

Wojciech Szczęsny¹, Monika Siewkowska¹, Stanisław Dąbrowiecki², Jakub Szmytkowski¹

¹Katedra Chirurgii Ogólnej i Transplantologii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Zakład Żywienia i Dietetyki, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

S tomia jelitowa – podział i powikłania

Ostomy – types and complications

Praca powstała ze środków własnych Katedry i Kliniki.

STRESZCZENIE

Wytworzenie stomii mimo olbrzymiego postępu w chirurgii gastroenterologicznej pozostaje nadal uznanym sposobem leczenia. Należy nawet spodziewać się wzrostu liczby tego typu zabiegów ze względu na starzenie się społeczeństwa i zwiększenie liczby chorób nowotworowych jelit. W pracy zamieszczono podstawowe informacje dotyczące stomii – podziały i wskazania do wykonania. Szczególną uwagę zwrócono na rolę pielęgniarki w edukacji pacjenta ze stomią w aspekcie obsługi sprzętu oraz rozpoznawania powikłań wczesnych i późnych. Powikłania te szczegółowo opisano. Znajomość tych zagadnień jest kluczowa dla prawidłowej opieki nad liczną grupą stomistów, która zapewnia im aktywny udział w życiu społecznym i zawodowym po okaleczającej operacji.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 260–265

Słowa kluczowe: stomia jelitowa, powikłania pooperacyjne, pielęgniarstwo

ABSTRACT

Despite significant developments in the field of gastrointestinal surgery, ostomy creation remains a widespread treatment option. One might even expect an increase in the number of such procedures due to increasing longevity and a growing incidence of intestinal malignancies. This paper summarizes the basic information on ostomies, i.e. its variants and indications for ostomy creation. A particular emphasis has been placed on the role of the nurse in the education process of ostomy patients in the aspect of the management of ostomy equipment and diagnosing early and long-term complications, which have been discussed in detail. A thorough knowledge of these problems is paramount for the proper care of the ever-growing population of ostomy patients, aimed at allowing them to return to full participation in social and vocational activities after a debilitating surgery.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 260–265

Key words: ostomy, postoperative complications, nursing

Wstęp

W ostatnich kilkudziesięciu latach w chirurgii gastroenterologicznej i urologii dokonał się olbrzymi postęp (zabiegi małoinwazyjne i endoskopowe, staplery itp.). Mimo tego, wytworzenie stomii jelitowej czy moczowej jest nadal jedną z podstawowych technik ratowania życia i leczenia. Nawet w przypadkach zabiegów, których celem jest uniknięcie stałej stomii, może być ona zastosowana jako etap terapii lub leczenie powikłań [1].

Nazwa stomia pochodzi z greki i oznacza „otwór”. W istocie jest to celowo wykonane połączenie narządu

wewnętrznego ze skórą. Dla stomii jelitowej, która będzie przedmiotem zainteresowania poniższej pracy, używa się niekiedy określeń „sztuczny odbyt” lub „odbyt brzuszny” (łac. anus praeter naturalis). Bywa ona niekiedy mylona z przetoką jelitową (łac. fistula). Ta ostatnia jest wynikiem procesu patologicznego (nowotwór, choroba Leśniowskiego-Crohna, uraz) lub powikłań chirurgicznych pod postacią rozejścia zespoleń [1, 2].

Stomie jelitowe można podzielić na dwie duże grupy:

— stomie odbarczające — istotą jest odprowadzenie treści pokarmowo-kałowej poza organizm drogą

różną od fizjologicznej. Są one wykonywane częściej, a szczegółowe wskazania do wytworzenia opisano poniżej.

- stomie odżywcze — są to połączenia narządów rurowych ze skórą służące do podawania treści pokarmowej drogą inną niż fizjologiczna.

Stomie odbarczające

Podział ze względu na okres życia ze stomią:

- stomia definitywna (pozostaje do końca życia) — wykonana jako ostateczne zakończenie leczenia. Nie ma możliwości odtworzenia normalnej drogi wydalania stolca, gdyż zwieracze odbytu zostały wycięte wraz ze zmianą chorobową lub są trwale uszkodzone;
- stomia czasowa — wykonana, gdy zwieracze pozostały nienaruszone i istnieje możliwość przywrócenia fizjologicznego wydalania stolca, jeżeli nie nastąpi dalszy rozwój choroby lub inne przyczyny nie uniemożliwią takiego postępowania;
- stomia jako etap leczenia — niekiedy jako pierwszy etap operacji jest wytwarzana tak zwana stomia „dwulufowa” (patrz niżej), która ma na celu tylko odprowadzenie kału, bez doraźnego leczenia zasadniczej choroby. Stomię etapową wytwarza się również na jelicie cienkim (lub rzadziej grubym — najczęściej na poprzeczniczy), jako zabezpieczenie zespolenia chirurgicznego lub zbiornika jelitowego (pouch) — stomia protekcyjna.

Podział ze względu na miejsca wykonania:

- ileostomia — stomia wykonana na jelicie cienkim. Zazwyczaj wyłaniana w przypadku konieczności wycięcia całego jelita grubego wraz ze zwieraczami odbytu. Stomia taka jest wypukła i wystaje na około 2–3 cm powyżej poziomu skóry. Najczęściej lokalizuje się ją po prawej stronie w dół od pępka;
- kolostomia — stomia wykonana na jelicie grubym. Lokalizuje się ją zazwyczaj po stronie lewej w dół i bok od pępka. Istnieją również inne miejsca na kolostomię, choć rzadsze (w górnej części brzucha lub w dolnej części po stronie prawej). Jest bardziej płaska niż ileostomia i wystaje na 1–1,5 cm. Ze względu na lokalizację w obrębie jelita grubego wyróżnia się:
 - Coecostomia — stomia wyłoniona na kątnicy — w praktyce już nie wykonywana,
 - Transversostomia — stomia wyłoniona na poprzeczniczy,
 - Sigmostomia (najczęstsza) — stomia wyłoniona na esicy.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na różnice pomiędzy wymienionymi stomiami. Ileostomia zawsze wydziela treść płynną, bogatą w enzymy, która jest drażniąca dla skóry. Nigdy nie będzie to treść przypominająca prawidłowy kał. Kolostomia wy-

dziela w zasadzie (poza coecostomią) treść kałową. Treść bardziej płynna może pojawić się w okresie biegunek na przykład w czasie chemioterapii. Z tych faktów wynika nieco odmienna (wspomniana wyżej) konstrukcja obu stomii.

Podział ze względu na ukształtowanie stomii:

- stomia końcowa („jednolufowa”) — jelito jest w czasie preparowania przecinane poprzecznie, a jego koniec proksymalny wszywany w powłoki. Odcinek dystalny jest usuwany (operacja Milesa) lub zamykany i ma wtedy łączność z odbytem (operacja Hartmanna);
- stomia boczna („dwulufowa”) — jelito nie jest przecinane w czasie preparowania, a jego pętla jest wszywana w powłoki i dopiero wtedy następuje otwarcie światła. Uzyskuje się zatem dwa otwory, proksymalny służący do pasażu treści jelitowej na zewnątrz oraz otwór stanowiący drenaż odcinka dystalnego. Najczęściej są to stomie odbarczające w niedrożności spowodowanej nieoperacyjnym guzem odbytnicy lub ileostomie pętlowe zabezpieczające zespolenia i zbiorniki.

Wskazania do wyłonienia stomii odbarczającej:

- nowotwór obejmujący swym zasięgiem zwieracze odbytu;
- choroby zapalne (np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego) obejmujące odbytnicę i powodujące konieczność usunięcia jej wraz ze zwieraczami;
- liczne przetoki odbytu, na przykład w chorobie Leśniowskiego-Crohna jako jeden z etapów leczenia;
- polipowatość jelita grubego, gdy zachodzi konieczność usunięcia odbytnicy i zwieraczy;
- guz jelita powodujący niedrożność (stomia czasowa w operacji Hartmanna),
- perforacja uchyłka jelita (jak w przypadku guza jelita powodującego niedrożność);
- zranienie jelita nożem, pociskiem lub w wyniku urazy tępego (jak w przypadku guza jelita powodującego niedrożność);
- perforacje jatrogenne — tu zazwyczaj jelito jest oczyszczone (możliwość zeszywania lub zespolenie pierwotnego, również zabiegi endoskopowe) stąd stomie wykonywane są rzadko, jedynie w przypadkach późnego rozpoznania;
- inne rzadkie choroby jelita (np. niedokrwienie) czy schorzenie neurologiczne zaburzające prawidłowe wypróżnianie;
- etap leczenia odleżyn w okolicy krzyżowej (zabezpieczenie przed obecnością kału w okolicy odleżyn);
- stomie jako zabezpieczenie niżej położonego zespolenia jelitowego lub zbiornika jelitowego (pouch) [1].

Stomie odżywcze

Współczesne leczenie żywieniowe preferuje podawanie substancji odżywczych do przewodu pokarmowego (żywienie enteralne). Przyjmuje się, że jeśli pojawia się prawidłowa perystaltyka i nie występują inne przeciwwskazania, należy pacjenta odżywiać dojelitowo. Najlepszą drogą jest oczywiście odżywianie doustne, lecz jeśli nie jest ono możliwe, stosuje się zgłębniki dożołądkowe lub dojelitowe (zakładane pod kontrolą endoskopu). W przypadku przewidywanego długotrwałego żywienia zgłębnikami, należy rozważyć wykonanie przetok odżywczych opisanych niżej. Utrzymywanie zgłębników może bowiem powodować odleżyny błon śluzowych, zachłyśnięcia czy zakażenie.

Wskazania do wytworzenia stomii odżywczych obejmują wiele procesów patologicznych, kiedy chory nie może być odżywiany per os, a istnieją przesłanki do żywienia go drogą enteralną. Najczęściej są to schorzenia neurologiczne z zaburzonym aktem połykania, długotrwałe okresy nieprzytomności, niektóre postaci ostrego zapalenia trzustki czy szczególne warunki występujące po zabiegach operacyjnych [3].

- Wyróżniamy zatem następujące stomie odżywcze:
- gastrostomia — pokarm wprowadzany jest do żołądka, którego światło połączone jest ze skórą za pomocą zabiegu operacyjnego (sposobem Kadera, Tavelli i in.) lub za pomocą procedur endoskopowych na przykład Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG). W ostatnich latach do wytwarzania przetok odżywczych drogą chirurgiczną wprowadzono laparoskopię;
 - jejunostomia — pokarm podawany jest do jelita, którego światło połączone jest ze skórą za pomocą zabiegu operacyjnego klasycznego lub laparoskopowego. Często stosuje się to rozwiązanie na przykład po resekcji żołądka [4].

Chory ze stomią — zadania pielęgniarki

Przygotowanie do zabiegu

Jeżeli zabieg odbywa się planowo i przewidywane jest wyłonienie stomii, należy ustalić wraz z chorym jej przyszłą lokalizację na powłokach brzucha. Po wyznaczeniu i zaznaczeniu tuszem miejsca, przykleja się tam sprzęt stomijny i pacjent określa czy jest ono właściwe (również po prześpaniu ze sprzętem nocy). Już wtedy pielęgniarka powinna wyjaśnić zasady działania sprzętu i jego wymiany. Niestety duża liczba stomii w Polsce wyłanianiana jest w czasie zabiegów pilnych i nierzadko pacjent dowiaduje się o tym po zabiegu (powinien być uprzedzony o takiej możliwości, podpisując zgodę) [5].

Wczesny okres po operacji

Po chirurgicznym wytworzeniu stomii chory podlega opiece pooperacyjnej jak w przypadkach innych operacji brzusznych. Ramy tej pracy nie pozwalają na jej dokładne opisanie. Są to procedury powszechnie znane. Warto jedynie wspomnieć, że w ostatnich latach zwraca się uwagę na tak zwany fast track surgery — szybka ścieżka chirurgiczna, zwaną także enhanced recovery after surgery (ERAS). Działania te polegają w skrócie na szybkim włączeniu żywienia doustnego, uruchamianiu pacjenta i jak najkrótszej hospitalizacji [6]. W poniższej pracy skupiono się bardziej na działaniach wynikających z wyłonienia stomii. Niestety nie ma oddzielnej specjalizacji z dziedziny opieki nad stomią, a jedynie dzięki zaangażowaniu wielu osób są organizowane sympozja i kursy dotyczące tego tematu. Współczesne zasady wytwarzania stomii nakazują jej otwieranie i zaopatrzenie w sprzęt stomijny jeszcze na stole operacyjnym. Stosuje się tu najczęściej worki przezroczyste celem obserwacji jelita bez potrzeby odklejania, które sprawia ból. W tym samym celu używa się specjalnych płytek „akordeonowych” pozwalających na zmianę worka bez ucisku powłok brzucha [7].

Niewątpliwie pielęgniarka jako pierwsza zauważa wczesne powikłania stomii [8, 9]. Należą do nich:

- obrzęk stomii — nieznacznego stopnia występuje dość często i w ciągu kilku dni cofa się zazwyczaj samoistnie, jednak wymaga uważnej obserwacji. Objawem jest widoczny obrzęk błony śluzowej wyłonionego jelita. Jeśli stan taki przedłuża się, może być wskazaniem do interwencji chirurgicznej polegającej na poszerzeniu (często w znieczuleniu miejscowym) otworu w powięzi i skórze;
- niedokrwienie stomii — powstaje w wyniku niewłaściwego wyłonienia jelita. Zmiana koloru stomii na sino-czarny jest niepokojącym objawem, wymagającym pilnej obserwacji. Jeśli niedokrwienie dotyczy tylko błony śluzowej (najczęściej), po kilku dniach dochodzi do restytucji. Gdy zmiany niedokrwienne nie ustępują, należy rozpoznać pełnościenną niedokrwienie (martwica) wymagające interwencji chirurgicznej. Polega ona na ponownym wytworzeniu stomii (w tym samym miejscu, rzadziej relokacji) ze szczególnym zwróceniem uwagi na unaczynienie wyłanianego odcinka;
- wciągnięcie stomii — zbyt płytkie wyłonienie jelita lub pod napięciem powodują zapadnięcie stomii. Dochodzi do przecięcia szwów śluzówkowo-skórnych. Leczenie polega na chirurgicznym podciągnięciu jelita. Powikłanie to niekiedy ujawnia się w późniejszym okresie;
- Krwawienie ze stomii — jest to najczęstsze powikłanie wczesne, które zwykle ustępuje samoistnie. Niekiedy wymaga pokłucia lub koagulacji krwa-

wiącego naczynia. Objawem jest treść krwista w worku;

- ewentracja przez otwór stomijny — występuje niezwykle rzadko. Polega na wypadnięciu trzewi przez otwór stomijny najczęściej u chorych wyniszczonych (brak odczynu gojenia) oraz w wyniku błędu chirurga (nieprawidłowe szwy, zbyt szeroki otwór w powłokach);
- zmiany skórne — mogą pojawić się już po kilku dniach obecności stomii, lecz także w każdym okresie po zabiegu. Ich przyczyny są niejednorodne. Może to być odczyn uczuleniowy na sprzęt stomijny, jak również następstwo urazów mechanicznych na przykład na skutek stosowania nieprawidłowych substancji do obmywania okolicy stomii (eter, benzyna, spirytus) — patrz niżej. W okresie biegunek sama wydzielina ze stomii, zwłaszcza zaciekająca pod płytkę, powoduje podrażnienie skóry. Objawy to zaczerwienienie, nadżerki skórne, świąd i ból. Wszystkie zmiany skórne wymagają konsultacji lekarskiej (również z dermatologiem) i podjęcia szybkiego leczenia. W wielu przypadkach wystarcza zmiana sprzętu (zwłaszcza w przypadku alergii), zastosowanie odpowiednich „kosmetyków stomijnych” czy skorygowanie drobnego błędu popełnianego w opiece nad stomią. Zmiany bardziej zaawansowane najczęściej wymagają leczenia dermatologiczno-alergologicznego miejscowego i ogólnego. Zapobieganie zmianom skórnym jest trudne i polega zarówno na odpowiednim wyłonieniu stomii (wypukła względem skóry), jak i prawidłowym dobraniu i założeniu sprzętu stomijnego [10].

Najważniejszym zadaniem pielęgniarki stomijnej oprócz obserwacji stomii jest nauczenie pacjenta (lub jego opiekunów, jeśli jest on jest niezdolny do sprawowania samoopieki) obsługi sprzętu stomijnego. Powinien on zapewnić pacjentowi dyskreję i bezpieczeństwo polegające na możliwości pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, a nawet zawodowym. Pomijamy tu aspekty psychologiczne i seksuologiczne, które są niezwykle ważne. Istnieje wiele opracowań na ten temat [11, 12]. Wyłonienie stomii jest dla chorego przeżyciem traumatycznym, zwłaszcza jeśli zaszło ono w czasie zabiegu pilnego. Dla wielu osób jest to równoznaczne z utratą dotychczasowych celów w życiu, a nawet jego sensu. Pielęgniarka stanowi oparcie jako osoba często kontaktująca się z chorym. Pacjent też może zapytać czy stomia jaką posiada jest stała czy czasowa. Jest to ważny problem i chce on upewnić się co do słów lekarza lub istotnie jeszcze tego nie wie. Wynika z tego konieczność dokładnego zapoznania się z dokumentacją.

Sprzęt stomijny – rodzaje, przygotowanie pacjenta do samoobsługi

Sprzęt przypominający współcześnie dostępny zaczął pojawiać się na rynku w latach 50. XX wieku, kiedy opracowano nowoczesne materiały opatrunkowe. Zasadniczo można go podzielić na dwie grupy.

Sprzęt jednoczęściowy (worek samoprzylepny)

Sprzęt jednoczęściowy to worek na wydzielinę zawierający zazwyczaj filtr na gazy, który umożliwia ich ewakuację i pochłanianie nieprzyjemnego odoru. W górnej części znajduje się obszar o kształcie cienkiej płytki, służący do aplikacji na skórę. Jest on zbudowany z substancji mającej właściwości gojące, a także zawiera klej, który odslania się po oderwaniu papierowego zabezpieczenia. W płycie wykonany jest mały otwór (komunikujący się z wnętrzem worka), który przed założeniem worka należy powiększyć do wymiaru stomii. Służy do tego specjalna skala z naniesionymi wymiarami znajdująca się na zdejmowanym później papierze. W każdym zestawie znajduje się tekturka z wyciętymi okręgami o różnych średnicach, które pozwalają dobrać odpowiedni wymiar do docięcia przez porównanie ze stomią. Należy pamiętać, aby stomia była dość szczelnie otoczona płytką klejącą. Pozostawienie przestrzeni między płytką a stomią skutkuje gromadzeniem się tam kału, zbyt mały otwór może powodować drażnienie śluzówki wyłonionego jelita.

Worki stomijne (zarówno do sprzętu jednoczęściowego, jak i dwuczęściowego) występują w dwu odmianach, to jest zamkniętej i otwieralnej. Worek zamknięty używają kolostomici, kiedy stolec jest uformowany i wydalany 1–2 razy dziennie. Worki otwieralne mają możliwość opróżnienia i są stosowane przez ileostomików, a także w przypadkach biegunek przez osoby z kolostomią.

Wymiana sprzętu odbywa się zasadniczo raz dziennie. Ważne jest uprzedzenie pacjenta, że będą w jego życiu okresy (np. biegunki lub inne sytuacje), gdy standardowa ilość sprzętu może okazać się zbyt mała. Dotyczy to zwłaszcza wczesnego okresu ze stomią, kiedy niekiedy stosowana chemioterapia dodatkowo pogarsza sytuację.

Rozpocząć należy od przygotowania skóry do zmiany sprzętu. Po delikatnym odklejeniu płytki lub poprzedniego woreczka skórę wokół stomii myjemy dokładnie ciepłą wodą z mydłem. Używamy do tego celu miękkiej gąbki, gazy lub specjalnych zmywaczy dostępnych w ofercie firm produkujących sprzęt stomijny. Nie należy używać spirytusu, benzyny lub eteru, ponieważ substancje te odfuszczaają skórę, niszczą jej naturalną florę, a tym samym stwarzają niebezpieczeństwo jej podrażnienia. Nie powinno się stosować na skórę wokół stomii substancji natłuszczających

(maści, wazelina), gdyż zmniejsza to przyczepność sprzętu. Przed przyklepieniem nowej płytki skórę należy dokładnie osuszyć. Obecnie producenci sprzętu stomijnego mają w ofercie także gaziki nasączone płynem, który tworzy na skórze warstwę ochronną, tak zwana „druga skóra”.

Aby przedłużyć utrzymywanie się sprzętu na skórze można zastosować pasty uszczelniająco-gojące. Najczęściej mają zastosowanie, kiedy blisko stomii znajdują się zagłębienia czy blizny pooperacyjne. Aby ułatwić przyklejenie płytki należy okresowo golić włosy wokół stomii (najczęściej dotyczy to mężczyzn). Wszystkie czynności powinno się wykonywać delikatnie, aby nie doszło do podrażnienia lub otarcia skóry. Następnym ważnym elementem jest wspomniane już prawidłowe dopasowanie otworu w płytce do wielkości stomii. Odklejamy papier zabezpieczający część przylepną i przyklejamy płytkę (lub worek jednorazowy) do skóry.

Sprzęt dwuczęściowy (płytko bazowa i worek)

Płytko bazowa zbudowana jest podobnie do elementu występującego w worku jednorazowym, jednak jest ona grubsza. Występuje tam też mały otwór i „miarka” do docinania na odklejalnym papierze. Płytko zawiera zazwyczaj pierścien służący do mocowania worka. Jego średnica musi być nieco większa od wymiarów stomii, aby pozostawić między pierścieniem a nią pas materiału płytki. Stąd też istnieje kilka wymiarów płytek, a właściwie pierścieni. Płytkę wymienia się co 5–6 dni. Elementem wymiennym codziennie jest worek. Jego budowa jest nieco inna niż jednorazowego. Zamiast cienkiej płytki występuje tu element pierścieniowy służący do połączenia z płytko bazową. Istnieją różne systemy połączeń (zatrzaski, dźwignienki itp.) w zależności od producenta.

Na rynku znajdują się także inne systemy rzadziej stosowane np. sprzęt synergiczny składający się z płytki bazowej bez pierścienia mocującego, którą nakleja się na skórę wokół stomii, tak jak płytkę bazową, a na nią (tak jak na skórę) przykleja się worek samoprzylepny. Elementy zmienia się z taką częstotliwością jak w zestawie dwuczęściowym.

Warto pamiętać o specjalnych rodzajach płytek, na przykład do stomii zapadniętej. Często są one doskonałym rozwiązaniem dla pacjentów z takim powikłaniem. Pielęgniarka zajmująca się stomią powinna śledzić uważnie oferty firm produkujących sprzęt.

Dobierając sprzęt dla pacjenta, należy pamiętać o jego potrzebach. Obecnie dostępny sprzęt jest zazwyczaj produktem wysokiej klasy. Powinien być on pewny (nie odklei się niespodziewanie), dyskretny (nie szeleści, jest niewidoczny przez ubranie) łagodny dla skóry i niealergizujący. Pacjent szybko go akceptuje. Nie wolno jednak zapominać o indywidualizowaniu

sprzętu i pozwoleniu pacjentowi na „przetestowanie” różnych wariantów.

Rola pielęgniarki w późniejszym okresie życia ze stomią

Stomia jest zjawiskiem нефизиologicznym i jako taka, prędzej czy później, doprowadza do powikłań. Dynamika powikłań późnych jest mniejsza niż wczesnych, stąd często rozpoznawane są przez pacjenta, który konsultuje się pielęgniarkę. Zaliczamy do nich:

- wypadanie stomii — jelito wysuwa się na kilka lub kilkanaście centymetrów. Objaw ten bardzo niepokoi pacjentów. Występują tu często kłopoty z zaopatrzeniem stomii, odklejanie płytek i worków. Często wypadaniu towarzyszy opisana niżej przepuklina okołostomijna. Jest to wskazaniem do konsultacji chirurgicznej. Jeżeli dochodzi do zaburzeń wypróżnienia, należy wykonać zabieg korygujący;
- zwężenie stomii — powikłanie to jest często następstwem wcześniejszego niedokrwienia. Następuje powolne zwężanie otworu stomijnego na skutek procesów zapalnych w samym jelicie, a także w tkance podskórnej i skórze. Stomia powinna bez trudu przepuszczać palec wskazujący. Zwężenie jest również wskazaniem do konsultacji z chirurgiem. Jeżeli dochodzi do utrudnienia wypróżnienia, należy wykonać zabieg korekcyjny;
- przepuklina okołostomijna — występuje często po kilku latach od zabiegu. Jej objawy to wypuklenie w okolicy stomii, powodujące deformację. Zazwyczaj pacjent ma kłopoty z zaopatrzeniem stomii, zwłaszcza założeniem płytki sprzętu dwuczęściowego. W tych przypadkach w początkowym okresie można zalecić używanie worków jednorazowych, których płytko jest bardziej elastyczna. Brak możliwości aplikacji sprzętu jest wskazaniem do operacji naprawczej z użyciem siatki z tworzywa sztucznego. Powikłaniem może również być niedrożność z uwięzieniem. Przepuklina może również powstać w bliźnie po operacji, a nie tylko przy stomii. W ostatnich latach w literaturze pojawiają się doniesienia wręcz zalecające wzmocnienie siatką miejsca wokół stomii w czasie pierwotnego zabiegu. Ma to w zamyśle autorów zabezpieczyć przed wystąpieniem w przyszłości przepuklin [13];
- przetoka okołostomijna — to powikłanie stosunkowo rzadkie. W okolicy stomii pojawia się przetoka z wyciekami ropy lub treści jelitowej. Przyczyną takiego stanu jest kilka, na przykład uchyłek, zbyt głęboko założone szwy powięziowo-jelitowe lub rzadziej materiał syntetyczny (siatka) migrujący do światła jelita. Leczenie jest tylko operacyjne (usuniecie części jelita z ujściem wewnętrznym), a zamykanie lub wycinanie zewnętrznego ujścia przetaki jest bezcelowe i prowadzi do nawrotu.

Często pacjent zgłasza się najpierw do pielęgniarki z powikłaniami typu późnego, aby skonsultować konieczność wizyty u chirurga. Umiejętność rozpoznania i znajomość objawów tych zmian jest więc niezwykle ważna. Również rehabilitacja i powrót do pełnej aktywności społecznej i zawodowej w grupie chorych wyleczonych z choroby podstawowej w dużej mierze mieści się w zadaniach pielęgniarki [14]. W chwili obecnej istnieje w Polsce sieć Poradni Stomijnych i punktów dystrybucji sprzętu. Aktywnie działa Pol-ilkko, lobbujące na rzecz stomistów i szkolące wolontariuszy. Należy pamiętać, że w wielu przypadkach nie ma już choroby i nie powinno się mówić „chory ze stomią”. Choroba stygmatyzuje i zniechęca do aktywności. „Człowiek” ze stomią pokonał chorobę i oczekuje, że dzięki możliwości wykorzystania nowoczesnego sprzętu oraz wsparcia personelu pielęgniarskiego wróci do tego, co było sensem jego życia przez zabiegiem.

Piśmiennictwo

1. Jawień A., Banaszkiewicz Z. Stomie jelitowe. *Przew. Lek.* 2003; 6: 89–92
2. Goligher J.C. Extraperitoneal colostomy or ileostomy. *Br. J. Surg.* 1958; 45: 97–103.
3. Kunecki M., Podczaska-Słowińska A. Dostęp do przewodu pokarmowego. *Post. Żyw. Klin.* 2008; 3: 9–11.
4. Pearce C.B., Duncan H.D. Enteral feeding. Nasogastric, nasojejunal, percutaneous endoscopic gastrostomy, or jejunostomy: its indications and limitations. *Postgrad. Med. J.* 2002; 78: 198–204.
5. Cierzniańska K., Szewczyk M., Stodolska A., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Profesjonalna opieka nad osobą ze stomią w Polsce. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 2: 35–39.
6. Burch J., Slater R. Enhanced recovery after surgery: benefits for the stoma care patient. *Br. J. Nurs.* 2012; 21: S16, S18–21.
7. Pikor K., Tereszkiwicz J., Bar K. Opieka przed- i pooperacyjna nad chorym z urostomią. *Prz. Urol.* 2011; 6: 30–35.
8. Banaszkiewicz Z., Tojek K., Jarmocik P., Jawień A. Powikłania gojenia rany po wyłonieniu stomii. *Przew. Lek.* 2004; 10: 102–104.
9. Szczepkowski M., Niemirowicz-Szczytt M. Powikłania stomii jelitowych- leczenie chirurgiczne. *Gastroenterol. Pol.* 2009; 16: 183–188
10. Meisner S., Lehur P., Moran B., Martins L., Jemec G. Peristomal skin complications are common, expensive, and difficult to manage: a population based cost modeling study. *PLoS One.* 2012; 7: e37813.
11. Bielecki K., Kózka M. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Przew. Lek.* 2002; 5: 89–91.
12. Leyk M., Książek J., Piotrkowska R., Terach S., Kruk A. Jakość życia osób z wyłonioną kolostomią. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 3: 77–84.
13. Wara P. Parastomal hernia repair. An update. *Minerva Chir* 2011; 66: 123–128.
14. Cierzniańska K., Szewczyk M., Stodolska A., Cwajda J., Banaszkiewicz Z., Jawień A. Proces rehabilitacji chorych ze stomią. *Now. Lek.* 2005; 74: 222–225.