnih vlaken, ki se čvrsto prepletajo, razen v prehodu v sečnico.

Sluznica sečnega mehurja je zgrajena iz mnogoslojnega prehodnega epitelija, ki ima dobro lastnost raztezanja.

Trigonum na bazi sečnega mehurja je anatomska izjema. Zgrajen je iz posebno čvrste stene, nima submukozne plasti, zato je sluznica čvrsto pripeta na tuniko muscularis.

V sečni mehur poševno prihajata ureterja na obeh dorzalnih vogalih trigonuma. Poševni vstop ureterjev tvori ob ostijih interuretralno gubo. Refluks seča prepreči dolg potek sečevoda med mišičjem detrusorja in mehurjevo sluznico. Seč v mehurju pritisne na sluznico, ta pa pritisne ureter ob detruzor. Na spodnjem delu trigonuma izhaja uretra, in sicer skozi ostium urethre internum. Splet ven v okolici ostija na tem mestu privzdiguje sluznico in tvori uvulo vesicae. Tudi pod njo je bogat venski pletež.

Gladka mišična vlakna, ki obkrožajo ostium uretre, ga zapirajo. Vzdolžna mišična vlakna, ki prihajajo z vseh strani radialno, pa ostium uretre odpirajo. Ta vlakna tvorijo notranji mehurjev sfinkter. Mrežasto prepletenost gladkih mišic, ki sestavljajo steno sečnega mehurja, imenujemo musculus detrusor (detruzor). S krčenjem gladkomišičnih vlaken se skrajša premer sečnega mehurja, zaradi česar preneha pritisk na venske pleteže in seč začne iztekat iz sečnega mehurja.

Musculus sphincter urethre tvorijo skeletna mišična vlakna, ki obkrožajo uretro in se odvajajo od prečnega musculusa transfersuma perinei profundusa. Na zunanjji sfinkter vpliva naša volja.

Histološka zgradba sluznice sečnega mehurja

Sluznica sečnega mehurja, oba ureterja in ledvična mehova so zgrajeni iz prehodnega epitelija. Prehodni epitelij sluznice sečnega mehurja je v mlahavem stanju sestavljen iz petih do šestih slojev celic. Ko se sečni mehur napolni, se celice sploščijo, zato ima takrat le tri do štiri sloje.

Ženska uretra je obložena z mnogoslojnim ploščatim epitelijem in s predeli večvrstnega visokoprizmatičnega epitelija. Moška uretra je obdana s prehodnim epitelijem, razen v fossi navicularis, kjer je ploščat.

Ponovili smo anatomijo in histologijo sečnega mehurja, uretre, sfinktrov. Tako bomo lažje razdelili in razumeli nastanek patologije ter dobro vodili bolnika z urinsko inkontinenco.

Inervacija sečnega mehurja

Steno sečnega mehurja oživčujejo plexus vesicalis in nervi pelvici.

Plexus vesicalis pripada zgornjemu in obema spodnjima hipogastričnima živcema.

Nervi pelvici oživčujejo parasimpatični živci m. detrusorja iz njegovega »jedra« od S2 do S4 medule spinalis in simpatični živci iz torakolumbalnega pleksusa Th 11 do

L2 trigonum in vrat sečnega mehurja. Progasto voljno mišico m. spincter externus pa prepreda pudendalni živec od S2 do S4 medule spinalis.

Plexus vesicalis je paren in leži v retroperitonealnem prostoru, iznad m. levatorja ani in lateralno od rektuma in vagine.

Simpatična vlakna dobiva sečni mehur z višine Th 12 do L 2 iz hrbtenjače, prek descendantnih nevronov prevertebralnih simpatičnih ganglijev, ležečih v medenici.

Ta vlakna ne oživčujejo samo sečnega mehurja, ampak tudi uterus in rektum.

Ssimpatik deluje verjetno le na krvne žile. Njegova aferentna vlakna prevajajo le občutek bolečine.

Parasimpatična vlakna iz omenjenih organov potekajo skozi plexus pelvis dalje kot nervi pelvici do svojega parasimpatičnega centra v intermedialnem delu S2 do S4 medulae spinalis.

Prek aferentnih vlaken parasympatika se prenašajo napetostni dražljaji stene sečnega mehurja. Pod parasympatikovim vplivom se detruzor začne krčiti. Slednjega normalno stalno zavirajo impulzi centralnega živčnega sistema (CŽS), toda pri hiperefleksiji detruzorja je to zaviranje tako slabo, da se pojavi urinska inkontinenca (okvara živčevja v hrbtenjači ali v CŽS).

Čeprav je mišičje sečnega mehurja oživčeno prek avtonomnega živčnega sistema, je mokrenje ali mikcija v znatni meri pod vplivom naše volje. Progasto voljno sfinkterjevo mišico prepreda pudendalni somatični živec, ki se vzpenja v svoj origo S2 do S4 medule spinalis. Občutek potrebe po mokrenju se pojavi na osnovi dražljaja in povečane napetosti stene sečnega mehurja, ko se v njem nabere okoli 300 ml seča (fiziološka zmogljivost mehurja). Mikcijo lahko začasno zadržimo z voljnim krčenjem uretralnega sfiktra (musculus sfincter urethrae). Center za mikcijo je v možganskom ponsu.

Etiologija urinske inkontinence

Urinska inkontinenca nastane zaradi okvare aktivnih mehanizmov zadrževanja seča: mišice uretre, vratu mehurja in zunanjega sfinktra.

Bolezen lahko povzročajo različni vzroki:

- psihološki dogodki (že majhen otrok mora imeti mir, ko se navaja lulati), stresne situacije, navade pitja tekočin;
- kronične nevrološke bolezni v starejšem življenjskem obdobju (Alzheimerjeva bolezen, Parkinsonova bolezen, multipla skleroza, demanca);
- kronične bolezni, kot je sladkorna bolezen;
- sezonski vplivi, kot sta mraz v zimskem obdobju, sedenje na mrzli podlagi;
- fiziološki dejavniki, npr. nosečnost, porodi;
- iatrogeni vplivi (operacije v okolici sečnega mehurja);
- hormonski vplivi, zmanjšana koncentracija estrogena v krvi žensk po meni;
- različne bolezni, kot so pogoste infekcije sečil (npr. intersticijski cistitisi) ali kronične bolezni (npr. rak ali kamen sečnega mehurja);
- nestabilni detruzor;
- zdravila: zlasti diuretiki in antihipertenzivi. Tudi spazmolitiki, antihistaminiki, trankvilizatorji, nekateri antidepresivi in antiastmatiki vplivajo na sečni mehur. Njihov učinek je še škodljivejši, če ima bolnik tudi benigno prostatično zaporo ali sladkorno bolezen.

Povzetek različnih razlogov, ki povzročajo frekventnost in urgentnost pri urinski inkontinenci, so ginekološko-urološki in drugi vzroki:

- ginekološko-urološki: infekcije sečnih poti, nestabilni detruzor, intersticijski cistitis, fibroza tkiva po obsevanjih, postmenopavzalna atrofija uretralne sluznice, in-

travezikalne lezije mehurja zaradi sečnega kamna, tujkov ali novotvorb, patologija uretre in zunanji pritisk na sečni mehur (tumorji, meta);

- drugi vzroki:
 - zdravila, kot so diuretiki in antihipertoniki,
 - kofein in alkohol,
 - sladkorna bolezen, nevrološke bolezni (Alzheimerjeva, Parkinsonova, multipla skleroza, demenca), bolezni hrbtenjače; poškodbe centralnega živčnega sistema in hrbtenjače. Pretirano pitje tekočin in različne navade praznjenja sečnega mehurja.

Vrste urinskih inkontinenc

Po mednarodni klasifikaciji kontinentnega združenja delimo urinsko inkontinenco na:

- stresno,
- urgentno,
- mešano (stresno in urgentno),
- nevrogeno ali refleksno,
- prelivno,
- sekundarno ali ekstrauretralno.

Stresna urinska inkontinenca

Stresna urinska inkontinenca pomeni uhajanje seča skozi uretro zaradi pritiska na sečni mehur, kadar intraabdominalni tlak preseže vrednosti zapiralnega tlaka sečnice (vzrok je slab sfinkter!) To se dogaja predvsem med naporom, nenadnimi gibi (pri pogibanju ali vzpenjanju na stol pri ženskah), kašljanjem, smejanjem, hojo, tekom in včasih celo zaradi obračanja v postelji med spanjem. V najslabših primerih je dovolj že 20 do 30 ccm seča, da začne kapljati skozi uretro. V srednje hudih primerih se inkontinenca pojavi pri 70 do 80 ccm seča. Najboljšo klasifikacijo stresne urinske inkontinence je podal Stamey (1980), ki jo deli na več stopenj:

- stopnja 0: ni inkontinence,
- stopnja 1: inkontinenca med kašljanjem in napenjanjem,
- stopnja 2: inkontinenca med hojo in zaradi spremembe položaja,
- stopnja 4: totalna inkontinenca ves čas.

Ker seč ženskam kaplja med smejanjem ali pri pogibanjem, jih lahko pregledujemo stoje in leže, vsaki pa moramo namen pregleda pojasniti. Tipično stresno inkontinenco preiskujemo pri bolnici stoje, ko ima poln mehur. Ko zakašlja, ji voda uide curkoma. Obe vrsti, tako stresna kot urgentna, sta prisotni v 40 %. Stresni se lahko pozneje pridruži še urgentna inkontinenca.

Povzetek: Stresna urinska inkontinenca pomeni uhajanje po kapljicah ali v curku!

Primer: Petinsedemdesetletna bolnica je pri osebnem zdravniku povedala, da ji v zadnjem času pri naporu, kihanju ali smejanju po kapljicah uhaja seč. Pregledal jo je tudi ambulantni ginekolog in potrdil, da gre za stresno obliko inkontinence. Ima povečan krvni tlak in jemlje moksonidin (Cynt 0,2 mg) v kombinaciji z blokatorjem beta.

Kako voditi bolnico dalje?

Urgentna urinska inkontinenca.

Običajno jo je težje ločiti od stresne inkontinence, čeprav ima v bistvu različen vzrok in nastanek. Za lažje razumevanje urgentno urinsko inkontinenco delimo na:

- motorično,
- senzorično,
- urinsko inkontinenco zaradi nestabilne uretre.

Motorična urgentna inkontinenca lahko zajema naslednja stanja:

- Primarna idiopatična motorična oblika urgentne urinske inkontinence ali »nestabilni mehur« je pogojena s prirojeno anomalijo detruzorja (nestabilni detruzor). Slednja povzroča, da se nestabilni detruzor lahko krči bodisi zaradi pritiska seča ali spontano. V večini primerov nastopi najprej občutek nuje, lahko nastopi uretralna sprostitev, krčenje nestabilnega detruzorja pa povzroči inkontinenco. Takšni obliki so lahko pridruženi psihosomatični vzroki.
- Motorična urgentna urinska inkontinenca nastane zaradi zapor zunaj sečnega mehurja (BPO) in zapletov pri operaciji stresne urinske inkontinence.
- Hiperrefleksijska motorična urinska inkontinenca ali »nevrogeni mehur«, nastala zaradi bolezni na različnih kraniospinalnih ravneh (prizadetost po možganski kapi, Parkinsonovi bolezni, multipli sleklerozi, spini bifidi; poškodbe medule spinalis).

Senzorična urgentna inkontinenca

Nastane zaradi različnih, lahko tudi psihogenih vzrokov. Najpogosteje gre za preobčutljivost sečnice ali mehurja, kar povzroči močan nagon k mikciji že zaradi majhnega volumna seča v mehurju.

Najpogostnejši vzroki: cistitis, intersticijski cistitis, kamni v sečniku, tujki in tumorji v mehurju; stanja po obsevanju mehurja; kronična vnetja lahko poslabšajo prožnost mehurja in povzročijo tudi inkontinenco. Pogosto pa vzrok ni znan.

Urgentna urinska inkontinenca zaradi nestabilnosti uretre

Dokažemo jo pri kliničnih preiskavah s profilometrijo (z merjenjem uretralnega tlaka). Ko uvedemo kateter s senzorjem v napolnjen sečni mehur, ga izvlečemo v sečnico in določimo maksimalni ureteralni tlak.

Če se v časovno določenem nekajminutnem opazovanju pojavi redukcija tlaka za 15 ccm vode, govorimo o nestabilni uretri.

Diagnozo **urgentne urinske inkontinence** postavimo takrat, ko anamnestično izvemo, da gre za puščanje večjih količin seča, ne pa za uhajanje po kapljicah. Če je sfinktrova moč kolikor toliko ohranjena, pa lahko gre tudi za uhajanje seča po kapljicah.

Bolnike z urgentno inkontinenco močno tišči na vodo, česar nikakor ne morejo odložiti oziroma prekiniti, ker jim voda sicer uide. Hipertonično krčenje detruzorja lahko spodbuja tudi telesno gibanje, zato je anamnestično včasih težko oceniti, za katero obliko urinske inkontinence pravzaprav gre.

Anamneza, ki kaže na urinsko inkontinenco pri spremembni položaja, npr. vzpenjanju na stol, se bolj nagiba v stresno kot urgentno urinsko inkontinenco.

Bolnik z dolgo trajajočo urinsko inkontinenco izgubi občutek napolnjenega ali izpraznjenega sečnega mehurja, zato prihaja do stalnega neprostovoljnega uhajanja seča ali **prelivne urinske inkontinence (overflow)**, ki jo bomo opisali posebej. Ženske imajo pogosto **mešano obliko**, tako stresno kot urgentno urinsko inkontinenco.

Povzetek: Urgentna urinska inkontinenca pomeni puščanje večjih količin seča in ne le uhajanje po kapljicah. Bolnikom voda uide že pred straniščem.

Nevrogena ali refleksna urinska inkontinenca

Nevrogena ali refleksna urinska inkontinenca je odsev patologije centralnega živčnega sistema.

Klinično jo imenujemo kar »nevrogeni mehur«. Glavni vzroki za nastanek nevrogenne urinske inkontinence so lahko prirojena patologija CŽS ali poškodbe hrbtenjače.

Popolna paraplegija s paralizo detruzorja je klasični primer flakcidnega nevrogen-

ga mehurja, ki nastopi zaradi okvare sprednjega motoričnega nevrona. Takrat je vzrok nevrogene urinske inkontinence znan, v drugih primerih pa se lahko pojavi kot eden izmed napovednih znakov nevroloških bolezni (Parkinsonove bolezni, multiple skleroze). Nevrološke bolezni lahko povzročijo hiper- ali hipoaktivni detruzor. Prva oblika je povezana z urgenco ali urgentno urinsko inkontinenco, druga pa z atonijo sečnega mehurja, ki povzroča retenco ali prelivno inkontinenco.

Prirojene anomalije, ki so lahko vzrok za nevrogeno urinsko inkontinenco, so še: spina bifida, mielomeningokela, spinalni disrafizem, dermoidna cista ali fistula sakralnega dela medule spinalis.

Med **pridobljenimi** okvarami centralnega živčnega sistema, ki povzročajo nevrogeno urinsko inkontinenco, so na prvem mestu **poškodbe** z delno ali kompletno poškodovano medulo spinalis v območju inervacije sečnega mehurja. Če je poškodovan zgornji motorični nevron, pa nastane »spastični« ali »hiperrefleksni sečnik«. Inkontinenca urina je ena najhujših, pri mnogih para- in tetraplegikih pa za spriajaznje naježja trajna posledica poškodbe hrbtenjače.

Kako ta problem poškodovani rešujejo, je predmet pravilne in pravočasne strokovne obdelave, zdravniških nasvetov in dejavnosti v društvu paraplegikov. Na voljo so osebne izbire iz ponudbe različnih pripomočkov v specializiranih trgovinah s tehničnimi pripomočki, ki prizadetim blažijo inkontinenco.

Najslabša možnost izbire je stalni **urinski kateter**, ki ga moramo bolniku na domu menjavati enkrat mesečno. Ker lahko povzroča razna vnetja in okužbe sečil, se je treba pozanimati o vseh drugih možnostih in bolniku svetovati najustreznejšo. Hlačne **predloge** za enkratno uporabo so posebej za moške slabša izbira obvladovanja urinske inkontinence. Predloge imajo vododržni vstavek in so opremljene z lepilnim trakom, ki ga je možno prilepiti na spodnje perilo. Če je uhajanje seča močnejše, lahko tudi moški uporabljo predloge, ki so namenjene ženskam. Za čez dan je priporočljiva manjša predloga, za potovanje in noč pa večja in vpojnejša. **Urinalni kondomi** so za mnoge moške zelo primerna rešitev problema nekontroliranega uhajanja seča. So samolepilni in narejeni iz koži prijaznih materialov. Urinalni kondom lahko uporablja vsak, ki v mehurju nima večjega zastanka seča. Osnovna zahteva pri njegovi uporabi je temeljita osebna higiena in redna menjava pripomočka na približno dva dneva.

Urinali so gumijasti zbiralniki seča, ki so pritrjeni okrog pasu z elastičnim pasom. Seč odteka po gumijastem zbiralniku v zbiralno vrečko, pritrjeno na stegno. **Samo-kateterizacija** je dober način za obvladovanje moške inkontinence po poškodbah hrbtenjače. Pomeni samoizpraznjevanje mehurja v rednih časovnih presledkih, kot bi oponašali normalno mokrenje. Samokateterizacije se bolniki naučijo v bolnišnici.

Primer: Petinpedesetletna bolnica je leta 1972 doživelu prometno nezgodo, po kateri se je zaradi kominutivne frakture L-1 razvila paraplegija spodnjih okončin. Do leta 1988 je sfinktre zadovoljivo nadzorovala in seč ji je le občasno uhajal po kapljicah. V tem času je urolog na podlagi anamneze, da podnevi mokri na dve uri, ponoči pa le dvakrat, ter normalnega palpatornega izvida mehurja, preiskave seča in retentov, ki so bili vsi normalni, odločil, da bolnica še ne potrebuje terapije. Sočasno se je zdravila zaradi povišanega krvnega tlaka in ortopedsko-nevroloških težav, ki sicer prizadevajo paraplegika. Vnetja sečnih poti je uspešno obvladoval splošni zdravnik, ki jo je pogosto kontroliral s Sanfordovim testom. Sama bolnica je zelo aktivna, redno telovadi in se razgibava, bojuje se proti kontrakturam v kolkih s stojo in hojo z opornimi aparati. Leta 1993 je začela redno uporabljati hlačne predloge, urinska inkontinenca se ji je poslabšala. V sklopu programa podaljšane rehabilitacije za paraplegike jo je večkrat pregledal urolog. Naučila se je samokateterizacije mehurja s katetri za enkratno uporabo.

Vprašanje: Zakaj je bolnica izbrala za obvladovanje inkontinence samokateterizacijo?

Radikalni operativni procesi v medenici lahko poškodujejo oživčenje sečnega mehurja, zato nastane nevrogena urinska inkontinenca; povzročajo jo tudi vnetni procesi (poliomielitis, encefalomielitis), tumorji, degenerativna obolenja (mb. Parkinson, tabes dorsalis) in sladkorna bolezen.

Med bolniki z multiplo sklerozo jih ima 60 % urgentne mikcije, 50 % frekventne in pri 35 % se pojavi urgentna urinska inkontinenca v določenem obdobju bolezni.

Za **diagnostiko** nevrogene urinske inkontinence so zelo pomembne **nevrološke preiskave in urološki testi**.

V specialistični uroginekološki ambulanti lahko glede na indikacijo napravimo: cistoskopijo, cistogram, IVP, cistometrogram, profil uretralnega tlaka, EMG mišičja medeničnega dna, meritev zaostanka seča v sečnem mehurju. Opraviti je treba le tiste preiskave, ki zanesljivo potrdijo predpostavljeni diagnozo inkontinence.

Izvajajo jih predvsem v specialističnih bolnišničnih uroloških ambulantah, nekaj pa tudi v ginekoloških specialističnih ambulantah.

Primer: Danes štirideset let staro bolnico J. B. je pred tremi leti družinski zdravnik napotil k bolnišničnemu ginekologu zaradi bolečin v spodnjem delu trebuha, posebno v predelu desnega jajčnika. V anamnezi je navajala pogoste uroinfekte in izcedke iz nožnice. Po odvzemu večkratnih brisov iz cerviksa in zdravljenju z antibiotiki v matični ginekološki ambulanti so na bolnišnični ravni postavili diagnozo Carcinom colli uteri stadium I. b. Priporočili so ji operacijo. Leta 1997 je bila operirana na ginekološki kliniki v Ljubljani, in sicer po Wertheimu. Bolnica se spominja prve težave po odstranitvi katetra, ko ni mogla spontano mokriti. Pozneje se je stanje toliko izboljšalo, da je seč lahko zadrževala. Sedaj nima občutka, koliko je mehur poln, pogosto in urgentno mora odvajati ali pa ji seč kar spontano uhaja. Moteno je tudi odvajanje blata. Z **nevrofiziološko** preiskavo so leta dni po operaciji potrdili postoperativno okvaro živčnega spleta mehurja in deloma analnega sfinktra. Izvid: v uretralnem sfinktru izrazita redukcija potencialov motoričnih enot z nizkimi amplitudami in kratkim trajanjem. V analnem sfinktru je potencialov več, so nižji in krajsi; refleksna aktivacija v analnem sfinktru je kar primerna, hotena pa slabša.

Sklep: Pri bolnici je EMG pokazal stanje po okvari oživčenja zapiralke sečnice in zadnjika, pri čemer je bolj prizadeta zapiralka sečnice, kar je združljivo z uhajanjem seča.

Vprašanja: Kakšna je vloga družinskega zdravnika, kadar se bolnica vrača z aktualnimi pritožbami, da zdravljenje pri ambulantnem ginekologu ni uspešno in težave vztrajajo? Kako voditi bolnico po operaciji? Kolikšna je stopnja bolničine telesne okvare in invalidnosti po takšni operaciji pred štiridesetim letom starosti? Ali je treba dodati še odstotke okvare zaradi inkontinence?

Prelivna urinska inkontinenca

Prelivna urinska inkontinenca (overflow) se pojavi kot posledica prolongiranega, zanemarjenega zastoja seča v sečnem mehurju.

Mehanizem nastanka je slabše raziskan in se pojavi, ko pritisk seča v sečnem mehurju premaga uretralni upor.

Ta vrsta inkontinence pogosto nastane zaradi BPO prostate pri moških, ki stiska uretro, povzroča zastoj seča in tako povzroča prelimno inkontinenco.

Bolniki s prelimno inkontinenco imajo poleg uhajanja seča tudi pogosto in oslabelo mikcijo. Poleg velikega zaostanka seča meritve tlakov pokažejo tudi popolno ohlapnost detruzorja, ki ni več sposoben zadostnega spontanega krčenja.

Sekundarna ali ekstrauretralna urinska inkontinenca

Sekundarna ali ekstrauretralna urinska inkontinenca je posledica **fistul**, ki nastanejo po operacijah in obsevanjih zaradi malignih tumorjev genitalnih organov.

Pri ženskah se lahko pojavi ureterovaginalna fistula ali stenoza. Lahko nastanejo tudi vezikovaginalne ali uretrovaginalne fistule ali uterovezikalna fistula. Ekstrauterina inkontinenca je lahko tudi prirojena, pri kateri zaradi ektopije ureterjev seč stalno uhaja.

Povzetek

Od navedenih oblik inkontinence je najpogostnejša **stresna** inkontinenca, saj jo zasledimo pri vsaki četrti ženski v plodnem in pri vsaki drugi v menopavzalnem obdobju. Nastane po porodu, poškodbah mišic ali živčevja, v menopavzi pa zaradi ohlapnosti mišičja medeničnega dna in vezivnega tkiva. Na drugo mesto bi lahko uvrstili **urgentno** inkontinenco. Vzrok je nestabilen detruzor, ki se nehoteno-spontano-fazično krči in povzroča urgentno nujo po mikciji. Nehoteno krčenje je lahko tudi asimptomatično. Nestabilen detruzor je lahko posledica motnje v centralni kontroli mikcije ali perifernih vzrokov. V obeh primerih gre ponavadi za preveliko holingerično vzburjenje ali zmanjšanje perifernega adrenergičnega zaviranja detruzorja. **Refleksno** ali **nevrogeno** obliko inkontinence smo obširneje že opisali.

Urinske inkontinence je pri moških manj kakor pri ženskah. Glavni vzroki za nastanek pri moških so operacije (po radikalni prostatektomiji se poškoduje *musculus sphincter urethrae*); drugi so poškodbe mehurja pri zlomih medeničnih kosti. Ni redka čezrobna oblika inkontinence pri moških zaradi dolgotrajno povečane prostate. Zadnji vzrok pa je posledica okvar po možganski kapi (**nevrogena** ali **refleksna oblika inkontinence**).

Primer: Danes oseminsedemdesetletni R. B. je ortopedski bolnik (z obojestransko koksartrozo z vstavljeni endoprotezo desno in artroplastiko sec. Girdelstone levo), ki je pred sedmimi leti prvič potožil osebnemu zdravniku o težavah z mokrenjem v smislu zastoja in nikturije. Pri DRP pregledu je osebni zdravnik našel sicer mehko konsistentno prostato s prominenco njenega desnega lobusa. Napotil ga je k urologu. Ta je opravil transuretralno resekcijo prostate, pri kateri je odstranil histološko adenomatozno hiperplastično tkivo. Po operaciji bolnik nekaj časa ni imel težav z mokrenjem, pozneje pa seča ni več mogel zadrževati. Specialist mu je zato priporočil 10-krat elektrostimulacijo mišic medeničnega dna. Po njej je imel bolnik nekoliko boljši občutek, da lahko seč zadrži, vendar mu je po določenem času vseeno začel urgentno uhajati.

Urolog mu je pred šestimi leti vstavil iatrogeni mehur. Po operaciji je sicer prišlo do infekcije, ki so jo zdravili po antibiogramu z Garamicinom. Umetna sfinkter-valvula mu je sprva dobro zadrževala seč. Danes ga časovno zadrži okrog dve uri. Pri sedenju in nagibanju najprej ali po pitju alkohola pa postane kljub umetnemu sfinktru inkontinenten. Ponoči dvakrat urinira v plastični zbiralnik.

Vprašanja: Za katero obliko inkontinence gre pri predstavljenem stanju? Ali je pri prikazanem bolniku še možno omiliti inkontinentne težave?

Diagnoza in razvrstitev urinske inkontinence

Za družinskega zdravnika je pomembno poznavanje opisanih vrst urinske inkontinence. Na **osnovni ravni** so najpomembnejše **anamneza, fizikalna preiskava in analiza seča**.

Pri anamnezi mora družinski zdravnik spraševati, kakšni so znaki inkontinence, ali seč uhaja le po kapljicah, ali je uhajanje povezano z naporom (vzpenjanjem, npr. na stol; s skoki, hojo navkreber) ali s kihanjem, smejanjem. Preveriti mora urgentnost in pogostnost (frekventnost) mikcij; izvedeti kronologijo inkontinence in o morebitni enurezi v otroštvu. Zelo dobro je, če bolnik izpolni **vprašalnik** za urinsko inkontinenco, ki zdravniku pomaga prepoznati njeno vrsto. Navajamo vzorčni vprašalnik avtorja R. Gaudenza za inkontinenco z novim točkovanjemurgence in stresa (1979).

Vprašalnik za inkontinenco

Ime: _____

Datum rojstva: _____ Datum spraševanja: _____

| | | Točkanje urgence | Točkanje stresa |
|--|---|--|--------------------|
| Kako pogosto vam uhaja seč? | | | |
| 1. | • Redko, občasno | 1 | |
| | • Dnevno, večkrat dnevno, neprestano | 1 | |
| Kolikšna je količina seča, ki vam uhaja? | | | |
| 2. | • Nekaj kapljic | 1 | |
| | • Večja količina | 1 | |
| Uhajanje seča | | | |
| 3. | • Občasno me le moti | 2 | |
| | • Zelo me ovira | 1 | |
| V kakšnih okoliščinah vam uhaja seč? | | | |
| 4. | • Pri kašljjanju in kihanju | 1 | |
| | • Pri sedenju, med ležanjem | 1 | |
| Ženske: ali ste rodili? | | Moški: ali ste imeli operacijo na prostati? | |
| 5. | • Da | 1 | |
| | • Ne | 0 | |
| Kako pogosto morate mokriti podnevi? | | | |
| 6. | • Na 3 do 6 ur | 3 | |
| | • Na 1 do 2 uri | 2 | |
| Ali morate tudi ponoči hoditi na vodo? | | | |
| 7. | • Nikoli, 1-krat | 2 | |
| | • 2-do 4-krat, pogosto | 3 | |
| Ali vam na poti do stranišča vide seč? | | | |
| 8. | • Nikoli, redko | 2 | |
| | • Skoraj vedno | 2 | |
| Če zaznate tiščanje na vodo, ali morate takoj oditi ali lahko še počakate? | | | |
| 9. | • Lahko čakam, moram iti kmalu (10 do 15 minut) | 2 | |
| | • Moram iti takoj | 3 | |
| Ali močno tiščanje na vodo zaznate nenadoma in vam seč kmalu nato vide, ne da bi to mogli preprečiti? | | | |
| 10. | • Nikoli | 2 | |
| | • Občasno, pogosto | 3 | |
| Ali vam voda uhaja tudi med spanjem? | | | |
| 11. | • Ne, nikoli | 1 | |
| | • Pogosto, redno | 1 | |
| Ali vas pogosto tišči na vodo, ki jo komaj zadržite? | | | |
| 12. | • Skoraj nikoli, občasno | 2 | |
| | • Pogosto, zelo me ovira | 3 | |
| Pogosto tiščanje na vodo, ki bi jo komaj zadržali, zame ... | | | |
| 13. | • pravzaprav ni moteče | 2 | |
| | • je moteče, me zelo ovira | 2 | |

| | | Točkovanje urgence | Točkovanje stresa |
|-----|---|-----------------------|----------------------|
| | Ali imate občutek, da se je sečni mehur po mokrenju popolnoma izpraznil? | | |
| 14. | • Da | | 1 |
| | • Ne | 1 | |
| | Ali lahko curek vode samovoljno prekinete? | | |
| 15. | • Da | | 1 |
| | • Ne | 2 | |
| | Kako je z vašo težo? | | |
| 16. | • Nad 70 kg | | 2 |
| | • Pod 70 kg | 0 | |

SKUPNA VSOTA

Komentar: Inkontinentne bolnike ocenjujemo po stopnji tiščanja (**urgence**) in obremenitve (**stresa**) s točkami od **0 do 26**.

Če je ocenjeno število točk **urgence** med **13 in 26**, število točk stresa pa med **0 in 6**, gre po statistično signifikantni verjetnosti (97 %) za **inkontinenco** (uhajanje seča) zaradi tiščanja (urgence) (motorično vzdržen mehur = MD). Kar 78,5 % vseh primerov **motorične inkontinence** zaradi tiščanja je v diagnostičnih poljih **MD 1 do 4**.

Če je ocenjeno število točk **stresa** med **13 in 26**, število točk urgencije pa med **0 in 6**, gre po statistično signifikantni verjetnosti (87 %) za uhajanje seča zaradi **stresa** (obremenitve) (uretralna insuficienca = UI). Kar 81,5 % vseh primerov stresne inkontinence je v diagnostičnih poljih **UI 1 in UI 2**. Število točk je hkrati podatek za ugotavljanje stopnje uhajanja seča.

Navedeno lahko ponazorimo z naslednjim poligonom:

Ovrednotenje vprašalnika za inkontineco**Točkovanje**

| | | 0–6 | 7–12 | 13–26 | |
|-------------------|-------|------|------|-------|------------------------------------|
| | | MD 3 | MD 2 | MD 1 | je indicirano |
| Točkovanje stresa | 0–6 | | | | |
| | 7–12 | UI 3 | MD 4 | | je priporočljivo |
| | 13–26 | UI 1 | | | zdravljenje z zdravili ni potrebno |

Vir: Gaudenz R. Vprašalnik za inkontinenco z novim točkovanjem urgencije in stresa
Geburtshilfe u, Freuenkeikunde 1979; 39: 784–792

Na podlagi opisanega naj družinski zdravnik poskusi opredeliti vrsto in stopnjo urinske inkontinence. Pri blažjih stresnih inkontinencah naj po predhodni analizi seča bolnice pouči o Keglovih vajah.

Priporoči jim tudi vodenje **dnevnika mokrenja**. Turner in Warwick ga svetujeta že od leta 1979, ker je ta dnevnik pomembnejša informacija o funkciji sečnega mehurja kakor endoskopija. V dnevnik vpisani podatki naj vsebujejo: celoten volumen izpraznjenja, pogostnost mikcij, povprečni in največji posamezni volumen izpraznjevanja, dnevno razporeditev mokrenja in naravo ter resnost inkontinenčnih epizod.

Pri zapletenih in težje prepoznavnih oblikah je treba ženske poslati na ginekološki in urološki pregled, moške pa k urologu. Družinski zdravnik mora biti seznanjen s kliničnimi **preiskavami**, ki sledijo na **bolnišnični ravni**: z ureterocistoskopijo, uretro-cistografijo, flovmetrijo, cistometrijo. V zapletenih primerih urinske inkontinence je treba opraviti še urodinamometrijo in videourodinamsko preiskavo.

Z **ureterocistoskopijo** urolog diagnosticira vnetja, morebitni tumor ali carcinom in situ, sečni kamen, jasno vidi trabekularno strukturo in ostija obeh ureterjev.

Vnetja mehurja in malignom sečnega mehurja so lahko vzrok za urinsko inkontinenco.

Z **uretrocistografijo** določimo pozicijo in mobilnost vratu sečnega mehurja, prisotnost morebitne cistokele; vizualno prikaže podatke o stresni inkontinenci.

S **cistometrijo** določimo senzibiliteto sečnega mehurja, cistometrično kapaciteto in stabilnost ali nestabilnost sečnega mehurja ter izmerimo zaostanek seča.

Flovmetrija meri hitrost sečnega curka in po obliki krivulje omogoča sklepanje o zapori izvodil.

Pri hipertrofiji prostate in cistokeli je povečan valvularni učinek vratu sečnega mehurja.

S **cistometrijo** merimo več parametrov. Določamo senzibiliteto sečnega mehurja, cistometrično kapaciteto, stabilnost ali nestabilnost sečnega mehurja. Izmerimo zaostanek seča in spremljamo tlake v mehurju med polnitvijo.

S katetrom, ki je opremljen s senzorjem, izmerimo pritisk volumske tekočine v sečnem mehurju (P_v), na drugi strani pa prenos intraabdominalnega pritiska na kateter (iaP), ki ga uvedemo rektalno. Razlika med tlakoma (P_v – iaP) je tlak detruzorja P_d.

Prek infuzijskega sistema skozi kateter uvajamo v mehur na telesno temperaturo ogreto fiziološko raztopino. Na urodinamometrovem monitorju med polnjenjem sečnega mehurja spremljamo krčenja detruzorja. Tako dobimo podatke o kapaciteti in raztegljivosti sečnega mehurja. Normalna kapaciteta sečnega mehurja je med 300 in 700 ml.

Med preiskavo je treba izvajati razne provokacije, kot so kašljanje in umivanje rok s hladno vodo. Na podloženi kompresi opazujemo kapljanje seča pri določeni polnosti mehurja.

Pri **videourodinamometriji**, ki je najbolj natančna urodinamična preiskava, poleg podatkov o patologiji sfinktrov in nestabilnosti detruzorja spremljamo še morfologijo sečnega mehurja. S to metodo merimo detruzorski tlak (P_d) in intraabdominalni tlak (iaP) ter hkrati s fluroskopijo opazujemo polnjenje sečnega mehurja. Tudi med to preiskavo izvajamo stresne manevre. Opazujemo morfologijo sečnega mehurja, pridobivamo podatke o aktivni zapori uretre in kritični dolžini uretre.

Zdravljenje urinske inkontinence

Algoritem zdravljenja je odvisen od postavljene diagnoze; vrste in stopnje urinske inkontinence, ki jo spoznamo anamnestično, potrdimo s fizikalnim pregledom in nadaljnimi kliničnimi preiskavami.

V blažjih primerih poskušamo s **splošnimi ukrepi**, tako da bolniki vodijo dnevnik z vpisovanjem podatkov, navedenih v prejšnjem poglavju. Čas brez mokrenja postopno podaljšujemo, dokler bolnik ne doseže presledka vsaj dve do tri ure brez potrebe po mokrenju. To velja zlasti za zdravljenje senzorne urinske inkontinence.

Vaje po Keglu so v uporabi že več kot pol stoletja. Bolnice jih izvajajo tako, da krčijo mišice medeničnega dna. Predstavljajo naj si »vlečenje mišic medeničnega dna navzgor«, kot bi npr. ženska poskušala vsesavati vodo skozi nožnico. To krčenje naj zadržijo od 3 do 10 sekund pri normalnem dihanju. Mišice nato sprostijo za 5 sekund in krčenje ponovijo. V začetku priporočamo ponovitev vaj vsaj 10-krat dnevno, pozneje pa naj jih ponavljajo 4- do 5-krat dnevno. Vsak teden naj bolnica poveča število vaj za 5 (15, 20, 25). Ta vrsta Keglovih vaj se imenuje **podporne kontrakcijske vaje**, saj zavestno krepijo mišičje medeničnega dna.

Zdravljenje je uspešno pri blažjih in srednje hudih stanjih urinske inkontinence. Običajno izboljša simptome pri 60 do 70 % bolnic. Simptomi popolnoma prenehajo pri 10 do 20 % bolnic. V primerjavi s kirurškim zdravljenjem urinske inkontinence so po navedbi nekaterih avtorjev Keglove vaje uspenejše v 40 %. Njihova pomanjkljivost je, da ženske ne morejo kontrolirati, ali so jih pravilno izvedle.

Vaje z **medeničnimi utežmi**, ki so naš domači izum, omogoča ženskam kontrolo nad pravilno izvedenimi krčenji mišic medeničnega dna.

Femina se imenuje naš komplet valjastih uteži, ki tehtajo od 20 do 70 gramov. Omoča normalno izvajanje vaj krčenja mišic medeničnega dna brez prisotnosti terapevta.

Bolnice si jih lahko vložijo v nožnico sede, stoje ali leže za 15 do 30 minut in lahko izvajajo vaje pri normalnih dnevnih dejavnostih.

Pri pravilno izvedeni vaji utež zdrsne navzgor proti materničnemu vratu, kar ženska lahko kontrolira s prstom. Ta tehnika omogoča uspeh v 60 do 90 % in je potrjena s številnimi kliničnimi raziskavami doma in po svetu.

Biopovratni signal (biofeedback) je metoda, pri kateri zdravimo urinsko inkontinenco s pomočjo povratnega vidnega, tipnega in slišnega signala mišic medeničnega dna.

Pri **elektrostimulacijah** s posebno aparatujo z elektrodami spodbujamo pubokokcigealno mišičje. Stimulacijski program variira na tip in postavitve elektrod glede na amplitudo, trajanje in stimulacijsko frekvenco, ki se običajno giblje od 5 do 20 Hz.

S študijami so dokazali, da se je s tem načinom zdravljenja v 60 do 90 % izboljšalo stanje bolnic s stresno, urgentno ali mešano urinsko inkontinenco.

Zdravljenje urinske inkontinence z zdravili

V razvitem svetu se vse bolj uveljavlja zdravljenje urinske inkontinence z zdravili. V ta namen uporabljajo zdravila, ki vplivajo na to, da se sečni mehur prožno prilagaja povečani količini seča, obenem pa zavre predčasno kontrakcijo detruzorja.

Antiholinergiki: npr. Propanthelin v odmerku 15 mg do 30 mg, trikrat dnevno, ali Imipramin v odmerku od 25 do 75 mg, pred spanjem. Stranski učinki zdravljenja, npr. suha usta, so spodbudili raziskovanja novih antiholinergikov.

Oksibutinin z imenom **Ditropan** (proizvajalec Upjohn & Pharmacia) je bil dolgo izbirno zdravilo za oralno zdravljenje urinske inkontinence. Dobre rezultate dosegamo tudi s kombinacijo Keglovih vaj in oksibutininom po 2,5 mg do 5 mg, trikrat dnevno. Takšno zdravljenje ponavadi traja od tri do šest mesecev.

Bolnikom, ki se slabo odzivajo na peroralno zdravljenje, lahko oksibutinin dajemo intermitentno prek sterilnega katetra, tudi intravezikularno. S tem dosežemo veliko višje koncentracije v tkivih in plazmi. Posebno ugoden je za bolnike, ki slabo prenašajo oralno zdravljenje (bolniki z žolčnimi in jetrnimi boleznimi). Oksibutinin se v jetrih metabolizira, metabolit pa je pri določenih bolnikih kriv za slabo prenašanje tega zdravila.

Zdravila iz skupine **M3 receptorskih antagonistov** so najnovejša in so nadaljevanje selektivnih blokatorjev holinergičnih muskarinskih receptorjev.

Detrusitol (tolterodin) je novi selektivni antagonist muskarinskih receptorjev, posebej izdelan za bolnike s čezmerno aktivnim sečnim mehurjem. Dnevni odmerek je dvakrat dnevno po 1 do 2 mg. Tolterodin je v kliničnih preiskavah opazno zmanjšal pogostnost mokrenja za 20 %, število epizod urinske inkontinence pa skoraj za eno tretjino in povečal zmogljivost sečnega mehurja za 22 %. Učinkoviti dnevni odmerek je 2 mg, 2-krat dnevno. Bolnikom z jetrno bolezni jo predpišemo le 2-krat dnevno 1 mg. Žal ima tudi to zdravilo blage do zmerne stranske učinke, kot so suha usta, dispepsijska in zmanjšano solzenje. Lahko se pojavi še zaprtje in bolečine v trebuhi, glavobol in bruhanje, suha koža, zaspanost, nervosa in parastezije.

Detrusitol, propantelin, oksibutinin in detrunorm so zdravila, označena z zvezdico, ki jih smejo predpisovati le zdravniki specialisti urologije in ginekologije.

Osebni zdravniki jih lahko izjemoma predpisujejo le z opombo, da so namenjeni za nadaljevanje zdravljenja, ki ga je določil bolnišnični specialist.

Kirurško zdravljenje urinske inkontinence

Za kirurško zdravljenje poškodb vezivnomaščnega podpornega tkiva sečnega mehurja pri ženskah uporabljamo različne kirurške tehnike.

Izvajamo sprednjo obnovo ali **kolporafijo** po **Kellyju, Kenedyu** in druge **suspenzijske tehnike**, kot je Marshall-Marchetti-Krantzova operacija, pri katerih dvignemo vrat sečnega mehurja. Cilj teh operacij je dvig zgornjega dela uretre in vratu sečnega mehurja s pomočjo šivov, ki jih pritrdimo za periost zadnjega dela simfize.

Za suspenzijske tehnike uporabljamo različne materiale, kot so mišične ali umetne fascije, liofilizirana dura, implantabilni bobni Uro viva, injiciranje kolagena ali teflona.

Pri **Burchovi operaciji** dvignjeni sečni mehur prišijemo na Cooperjev ligament (lig. ileopectineum). Operiramo tudi po **Staneyjevi metodi**. Operacije z zankami (sling) z zgoraj opisanimi materiali izvedejo tako, da trak vezivnega tkiva povlečejo spodaj pod sečnim mehurjem in vratom sečnega mehurja, parauretralno navzpred skozi spatium Retzi in fiksirajo na ovojnici m. rectusa abdominusa.

V zadnjem času operirajo znižani sečni mehur s posegom **TVT** (angl. tension vaginal tape), s katerim namestijo pod vratom sečnega mehurja trak iz prolena. Ta tehnika dosega zelo dobre rezultate. V Evropi so jo uvedli leta 1984, v Ljubljani pa 1998. Poseg traja 30 minut v spinalnem bloku (kar je pomembno, saj že med posegom lahko nadziramo učinek operacije). Med njenim potekom ženska izvaja napenjanje in kašljjanje, da operater sproti preizkusi učinek operacije.

S temi tehnikami ponovno vzpostavimo enakomerno prenašanje povišanega intraabdominalnega pritiska na vrat mehurja (pri kihanju, kašljjanju, naporu in pritisku polnega sečnega mehurja). Kadar z opisanimi tehnikami ni možno vzpostaviti kontinence, vsadimo umetni uretralni sfinkter.

Primer: 77 let stara bolnica A. I. je potožila svojemu osebnemu zdravniku, da ima že dve leti težave z urinsko inkontinenco pri dvigovanju, kašljjanju in kihanju. Pogosto je mokrenje nujno. Zadnje leto je morala redno uporabljati hlačne predloge. Ginekolog v regijski bolnišnici ji je svetoval operacijo TVT. Sama je dolgo premisljevala, ali naj se za operacijo sploh odloči. Spodbujanje osebnega zdravnika pa jo je dokončno prepričalo. Po operaciji je v ambulanti opisala svoje stanje. Občutek pri praznjenju mehurja je takšen, da ji poslej seč odteka počasi; občuti, da lahko zadrži večjo količino seča. Občutka nuje nima več. Je suha in ni ji več treba uporabljati hlačnih predlog. Pri pregledu spodnjega abdomna sta vidni dve simetrični postincijski brazgotini, ki sta kakšnih 5 do 8 cm nad simfizo razmaknjeni okoli 10 cm. Tukaj je ginekolog ob m. rectusu abdominis fiksiral oba konca prolenskega traku. Do kontrole, ki jo ima en mesec po operaciji, ne sme prav ničesar dvigovati.

Vprašanja: Pri katerih inkontinentnih ženskah je treba takšno operacijo odložiti? Kateri specialisti operirajo opisane vrste operacij (ginekologi, urologi)? Od katerega leta operirajo kot prvi v Ljubljani znižani mehur s posledično inkontinenco po tehniki TVT?

Delazmožnost bolnikov z urinsko inkontinenco

Že uvodoma smo zapisali, da urinska inkontinenca močno vpliva na kakovost bolničevega življenja, zaradi česar bi jo lahko šteli med prave socialne bolezni. Bolniki prizadene s psihološkega, delovnega in spolnega vidika. Povzroča občutek sramu, lahko vodi v depresijo in družbeno osamitev. Zaradi inkontinence morajo delavci bolniki nositi tehnične pripomočke, skrbeti za njihovo menjavo in osebno higieno, kar je na delovnem mestu skoraj nemogoče. Zato so inkontinentni bolniki pogosto odsotni z dela in zaradi svojih težav redni obiskovalci ambulant družinskega zdravnika (poslabšanja bolezni v mrazu, po telesno zahtevnejšem delu in psihičnih dekompenzacijah).

Z vidika družinske medicine je pomembno, da zdravnik, ko se mu bolnica oz. bolnik zaupata, skuša že na osnovni ravni s poznavanjem te problematike pravilno voditi bolnika z urinsko inkontinenco.

Njihova delazmožnost je odvisna od psihičnega stanja, izobrazbe, predvsem pa od motivacije za premagovanje zdravstvenih težav in povečanega dnevnega obsega osebne higiene.

Bolezenski stalež je odvisen od vrste urinske inkontinence, pogostnosti epizod praznjenja sečnega mehurja in vrste dela, ki ga opravlja bolnik oz. bolnica.

Prizadeti naj bi imeli lažje delovno mesto, kjer ni toliko sklanjanja, pripogibanja in prenašanja bremen, težjih od 5 kg. Zanje je priporočljivo sedeče delo. Delovno mesto naj bi bilo v ugodnih klimatskih razmerah.

Zaradi problemov osebne nege pogosto zdržijo le skrajšan delovnik. Kadar niti s skrajšanim delovnim časom ni možno premagovati opisanih težav in se inkontinenca z opisanimi postopki zdravljenja trajno ne da odpraviti, moramo sprožiti postopek za invalidsko upokojitev.

Zaradi kirurškega zdravljenja urinske inkontinence so prej bolnice bolnišnično zdravili do tri tedne, danes pa mlajše bolnice ostanejo v bolnišnici le tri dni (operacija TTV).

Prav operacija TTV ima v primerjavi z drugimi pomembno krajše bivanje v bolnišnici, kar je ugodnejše za bolnice, zavarovalnici pa prihrani precej finančnih sredstev (krajša hospitalizacija, tehnični pripomočki v breme zavarovalnice niso več potrebeni).

Bolnice so po operaciji TTV v glavnem delazmožne že po enem mesecu, bolniški stalež pa je odvisen od vrste dela, ki ga opravlja posameznica.

Osebni zdravnik operiranim ženskim delavkam s potrdilom ali oceno IK omogoči trajno lažje telesno delo brez dvigovanja bremen nad 5 kg.

Bolniki po transuretralni resekciji prostate in radikalnih prostatektomijah ostanejo v bolniškem staležu od 4 do 6 tednov. Pojavijo se lahko še psihični dejavniki in morebitni zapleti po operacijah s pojavom inkontinence, ki jih je treba upoštevati pri bolniškem staležu.

Pri zdravljenju urinske inkontinence moramo omeniti tudi standardne in specialne tehnične pripomočke, ki jih kot osebni zdravniki lahko predpisujemo v breme **Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije** (zavarovalnice). Njihovo predpisovanje je navedeno v 89. členu Pravil, poglavje V/5 od 12. do 18. točke, ki določajo, da je to pravica zavarovanih oseb, ki jih zakon zagotavlja nujno zdravljenje brez doplačil.

Predpisujemo jih na **Naročilnico za tehnični pripomoček**, obr. NAR – 1/02, na podlagi **Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja** in seznama **Tehničnih pripomočkov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije**. V kataloškem delu tega pripomočka nas zavarovalnica seznanja z vrsto tehničnega pripomočka, njihovo šifro, kriteriji za predpisovanje, trajnostno dobo in režimom predpisovanja (ali ga lahko v breme zavarovalnice predpiše specialist urolog, ginekolog ali osebni zdravnik). Pod številko 11 katalog našteva pripomočke pri težavah z odvajanjem seča (št. od 0924 do 0930).

Pripomočke, kot so vrečke in zbiralniki za seč, vrečke za seč z vgrajenimi kožnimi podlogami, urinalni kondomi, fiksacijski trakovi za urinalne kondome, stalni ali katetri za enkratno uporabo ter hlačne predloge, je po presoji osebnega zdravnika mogoče predpisovati v breme zavarovalnice.

Posebno velika je poraba sredstev za navadne in hlačne predloge, zato mora osebni zdravnik po Pravilih v bolnikov zdravstveni karton natančno vpisati, da imajo bolniki urinsko inkontinenco. Pridobiti mora tudi izvid specialista, ki bo opredeljeval in nakazoval zdravljenje bolnikove urinske inkontinence. Tako se bo osebni zdravnik tudi zaščitil pred nadzori zavarovalnice predvsem pri predpisovanju raznih na-

vadnih in hlačnih predlog. Ker so uvožene, v skupnem seštevku zavarovalnico veliko stanejo.

Priporočena literatura:

1. American Family Physician, Finding Out About Incontinence, članek z interneta, 1999.
2. Dupont Mary C, Albo Michael E, Raz Shlomo. Diagnosis of stress urinary incontinence – An Overview. From the Department of the Urology, University of California at Los Angeles, Urologic clinics of North America, avgust 1996, Vol 23: 3.
3. Jangqueira LC, Carneiro J in O Kelly R. Basic Histology, Appleton & Lang, 7. izdaja, Connecticut,
4. Jeffcoate N. Jeffcoate's principles of Gynecology. 42 Urinary problems, 633–642, British Library London, 1986.
5. Križan Z. Kompendij anatomije čovjeka, III. dio. Zagreb: Školska knjiga, 1986.
6. Kralj J. Za lepše in prijaznejše življenje s paraplegijo in tetraplegijo. Ljubljana. Zveza paraplegikov Slovenije, 1998: 85–93.
7. Miller KE, Oxybutinin in the Treatment of Urge incontinence. American Academy of Family Physicians, 1999.
8. Sokeland J. Urology, a Pocket Reference. Stuttgart-New York. Georg-Thieme Verlag, 1986.
9. Strokovno priporočilo za predpisovanje Tolteridina. Pharmacia & Upjohn S. A., Podružnica Ljubljana, september 1999.
10. Swami, Satyam K, Abrams Paul. Urge incontinence. From the Bristol Urological Institute, Southmead Hospital, Bristol, United Kingdom Urologic clinics of North America, Vol 23: 3, avgust 1996: 418.
11. Tršinar B. Prekomerno aktiven sečni mehur in urinska inkontinenca. Pregledni članek. Strokovno srečanje urologov in ginekologov. Pharmacia & Upjohn, Ljubljana, november 1999.
12. ZZS, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja s pojasnili in izvedbenimi navodili. Priročnik št. 1. Ljubljana, 1996.
13. ZZS, Tehnični pripomočki v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Priročnik št. 2. Ljubljana, 1996.
14. Yarker YE, Goa KL, Fitton A. Oxybutinin. A review of its pharma-codinamic and pharmacokinetics properties and its therapeutic use in detrusor instability. Drugs Aging 1995; 6: 243–6.
15. Watanabe Toyohiko, Rivas David A, Chancellor Michael B, Urodynamics of spinal cord injury, From the Department of Urology, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania, Urologic Clinics of North America, avgust 1996, Vol 23: 3