

EXTERIORISATION OF INTESTINAL STOMA AS A RESULT OF INTESTINAL CANCER DISEASE

Iwona Chrostkowska

BSc, Polonia University in Czestochowa,
e-mail: iwona-chrostowska@wp.pl, orcid.org/ 0000-0002-8919-1792, Poland

Bartosz Wanot

PhD of Medicine, Polonia University in Czestochowa,
e-mail: b.wanot@ap.edu.pl, orcid.org/0000-0001-8971-0460, Poland

Agnieszka Biskupek-Wanot

MD, Polonia University in Czestochowa,
e-mail: agnieszka.biskupek@gmail.com, orcid.org/ 0000-0002-6668-3575, Poland

Liudmila Matulnikova

doc. PhDr., PhD, St. Elizabeth University of Health Care and Social Work in Bratislava,
e-mail: matulnikoval@gmail.com, Slovakia

Abstract. Among diseases of the 21st century, intestinal tumours are frequently mentioned. Colon cancer is a serious and growing health problem not only in Poland, but also in the world. As the most common result of fighting for one's own health and often even life is the consent to the intestinal stoma. Intestinal stoma is made by exteriorisation of the preserved intestinal end by abdominal incision outside the abdominal cavity, the incision of the mucous membrane and suturing it to the skin. The three main groups of indications for exteriorisation of stoma are: (a) inflammatory disease of intestines, (b) colitis, rectal and colonic trauma, (c) colorectal cancer. Properly exteriorised stoma on the large intestine should be located on the smooth surface of the skin away from the navel, hip bone, skin folds, scars and also at least 4 cm away from the main surgical cut. Patients should see the fistula well because it is the basis of proper self-care. Dermatological complications are the most common complication of stoma and occur in nearly 80% of patients. It comes to them as a result of irritation of the skin by the intestinal contents that come out of it and causes inflammation. This is usually the result of incorrect stoma care or improper use of stoma equipment. Despite medical advances towards minimizing invasive procedures and limiting the severity of the disease, the problem of the great stress experienced by every person undergoing surgical treatment is still valid and relevant to the outcome of the whole therapy. Choosing intestinal stoma is one of the most stressful treatments, so in this case, not only medical care but also psychological over the patient seems to be a priority.

Keywords: stoma, bowel cancer, stoma emergence.

DOI: <http://dx.doi.org/10.23856/2514>

1. Główne schorzenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego

Jelita to najdłuższy odcinek przewodu pokarmowego, który znajduje się między żołądkiem a odbytem. Jego długość może przekraczać nawet 7 metrów. Ta niezwykle istotna część przewodu pokarmowego odpowiedzialna jest za trawienie pokarmu, wchłanianie substancji odżywczych, odzyskiwanie wody i formowanie stolca. Tak długi narząd narażony jest na liczne procesy chorobowe, które można podzielić na procesy zapalne, zmiany o podłożu immunologicznym i genetycznym, a także nowotwory. Wiele z tych procesów

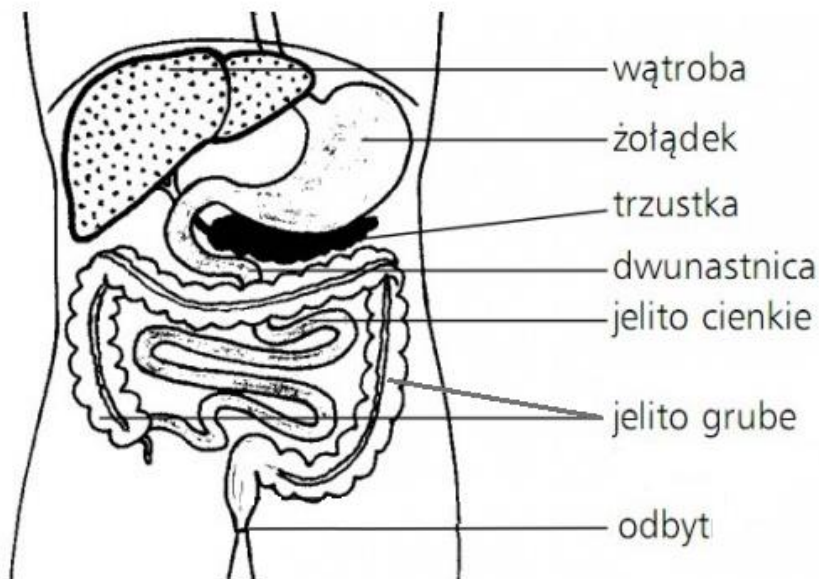
chorobowych stanowi zagrożenie dla zdrowia, a wszystkie objawiają się nieprzyjemnymi dolegliwościami.

Obecne czasy charakteryzują się ogromnym przyspieszeniem cywilizacyjnym. Ujemne następstwa rozwoju cywilizacji i przemysłu są szczególnie niekorzystne dla ludzi i ściśle wiążą się ze wzrostem liczby chorób przewodu pokarmowego (*Steciwno, Wojtal, Żurawiecka, 2008*).

Wśród chorób XXI wieku coraz częściej wymienia się nowotwory jelit. Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów. Może on przez wiele lat nie dawać żadnych objawów chorobowych,, dlatego należy uważać go za jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych nie tylko w Polsce ale i na świecie (*Ponczek, Nowicki, 2004*).

Anatomia i fizjologia jelit

Jelita są częścią przewodu pokarmowego, którego zadaniem jest przyswajanie i przetwarzanie substancji odżywczych w celu zaopatrzenia organizmu w materiał niezbędny do budowy i odnowy komórek. Odżywianie polega na pobieraniu pokarmu z zewnątrz organizmu, jego trawieniu a następnie na wchłanianiu składników odżywczych do krwi (*Wojciechowska, Kozłowski, 2004*). Układ pokarmowy człowieka rozpoczyna się jamą ustną a kończy odbytem. Poszczególne jego części to: jama ustna, gardło, przełyk, żołądek oraz jelito cienkie, grube i odbyt. Na rycinie 1 przedstawiono schemat dolnego odcinka układu pokarmowego człowieka.



Ryc. 1 Schemat dolnego odcinka przewodu pokarmowego

Jelito cienkie jest najdłuższym odcinkiem przewodu pokarmowego. Rozpoczyna się od odźwiernika żołądka i kończy ujściem do jelita grubego w prawym dole biodrowym. Długość

jelita cienkiego wynosi około 4-5m, średnica około 25 mm (*Anatomia dolnego odcinka przewodu pokarmowego, 2014; Klimczyk, Niechwiadowicz-Czapka, 2008*). Zadaniem jelita cienkiego jest trawienie węglowodanów, tłuszczów i białek oraz wchłanianie składników odżywczych do krwioobiegu. Dzieli się na trzy odcinki. Dwunastnica to narząd w kształcie podkowy otwartej ku stronie lewej i dołowi. Nie ma krezki i jest położona pozaotrzewnowo. W opuszcze dwunastnicy, czyli jej górnej części znajdują się ujścia przewodów żółciowego i trzustkowego. Jelito czcze, które ma kreskę rozpoczyna się zagięciem dwunastniczo-czczym i stanowi 2/3 długości całego jelita cienkiego. To w nim rozpoczyna się zasadnicza część trawienia. Jelito kręte, również przymocowane do tylnej ściany jamy brzusznej za pomocą krezki, kończy się zastawką krętnico-kątniczą i przechodzi w jelito grube (*Widomska – Czekańska, Górajek – Józwik, 2010*).

Jelito grube jest końcowym odcinkiem przewodu pokarmowego o długości 1,2-1,5 m długości. Składa się z kątnicy, okrężnicy wstępującej, poprzecznej, zstępującej i esowatej oraz odbytnicy. Ostatnim odcinkiem przewodu pokarmowego jest odbyt. Okrężnica poprzeczna i esowata są ruchome i pokryte w całości otrzewną. Na wysokości trzeciego kręgu krzyżowego okrężnica przechodzi w odbytnicę. Odbytnica składa się z bańki odbytnicy i kanału odbytnicy. Ma ona długość około 16 cm (*Wojciechowska, Kozłowski, 2004*). W jelicie grubym zachodzi wchłanianie wody, elektrolitów i witamin. Tam też z niestrawionych resztek formowany jest kał i dochodzi do mnożenia się bakterii wytwarzających witaminy lub substancje toksyczne, jak np. amoniak (*Wronkowski, Brużewicz, 2008*).

Choroby jelit i metody ich diagnozowania

Choroby jelit to bardzo szeroka grupa schorzeń, manifestująca się zaburzeniami trawienia i szeregiem objawów towarzyszących. Obejmować mogą jelito cienkie, grube, a często dotyczą całego dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Przy ostrym stanie zapalnym lub stanie zapalnym trwającym przez dłuższy czas pojawiają się objawy ogólnego osłabienia organizmu. Bardzo często choroby jelit mają podłoże autoimmunologiczne (*Noszczyk, 2009*).

Najczęstsze choroby jelit to:

– wrzodziejące zapalenie jelita grubego – to coraz częściej spotykany proces zapalny całego jelita grubego, a zwłaszcza jego ostatniego odcinka tj. odbytnicy. Choroba występuje głównie w krajach wysoko rozwiniętych, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Pojawić się może w każdym wieku, jednak zaobserwować można dwa szczyty zapadalności, przypadające pomiędzy 20-35 oraz po 60 roku życia.

– choroba Leśniowskiego-Crohna – należy do grupy nieswoistych zapaleń z lokalizacją w przewodzie pokarmowym. Najczęściej procesem zapalnym objęty zostaje końcowy odcinek jelita krętego, chociaż w przypadku choroby Leśniowskiego-Crohna zapalenie może objąć każdy odcinek przewodu pokarmowego od jamy ustnej do odbytu włącznie. Zmiany mogą obejmować kilka fragmentów jelita i być przedzielone zupełnie zdrowymi odcinkami przewodu pokarmowego. Nieco rzadziej proces zapalny toczy się w okrężnicy lub odbytnicy.

– rak jelita grubego – to coraz częściej spotykany nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego. Dotyczy głównie osób starszych po 60 roku życia, jakkolwiek jest spotykany także u osób młodszych. Częściej rozpoznawany jest u mężczyzn, którzy stanowią dwoje na troje chorych na raka jelita grubego.

Za stany przedrakowe, na podłożu, których może i często rozwija się rak jelita grubego uznaje się powszechnie polipy jelita grubego i chorobę Leśniowskiego-Crohna.

W diagnostyce chorób jelit zastosowanie znajduje wiele metod. Warto jednak rozpocząć od badań podmiotowych, do których zaliczamy prawidłowo zebrany wywiad z chorym dotyczący m.in.:

- krwawień z odbytu
- lokalizacji bólu
- charakteru i częstotliwości wypróżnień
- przebytych operacji w obrębie jamy brzusznej
- występowania nowotworów u chorego i jego rodziny

Następnie należy wykonać badania krwi i kału ponieważ w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego występuje spadek wartości hemoglobiny, poziomu żelaza oraz białka w surowicy, a także podwyższony wskaźnik odczynu Biernackiego. Badanie kału umożliwia natomiast wykrycie krwawienia z przewodu pokarmowego (badanie na krew utajoną w kale).

Niezwykle istotną rolę w diagnostyce chorób jelit są badania endoskopowe – rektoskopia oraz kolonoskopia. Pomocnym może okazać się pobranie wycinków do badań histopatologicznych w trakcie kolonoskopii. Następnie obserwując pobrany materiał pod mikroskopem, można zaobserwować zmiany charakterystyczne dla danego schorzenia. Badaniami pomocniczymi są także: przeglądowe zdjęcie rentgenowskie jamy brzusznej z doobyticznym wlewem kontrastowym (który ujawnia zmiany w śluzówce jelit) jak również badanie tomografii komputerowej.

Nowotwory jelita grubego – objawy i przyczyny

Rak jelita grubego rozwija się w okrężnicy oraz odbytnicy. Jest to najczęstszy nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego. Zachorowalność na ten nowotwór wzrasta wraz z wiekiem. Jest on trzecim nowotworem powodującym zgon w Polsce (*Stomia, 2014*).

Nowotwór rośnie wewnątrz jelita, tworząc polipowaty twór, który rozrasta się na zewnątrz do otaczających go tkanek. Drogą naczyń krwionośnych i chłonnych tworzy przerzuty głównie do wątroby, ale także do płuc, nadnerczy, kości, jajników i mózgu (*Noszczyk, 2009*). Są trzy główne czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego:

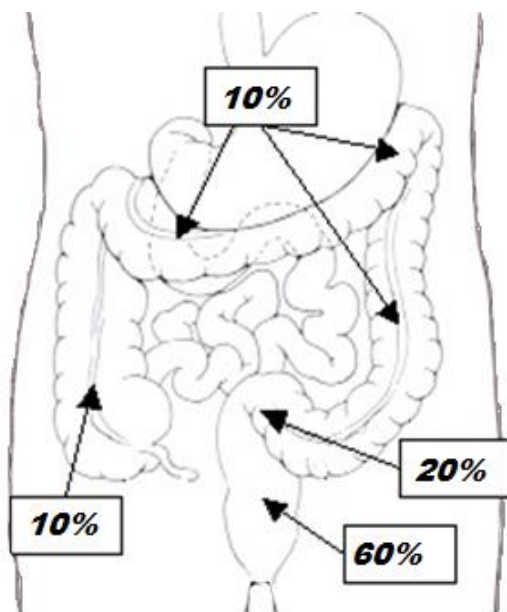
- dietetyczne: nieprawidłowe nawyki żywieniowe, w tym nadmierne spożywanie tłuszczów i małe spożycie błonnika.

- chorobowe: choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, gruczolaki (przypuszcza się, że prawie 80% przypadków raka jelita grubego rozwija się na podłożu polipów gruczolakowatych).

- genetyczne: zespół Lynch I (rak obejmuje tylko jelito grube) i Lynch II (gdy z rakiem jelita grubego współistnieją inne nowotwory złośliwe) oraz polipowatość rodzinna (*Noszczyk, 2009*).

Statystyki ujawniają, iż u osób, których krewni zachorowali na nowotwór jelita grubego istnieje prawie 4-krotnie większe ryzyko wystąpienia choroby (*Noszczyk, 2009*). Na rycinie 2 przedstawiono procentową częstotliwość występowania nowotworów jelita grubego w zależności od miejsca jego umiejscowienia.

Rak jelita grubego może rozwinąć się w każdej jego części, jednak ponad 75% tych nowotworów rozwija się w końcowym odcinku jelita grubego, tzn. esicy i odbytnicy, czyli w zasięgu badania palcem (metodą per rectum) oraz wzornikiem (rektoskopem). Rak w zależności od lokalizacji może dawać bardzo zróżnicowane objawy (*Wojciechowska, Didkowska, 2014*).



Ryc. 2 Schemat procentowej częstotliwości występowania nowotworów jelita grubego (Kokot, 2006)

Pierwsze objawy rozwijającego się nowotworu jelita grubego są bardzo niespecyficzne i pacjenci często je bagatelizują. Są jednak symptomy, które powinny zaniepokoić. Należą do nich:

- długotrwałe i naprzemienne występujące biegunki lub zaparcia
- obecność krwi w kale
- tzw. ołówkowe stolce – stolce o zmniejszonej średnicy
- nudności, wymioty, wzdęcia
- uczucie niepełnego wypróżnienia
- osłabienie i przemęczenie
- bolesność podczas oddawania stolca
- śluzopodobna wydzielina (*Proctosonomed, 2014*).

Leczenie nowotworów jelita grubego

Przed podjęciem leczenia niezbędne jest określenie stopnia zaawansowania choroby. Do oceny rozwoju raka jelita grubego najczęściej wykorzystuje się podział Dukesa oraz klasyfikację TNM. Bazują one na histopatologicznej analizie wyciętego guza i umożliwiają ocenę głębokości naciekania ściany jelita jak również stwierdzenie przerzutów w miejscowych węzłach chłonnych.

Klasyfikacja TNM opiera się na ocenie i analizie trzech cech :

T – (łac. *Tumor*) – wielkość guza

N – (łac. *Nodi*) – przerzuty do okolicznych węzłów

M – (łac. *Metastases*) – obecność odległych przerzutów (*Pochapin, 2004*).

Klasyfikacja Dukesa (Tabela 1) służy do różnicowania stopnia zaawansowania raka jelita grubego w zależności od głębokości naciekania nowotworu w ścianie jelita i obecności przerzutów.

Tabela 1

Klasyfikacja Dukesa

(Twardak, Sikorska, Chybicki, Lisowska, Kraińska, 2009)

Opis
A w opisie nowotwór nie przekracza ściany jelita
B nowotwór przekracza ścianę jelita do surowicówki lub tkanki tłuszczowej okołoodbytniczej
C przerzuty są widoczne w okolicznych węzłach chłonnych
D zaobserwowane są przerzuty odległe

Leczenie chirurgiczne jest zazwyczaj podstawową metodą leczenia raka jelita grubego, chociaż przed zabiegiem często stosuje się także chemio- i/lub radioterapię (Pochapin, 2004).

Radioterapia jest metodą polegającą na naświetlaniu promieniowaniem jonizującym tkanek nowotworów celem zniszczenia mikroprzerzutów i ognisk raka w węzłach chłonnych. Chemioterapia jest metodą, która zabija komórki rakowe poprzez ingerencję w ich zdolność do dzielenia się i reprodukcji. Leczenie chirurgiczne jelita grubego jest leczeniem z wyboru, polega na usunięciu tkanki nowotworowej wraz z odpowiednim marginesem (Stomia, 2014).

2. Co to jest stomia?

Jednym z zabiegów operacyjnych, których najbardziej obawiają się chorzy jest zabieg wyłonienia stomii jelitowej. Określenie stomia pochodzi z języka łacińskiego i oznacza usta, otwór lub przetokę. Jest to celowo wykonane połączenie światła narządu jamistego z powierzchnią skóry lub błony śluzowej. Stomia jelitowa powstaje przez wyprowadzenie zachowanego końca jelita przez cięcie w powłokach brzusznych na zewnątrz jamy brzusznej, wywinięcie błony śluzowej i przysycie jej do skóry (Klasyfikacja Dukesa, 2014).

Pierwsze stomie jelitowe wyłaniano w procesie gojenia się przenikających ran brzucha. Lorenz Hester w roku 1757 zaproponował u chorych po urazach brzucha z uszkodzeniem jelit wyłonienie uszkodzonej części jelita w ranie operacyjnej. W XIX wieku kolostomię wykonywano często u chorych z niedrożnością jelita grubego w przebiegu raka odbytnicy.

Szacuje się, że obecnie w Polsce żyje około 20 tysięcy osób ze stomią jelitową i każdego roku wykonuje się około 4,5 tysiąca nowych stomii.

Rodzaje stomii jelitowych i kryteria ich podziału

Stomia może być wyłoniona na każdym poziomie przewodu pokarmowego w zależności od miejsca wyłonienia przyjmuje odpowiednią nazwę.

Stommiejelitowe dzielą się na:

– odżywcze, wykonywane są w górnym odcinku przewodu pokarmowego, by umożliwić odżywianie dojelitowe chorego, któremu z różnych przyczyn nie można podawać pokarmu drogą naturalną. Stomią odżywczą jest jejunostomia. Jejunostomia to wytworzenie

przetoki pomiędzy jelitem czczym a powłokami skórnymi. Do tej przetoki odżywczej bezpośrednio podawane są mieszanki żywieniowe, jak również płyny.

– wydalnicze, wykonywane w celu odbarczenia przewodu pokarmowego i umożliwieniu pasażu treści pokarmowych. Stomiami wydalniczymi są: kolostomia, ileostomia i przetoka żółciowa. Kolostomia jest to przetoka zewnętrzna jelita grubego, która polega na wszyciu ściany jelita w powłoki jamy brzusznej, najczęściej po stronie lewej, ukształtowana 1–1,5 cm nad powierzchnią skóry. Kolostomia wykonywana jest w celu odprowadzenia stolca i gazów, przy czym konsystencja stolca nie ulega zmianie a stomia jest dobrze tolerowana. Ileostomia to przetoka zewnętrzna jelita cienkiego, ukształtowana 2,5–3 cm nad powierzchnią skóry, która polega na wszyciu ściany jelita krętego w powłoki jamy brzusznej, zazwyczaj po stronie prawej. Przetoka ta ma na celu odprowadzenie stolca i gazów, przy czym stolec jest półpłynny lub papkowaty i zawiera enzymy trawienne mogące uszkadzać skórę (Szewczyk, Bajon, 2009).

Istnieją cztery kryteria podziału na poszczególne rodzaje stomii.

1. Kryterium czasowe:

– stomia czasowa – najczęściej wykonywana jest w przypadku urazów odbytnicy, perforacji uchyłka jelitowego, jako odbarczenie przewodu pokarmowego w celu przyspieszenia gojenia zespolenia jelitowego poniżej wyłonienia przetoki.

– stomia definitywna – wykonywana jest u pacjentów z brzuszno-kroczowym usunięciem odbytnicy wraz z odbytem z powodu nowotworu umiejscowionego w dolnej części odbytnicy.

2. Poziom jelita, na który wykonana została stomia:

– ileostomia – na jelicie krętym

– kolostomia – na jelicie grubym

3. Rodzaj wykonywanej operacji:

– stomia końcowa – tzw. Jednolufowa – na powłoki jamy brzusznej wyprowadzony jest przekrój światła jednego odcinka jelita

– stomia boczna – tzw. Dwulufowa (pętlowa) - wyprowadzeniu ulega fałd utworzony z pętli jelita a na zewnątrz widoczne są dwa otwory. Stomia ta traktowana jest zazwyczaj jako tymczasowa (Klimczyk, Niechwiadowicz-Czapka, 2008).

4. Lokalizacja stomii

– końcowa i pętlowa ileostomia- prawy dół biodrowy

– pętlowa jejunostomia – lewy, górny kwadrat brzucha

– końcowa kolostomia – lewy dół biodrowy

– pętlowa kolostomia na esicy – lewy dół biodrowy

– pętlowa kolostomia na okrężnicy poprzecznej – prawy kwadrat brzucha

(Banaszkiewicz, Jarmocik, Jawień, 2004).

Wskazania do wyłonienia stomii jelitowych

Trzy główne grupy wskazań do wyłonienia stomii to:

– choroby zapalne jelit

– urazy okrężnicy, odbytnicy i odbytu

– nowotwory jelita grubego

Decyzja o wyłonieniu stomii przede wszystkim zależy od choroby podstawowej, jej lokalizacji i zajęcia struktur sąsiednich. Wskazaniem do wyłonienia stomii jelitowej są:

– wyłonienie stomii, jako przygotowanie do definitywnej operacji (stomia odbarczająca

jelito grube, czasowa ileostomia oraz kolostomia pętlowa oraz w rzadkich przypadkach kolostomia końcowa z możliwością przywrócenia ciągłości przewodu pokarmowego).

– wyłonienie stomii, jako zabezpieczenie przed wystąpieniem powikłań przeprowadzonego zabiegu operacyjnego (jako odbarczenie u chorych po sterydoterapii, radioterapii, w stanie zapalnym w okolicy zespolenia, przy skażeniu otrzewnej treścią kałową, niepewnym zespoleniu, po operacjach naprawczych odbytu i proktokolektomii odtwórczej).

– wyłonienie stomii, jako integralny etap operacji. Takiego wyłonienia dokonuje się podczas całkowitego usunięcia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, rodzinnej gruczolakowatej polipowatości jelita grubego, wielogniskowym raku jelita grubego a także dotyczyć może chorych z całkowitym nietrzymaniem stolca lub uszkodzeniem aparatu zwieraczowego. Do niezależnego wyłonienia przetoki jelitowej dochodzi również przy brzuszno-kroczonej amputacji odbytnicy z powodu nowotworu w okolicach zwieraczy (*Banaszkiewicz, Jawień, 2002*).

W przypadku kolostomii, jej wykonanie jest wskazane przy:

- zapaleniach jelita grubego,
- mechanicznych urazach brzucha,
- niedrożności jelita grubego,
- zmianach nowotworowych jelita grubego,
- niedokrwistości jelita grubego,
- powikłaniu choroby uchyłkowej okrężnicy,
- polipach jelita grubego (*Fibak, 2008*).

Wskazania do wyłonienia ileostomii to:

- polipowatość jelita grubego
- wielogniskowy rak jelita grubego
- wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- choroba Leśniowskiego-Crohna
- rozległa endometrioza jelita grubego
- zmiany nowotworowe w obrębie kanału rdzenia kręgowego z następstwem nietrzymania stolca i gazów
- ostre zmiany zatorowo-zakrzepowe naczyń kręgowych
- odbarczenie poniżej wykonanego zespolenia
- choroba zrostowa po przebytych operacjach
- niedrożność z wystąpieniem zapalenia otrzewnej (*Steciwko, Wojtal, Żurawiecka, 2008*).

Kształt prawidłowo uformowanej stomii podczas zabiegu operacyjnego powinien być okrągły, w przypadku kolostomii to stożek jelita grubego o wysokości 0,5-1 cm wystający powyżej powłok brzusznych, a w przypadku ileostomii „kominek” jelita cienkiego o wysokości 2-3 cm. Śluzówka wyłonionej stomii powinna być żywo różowa, wilgotna, przy dotyku niebolesna, dostępna w badaniu palpacyjnym w celu oceny jej ujścia i kanału, analogicznie, jak przy badaniu per rectum. Stomie mogą przybierać kształt elipsowaty. Skóra wokół stomii powinna być sucha i niepodrażniona.

Metody i miejsca wylaniania stomii jelitowych

Bardzo ważne w okresie przedoperacyjnym jest wyznaczenie miejsca stomii jelitowej. Powinno się to robić dzień przed operacją. W wyznaczaniu miejsca biorą udział lekarz i pielęgniarka przy czynnym udziale pacjenta. W wyznaczaniu lokalizacji stomii na

powierzchni brzucha pielęgniarka powinna uwzględnić wszystkie szczegóły anatomiczne ciała w aspekcie zabezpieczenia przetoki jelitowej i jej samopielęgnacji. Ponadto musi się zapoznać z indywidualnymi cechami chorego, np. z jego zdolnością pochylania się i obracania czy ostrością wzroku. Miejsce zakładania worka jest wyznaczone w trzech pozycjach ciała: stojącej, leżącej oraz siedzącej. Prawdłowo wyprowadzona stomia na jelicie grubym powinna znajdować się na gładkiej powierzchni skóry z dala od pępka, kości biodrowej, fałdów skórnych, blizn a także być przynajmniej 4 cm oddalona od głównego cięcia operacyjnego. Pacjent powinien miejsce przetoki dobrze widzieć gdyż jest to podstawą prawidłowej samopielęgnacji. Wyznaczony punkt pielęgniarka zaznacza niezmywalnym mazakiem. Tytułem próby należy przykleić pacjentowi w tej okolicy worek stomijny, a następnie wypróbować różne ćwiczenia i pozycje ciała.

Istnieją również sytuacje, w których chory trafia na salę operacyjną w trybie pilnym i nie jest możliwe wyznaczenie właściwego miejsca wyprowadzenia przetoki przed zabiegiem. Wówczas decyzję o miejscu lokalizacji stomii podejmuje zespół chirurgów podczas operacji.

Rzadkością jest sytuacja, kiedy pacjent posiada dwie stomie, np. kolostomię wraz z urostomią lub inną przetoką. W takich przypadkach ważne jest, aby stomie nie były zlokalizowane na tej samej płaszczyźnie oraz aby znajdowały się w bezpiecznej dla siebie odległości (*Szczepkowski, 2004*).

Zaopatrzenie w odpowiedni sprzęt stomijny odbywa się już na stole operacyjnym tak, aby po zabiegu nie sprawiać choremu dodatkowego bólu. Worek stomijny powinien być przezroczysty, co pozwala obserwować wygląd błony śluzowej oraz kolor i rodzaj wypływającej treści jelitowej a także w porę zauważyć ewentualne krwawienia z jelit.

Powikłania wyłonionych stomii jelitowych

Powikłania stomii jelitowych - kolostomii oraz ileostomii - są zjawiskiem bardzo częstym. Występują u pacjentów w różnym wieku i w różnym czasie po operacji, będąc powodem wielu przykrych dolegliwości. Powikłania stomii jelitowych są to wszystkie stany chorobowe, wynikające z nieprawidłowo wykonanego zabiegu wytworzenia stomii, bądź jej niewłaściwej pielęgnacji. Główną przyczyną występowania powikłań poza błędami operacyjnymi oraz brakiem przygotowania do zabiegu, jest brak wiedzy i umiejętności pacjenta w zakresie prawidłowej pielęgnacji stomii. Powikłania często decydują o tym, czy życie ze stomią jest uciążliwym kalectwem, czy też pozwala na prowadzenie normalnej aktywności życiowej, zawodowej i rodzinnej. Powikłania stomii mogą mieć charakter miejscowy lub ogólnoustrojowy (*Banaszkiewicz, Jarmocik, Jawień, 2004; Snarska, Goroszkiewicz, 2011*).

Powikłania miejscowe dzielą się na: dermatologiczne i chirurgiczne (wczesne i późne). Powikłania ogólnoustrojowe dzielą się na: psychologiczne, seksualne i metaboliczne.

Powikłania dermatologiczne są najczęstszym powikłaniem stomii i występują u niemal 80% pacjentów. Dochodzi do nich na skutek podrażnienia skóry przez treść jelitową, która się na nią wydostaje i wywołuje stan zapalny. Jest to przeważnie wynik nieprawidłowej pielęgnacji stomii lub niewłaściwego stosowania sprzętu stomijnego. Możliwe są także reakcje alergiczne (uczuleniowe) na plastry i kleje oraz inne składniki sprzętu stomijnego. Niebezpieczne jest zakażenie powyższych zmian przez bakterie. Najczęstsze powikłanie dermatologiczne to reakcja zapalna skóry na działanie treści jelitowej (szczególnie przy ileostomii), która zawiera duże ilości kwasów żółciowych i soku trzustkowego oraz reakcje na składnikisprzętu stomijnego.

Powikłania chirurgiczne wczesne są bezpośrednio związane z zabiegiem operacyjnym i występują w okresie kilku dni lub tygodni po operacji. Najczęstsze z nich to: obrzęk stomii, krwawienie z błony śluzowej stomii, niedokrwienie lub martwica stomii, stomia w fałdzie brzuszny, wciągnięcie stomii, wypadnięcie stomii, zakażenie okołostomijne lub przetoka okołostomijna. Powikłania chirurgiczne późne ujawniają się kilka miesięcy lub kilka lat po zabiegu operacyjnym. Należą do nich: wypadanie stomii, przepuklina okołostomijna, zwężenie stomii, wznowa procesu chorobowego w stomii (*Banaszkiewicz, Jarmocik, Jawień, 2004*).

Powikłania psychologiczne spowodowane są głównie zabiegiem operacyjnym, gdyż jest on dla pacjenta wydarzeniem szczególnym, niekiedy dramatycznym. Głównie dlatego, że oprócz widocznej blizny pooperacyjnej pozostawia dodatkowo drugi trwały ślad w postaci wyłonionej stomii jelitowej, będącej swego rodzaju okaleczeniem. Przykre doznania psychiczne, brak samoakceptacji, wsparcia, niedostatek wiedzy lub błędne informacje mogą doprowadzić do depresji, której wystąpienie w dużej mierze zależy od osobowości pacjenta, jego umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wsparcia najbliższych i aktywności zawodowej (*Ponczek, Nowicki, 2004*). Powikłania seksualne mają podłoże psychiczne takie jak brak poczucia atrakcyjności i strach przed odrzuceniem oraz fizyczne związane z zaburzeniami ukrwienia czy uszkodzenia nerwów podczas operacji. Powikłania metaboliczne to ogólne wyniszczenie organizmu chorobą i całym procesem leczenia.

Pielęgnacja stomii i dobór sprzętu stomijnego

Bardzo ważnym momentem dla pacjentów ze stomią w okresie pooperacyjnym staje się odpowiedni dobór sprzętu do zaopatrzenia stomii. Właściwie dobrany i odpowiedniej jakości sprzęt ma zasadnicze znaczenie dla rehabilitacji chorych i dobrego ich samopoczucia. Ułatwia też prowadzenie aktywnego trybu życia zarówno w domu, jak i w pracy. Podejmując decyzję o rodzaju worka, trzeba wziąć pod uwagę umiejscowienie, rodzaj i wielkość stomii, ciężar ciała, ewentualne powikłania, wrażliwość skóry, rodzaj wykonywanej pracy, wiek i upodobania. Niezależnie od rodzaju stomii zawsze najważniejsza jest ochrona skóry. Odpowiedni sprzęt powinien być: dyskretny (czyli szczelny dla treści jelitowej i gazów), pewny i bezpieczny (ma skutecznie chronić skórę wokół przetoki), wygodny i komfortowy (nie może ograniczać aktywności życiowej).

Firmy zajmujące się dystrybucją sprzętu stomijnego oferują całą gamę produktów do zaspokajania potrzeb pacjentów. Informacje o nich najczęściej przekazuje pielęgniarka opiekująca się pacjentem po zabiegu (*Stomia, 2014*).

W zależności od tego, dla jakiego typu stomii są przeznaczone, wyróżniamy woreczki:

– kolostomijne – zamknięte. W momencie, gdy taki woreczek się wypełni, trzeba go odkleić i wymienić na nowy. Stosowane przy kolostomiizwłaszcza, gdy nie ma żadnych problemów z funkcjonowaniem jelita i wydalą ono stosunkowo małą ilość kału,

– ileostomijne – otwarte. Na dole worka znajduje się otwór, zamykany zapinką (zapinki mogą być wbudowane w worek, tworzące z nim jedną całość, albo oddzielne, zatrzaskiwane, przyklejane na worek lub zamykane na rzep). Dzięki temu, gdy worek wypełnia się, nie trzeba go wymieniać, wystarczy jedynie opróżnić go do toalety.

Wszystkie te rodzaje sprzętu stomijnego występują w dwóch wersjach:

1. Sprzęt jednoczęściowy. Jest to po prostu worek naklejany bezpośrednio na skórę wokół stomii. System ten jest dla pacjenta wygodny, cienki, elastyczny i dyskretny.
2. Sprzęt dwuczęściowy. W tym przypadku na skórę nakleja się płytkę z

pierścieniem zatraskowym, do którego przyczepia się woreczki.

Dodatkowo, firmy produkujące sprzęt stomijny oferują różnorodne akcesoria pomocnicze i kosmetyki do pielęgnacji skóry wokół stomii (Stomia, 2014).

Fizyczne i psychiczne aspekty życia ze stomią

Lekarz przekazując pacjentowi mało optymistyczną diagnozę dotyczącą stanu jego zdrowia, nakreśla mu obraz choroby i przedstawia ewentualne konsekwencje. Decyzję pozostawia jednak głównemu zainteresowanemu. Ten, stojąc przed wyborem dotyczącym leczenia i dalszego swojego funkcjonowania, musi rozważyć wszystkie za i przeciw.

W przypadku wyłonienia stomii, choć decyzja o operacji i utworzeniu brzuszego odbytu została podjęta, wizja życia z woreczkami własnego kału na brzuchu przeraża pacjentów i wydaje się zbyt wysoką ceną za uratowanie życia. Pozostawia trwały ślad w postaci blizn zarówno fizycznych jak i psychicznych. Doprowadza do znacznego upośledzenia aktywności i jakości życia w kategoriach obejmujących: pracę zawodową, małżeństwo, rodzinę, rozrywkę czy wypoczynek. Zdaniem wielu autorów zajmujących się problemem opieki nad pacjentem ze stomią, operacje zakończone jej wytworzeniem należą do najbardziej obciążających chorego. Obok lęku, nieodłącznie związanego z zabiegiem operacyjnym, pojawiają się inne, wiążące się z procesem adaptacji do zmiany wyglądu ciała, a także z sytuacją życiową osoby operowanej.

Potrzeba wsparcia i akceptacji ze strony lekarza, pielęgniarki i najbliższych jest fundamentem, na którym osoba z wyłonioną stomią ma możliwość zbudować swoje życie „godnie i na nowo” (Ponczek, Nowicki, 2004).

References

- Anatomia dolnego odcinka przewodu pokarmowego. (2014). Portal o fizyce i astronomii – gwiazdy i galaktyki. [Electronic resource]. Retrieved from <http://www.stomia.info.pl/anatomia-dolnego-odcinka-przewodu-pokarmowego>. [in Poland].
- Banaszkiewicz, Z., Jarmocik, P., Jawień, A. (2004). Stomie jelitowe – przyczyny i zasady wylaniania, *Valetudinaria – Post. Med. Klin. Wojsk*, No. 9 (2), 106-109. [in Poland].
- Banaszkiewicz, Z., Jawień, A. (2002). Wskazania, rodzaje i technika wykonania stomii. *Valetudinaria*, No. 3(7), 8-13. [in Poland].
- Co to jest stomia? (2014). [Electronic resource]. Retrieved from <http://www.stomia.pl/pl/stomia/wskazania-do-zabiegu>. [in Poland].
- Fibak, J. (2008). *Chirurgia. Repetytorium*. Warszawa: Lekarskie PZWL. [in Poland].
- Klasyfikacja Dukesa (2014). [Electronic resource]. Retrieved from <http://www.europacoln.pl/files/klasyfikacja-Dukesa>. [in Poland].
- Klimczyk, A., Niechwiadowicz-Czapka, T. (2008). *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wrocław: Conlinuo. [in Poland].
- Kokot, F. (red.). (2006). *Choroby wewnętrzne, podręcznik akademicki, T.I*. Warszawa: Lekarskie PZWL. [in Poland].
- Noszczyk, W. (2009). *Chirurgia, T.II*. Warszawa: Lekarskie PZWL. [in Poland].
- Pochapin, M. B. (2004). Rak jelita grubego. *Poznań: Rebis*, 57-61. [in Poland].
- Ponczek, D., Nowicki, A. (2004). Rak odbytnicy, a jakość życia po operacji, *Współczesna Onkologia*, No. 8 (3), 153-159. [in Poland].

- Proctosonomed.* (2014). [Electronic resource]. Retrieved from <http://www.proctosonomed.lublin.pl/proktolog-radzi>. [in Poland].
- Snarska, J., Goroszkiewicz, E. (2011). Chorzy ze stomią. *Gastroenterologia praktyczna*, No. 3(6), 23-29. [in Poland].
- Steciwko, A., Wojtal, M., Żurawiecka, D. (Red.). (2008). *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi, wybrane zagadnienia, T.1, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego w Opolu: Continuo*. [in Poland].
- Stomia. (2014). [Electronic resource]. Retrieved from <http://www.stomia.info.prv.pl/wskazania.html>. [in Poland].
- Szczepkowski, M. (2004). Stomia jelitowa – wyzwanie nie tylko dla chirurga. *Proktologia dla lekarzy rodzinnych*, No. 4, 57-69. [in Poland].
- Szewczyk, J., Bajon, A. (2009). Opieka pielęgniarstwa w okresie okołoperacyjnym nad pacjentem z wylonioną stomią jelitową, *Pol. Mercuriusz Lek.*, No. 26 (155), 575- 578. [in Poland].
- Twardak, I., Sikorska, A., Chybicki, M., Lisowska, A., Kraińska, A. (2009). Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą nowotworową jelita grubego. *Onkologia Polska* No. 12 (4), 150-154. [in Poland].
- Widomska – Czekajska, T., Górajek – Józwiak, J. (Red.). (2010). *Encyklopedia dla położnych i pielęgniarek, T.1. Warszawa: Lekarskie PZWL*. [in Poland].
- Wojciechowska, D., Kozłowski, P. (Red.). (2004). *Atlas Anatomii, ciało człowieka budowa i funkcjonowanie. Warszawa: Świat Książki*. [in Poland].
- Wojciechowska, U., Didkowska, J. (2014). Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. *Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie*. [Electronic resource]. Retrieved from <http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-jelit-grubego>. [in Poland].
- Wronkowski, Z., Brużewicz, Sz. (2008). *Nowotwory jelita grubego. Warszawa: Lekarskie PZWL*. [in Poland].