



ELŻBIETA KOZŁOWSKA^{ID}, KATARZYNA CIERZNIAKOWSKA^{ID}, ALEKSANDRA POPOW^{ID}, MARIA T. SZEWCZYK^{ID}

Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

PRACA POGLĄDOWA

POWIKŁANIA SKÓRNE U CHORYCH ZE STOMIĄ JELITOWĄ

Skin complications in patients with an intestinal stoma

STRESZCZENIE

Stomia jelitowa jest celowo wykonanym połączeniem światła jelita z powierzchnią ciała w wyniku przeprowadzonej procedury chirurgicznej. Prawidłowo funkcjonująca stomia ma duży wpływ na jej akceptację przez chorego oraz na jego jakość życia. Nadal największym problemem dla chorego, pomimo ciągłego udoskonalania technik operacyjnych i odpowiedniego przygotowania przedoperacyjnego, są powikłania skórne wokół stomii. Występują z dużą częstością i skutkują nieszczelnością sprzętu stomijnego oraz zwiększonym kosztem zaopatrzenia stomii. Powikłaniom stomii w wielu przypadkach można skutecznie zapobiegać. Znajomość czynników ryzyka wystąpienia zmian skórnych pozwala na wczesne ich wyeliminowanie bądź podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych.

SŁOWA KLUCZOWE

stomia jelitowa, powikłania skórne w okolicy stomii, uszkodzenia skóry w okolicy stomii związane z wilgocią

ABSTRACT

An intestinal stoma is a deliberately performed connection of the intestinal lumen with the surface of the body as a result of a surgical procedure. The proper functioning of a stoma has a large impact on its acceptance by the patient and on his/her quality of life. Despite the continuous improvement of surgical techniques and appropriate preoperative preparation of the patient, complications of the skin around the stoma are still the biggest problem for the patient. They occur with high frequency and result in leakage of ostomy equipment and increased cost of stoma care. Complications of the stoma in many cases can be effectively prevented. Knowledge of risk factors for skin lesions allows for their early elimination or for appropriate preventive measures to be taken.

KEY WORDS

intestinal stoma, skin complications around the stoma, skin damage around the stoma associated with moisture

ADRES DO KORESPONDENCJI

dr n. o zdr. Elżbieta Kozłowska, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, ul. Ignacego Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz, e-mail: e.kozłowska@cm.umk.pl

WSTĘP

Stomia jelitowa powstaje na skutek interwencji chirurgicznej, w wyniku której jelito zostaje wyprowadzone i umocowane w wytworzonym otworze w ścianie jamy brzusznej, co umożliwia choremu wypróżnianie. Jednym z celów współczesnej chirurgii jelita grubego powinno być dążenie do zachowania możliwie najlepszej jakości życia pacjenta. Na jakość tę niewątpliwie ma wpływ wytworzenie dobrej stomii, prawidłowo umiejscowionej, co uchroni chorego przed wystąpieniem powikłań. Większość pacjentów oprócz powikłań stomii, takich jak: obrzęk, martwica, retrakcja, wypadanie, zwężenie czy przepuklina okołostomijna, doświadcza powikłań związanych ze skórą w okolicy stomii [1–6].

Celem pracy jest krótkie omówienie powikłań skórnych rozwijających się wokół stomii oraz zaakcentowanie możliwości zapobiegania im poprzez działania ukierunkowane na redukcję czynników ryzyka.

Etiologia powikłań skórnych ma związek z czynnikami ogólnoustrojowymi, mechanicznymi i zakaźnymi. Zmiany skórne wokół stomii skutkują nieszczelnością sprzętu stomijnego, brakiem możliwości zachowania odpowiedniej higieny, występowaniem przykrego zapachu, większymi kosztami związanymi z zaopatrzeniem stomii, nasilonymi dolegliwościami bólowymi skóry w tej okolicy, a w konsekwencji zmniejszeniem aktywności społecznej bądź całkowitą izolacją chorego [7–9]. Okołostomijne powikłania skórne mogą wystąpić w każdym okresie po operacji, zarówno wczesnym,

jak i późniejszym, mogą stanowić problem krótko-, ale również długoterminowy. Ich rozwój zawsze wywiera negatywny wpływ na akceptację stomii przez chorego oraz na jego jakość życia.

Szacowana częstość występowania zmian skórnych wokół stomii podawana w piśmiennictwie mieści się w szerokim zakresie od 6% aż do 80% [2, 10]. Tak duża rozpiętość może wynikać z wielu czynników, w tym sposobu definiowania zmian skórnych przez badaczy, okresu prowadzenia badań, liczebności grup badanych, a nawet doświadczenia badacza [10]. W polskich badaniach przeprowadzonych w grupie 210 chorych ze stomią powikłania dermatologiczne dotyczyły ponad połowy badanych (58,1%), przy czym u większości z nich pojawiały się sporadycznie (45,1%) bądź rzadko (36,9%) [11]. Zdecydowanie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia zmian skórnych mają chorzy z ileostomią [12–14].

Obecnie zmiany skórne wokół stomii określane są jako:

- uszkodzenia skóry związane z wilgocią w okolicy stomii (*peristomal moisture-associated skin damage* – PMASD),
- urazy skóry związane z klejem medycznym (*peristomal medical adhesive-related skin injury* – PMARSI) [12, 15, 16].

Zmiany z grupy PMASD powstają w wyniku podrażnienia przez utrzymującą się na skórze wokół stomii wilgoć. Rozwijają się, kiedy wydzielina ze stomii pod-



RYC. 1. Zmiany wokół ileostomii powstałe w wyniku działania wilgoci

cieka pod część przylepną zaopatrzenia stomijnego (ryc. 1). W zależności od charakteru wydzieliny i czasu jej oddziaływania na skórę zmiana przybiera postać zaczerwienienia, nadżerek, częściowej utraty skóry z nieregularnymi granicami, utraty pełnej grubości skóry ze zwiększonym wysiękiem surowiczym i krwawieniem, którym towarzyszy uczucie swędzenia, pieczenia i bólu [12, 15].

W przypadku PMARSI zmiany pojawiają się jako odpowiedź skóry na działanie części samoprzylepnej sprzętu stomijnego. Mogą mieć formę rumienia, rozdarcia naskórka, nadżerki, pęcherzy, obserwowanych po usunięciu samoprzylepnego systemu worków stomijnych. Podłożem tych zmian może być uraz mechaniczny, np. traumatyczne zdejmowanie klejowca, stosowanie dodatkowych środków wzmacniających przyczepność powierzchni klejowej do skóry. Do tego typu zmian może doprowadzić również uraz napięciowy (działanie sił ścinających), kiedy dochodzi do rozciągania skóry pod nieelastycznym klejem, np. wzdęcia brzucha, obrzęki, niekiedy zastosowanie nieodpowiedniego sprzętu – płytki wypukłe. Wśród następstw PMARSI wymienia się również alergiczne zapalenie skóry i zapalenie mieszków włosowych [16].

POWIKŁANIA SKÓRNE WOKÓŁ STOMII

Wśród najczęściej występujących wczesnych powikłań wymienia się: kontaktowe zapalenie skóry wynikające z podrażnienia, uraz mechaniczny, grzybicę skóry oraz zaburzenia wzrostu skórno-słuzówkowego.

Kontaktowe zapalenie skóry jest najczęstszym zapaleniem okołostomijnym, spowodowanym podrażnieniem skóry przez długotrwały kontakt z treścią jelitową. Największe zmiany spotykane są u pacjentów z ileostomią ze względu na charakter wydzielanej treści. Nasilenie zapalenia skóry w okolicy stomii może się wahać od niewielkiego rumienia do rozległych uszkodzeń głębszych warstw skóry [17]. Odpowiednio wycięty otwór w worku stomijnym, dostosowany do średnicy stomii, a także zastosowanie środka ochronnego na skórę mają kluczowe znaczenie w zapobieganiu temu powikłaniu. Dodatkowo przy nieszczelności należy natychmiast reagować, zmieniając sprzęt na nowy [18].

Uraz mechaniczny skóry może się zdarzyć w wyniku zbyt agresywnego usuwania worka stomijnego, używania zbyt szorstkich materiałów opatrunkowych do mycia i osuszania skóry wokół stomii lub długotrwałego ucisku wywieranego przez sprzęt stomijny. Profilaktycznie w celu łatwiejszego usunięcia worka stomijnego można

użyć specjalnego preparatu ułatwiającego odklejenie. Naniesienie niewielkiej ilości pudru stomijnego na powierzchnie uszkodzoną skórę ułatwia przyklejenie nowego sprzętu [19]. Uszkodzenia głębszych warstw skóry mogą być bolesne, utrudniają zaopatrzenie stomii i wymagają zastosowania specjalistycznych opatrunków. Dostosowanie odpowiednio wyprofilowanych powierzchni przylepnych zapobiega uszkodzeniom wywołanym przez zbyt duży nacisk sprzętu stomijnego na skórę. Urazom skóry może też sprzyjać współistnienie innych powikłań, takich jak: przepuklina okołostomijna, stomia wklęsła czy wypadanie stomii [19].

Zakażenia grzybicze są związane z ciepłym i wilgotnym środowiskiem pod polem klejowym sprzętu stomijnego. Zmiany charakteryzują się bolesnym zaczerwienieniem skóry i obecnością swędzących grudek lub krost [20]. Leczenie obejmuje ogólnoustrojową antybiotykoterapię o szerokim spektrum działania, miejscowe zastosowanie maści przeciwgrzybiczych, oczyszczanie skóry za pomocą mydła antybakteryjnego oraz dokładne jej osuszanie [21].

Zaburzenia wzrostu śluzówkowo-skórnego występują w wyniku rozejścia się szwów mocujących stomię do skóry. Na powikłanie to często narażeni są chorzy poddawani przewlekłej sterydoterapii, z zaburzeniami metabolicznymi, niedożywieni lub w trakcie uzupełniającego leczenia onkologicznego. Brak wzrostu na całym obwodzie stomii może spowodować bardzo poważne powikłanie, jakim jest retrakcja stomii, i wymagać operacji naprawczej [21].

POWIKŁANIA SKÓRNE OKREŚLANE JAKO PÓŹNE

Do późnych powikłań skórnych związanych ze stomią należą: zapalenie mieszków włosowych, alergiczne zapalenie skóry i hiperplazja okołostomijna.

Zapalenie mieszków włosowych jest spowodowane działaniem czynnika mechanicznego, najczęściej tarcia i pociągania za włosy w okolicy stomii podczas usuwania worka. Częściej występuje u mężczyzn ze względu na bardziej owłosioną skórę brzucha. Przyczyną zakażenia są bakterie z rodziny *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Pseudomonas aeruginosa* lub grzyby. Zmiany zapalne pierwotnie mają postać krost, wtórnie natomiast może się rozwinąć rumień pokryty strupem. Towarzyszy im ból i świąd. Można zapobiec wystąpieniu stanu zapalnego, okresowo dokonując depilacji tej okolicy lub strzyżenia maszynką elektryczną, oczyszczając skórę wodą z użyciem mydła antybakteryjnego i używając środka ułatwiającego usuwanie przylepca [20, 21].

Alergiczne zapalenie skóry jest wynikiem zapalnej reakcji skórnej spowodowanej nadwrażliwością na substancję chemiczną zastosowaną w części przylepnej systemu do zaopatrzenia stomii lub w akcesoriach do pielęgnacji stomii. Najczęstszymi objawami są rumień, obrzęk, nadżerki lub sączące pęcherze. Początkowo stan zapalny skóry obejmuje obszarem kształt pola klejowego worka stomijnego. W późniejszym okresie obszar może się powiększyć, co jest związane z nasilającym się świądem tej okolicy. W postępowaniu najważniejsza jest identyfikacja alergenu, wyeliminowanie niepotrzebnych produktów do pielęgnacji oraz zastąpienie dotychczas używanego systemu innym, alternatywnym sprzętem stomijnym. Miejscowo można też na skórę wokół stomii zastosować steryd w sprayu lub kremie. Należy pamiętać, że krem zmniejsza przyczepność worka. Jeśli stan się utrzymuje, należy skontaktować się z dermatologiem [15, 20, 21].

Hiperplazja okołostomijna to zmiany rzekomo brodawkowe charakteryzujące się hiperplastycznym rozrostem naskórka. Przerostowe, bolesne, łatwo krwawiące zmiany przypominające białe-szare lub czerwono-brązowe brodawki są wynikiem długotrwałej ekspozycji skóry na wydzieliny ze stomii. Zlokalizowane są najczęściej w połączeniu śluzówkowo-skórnym. Na hiperplazję narażeni są również chorzy, u których w okolicy stomii znajduje się ujście przetoki. Treść wydobywająca się z przetoki powoduje stałe chemiczne podrażnienie skóry. Hiperplazja może być też związana ze stanami nowotworowymi lub zakaźnymi. Zapobieganie polega na odpowiedniej pielęgnacji skóry i właściwym zaopatrzeniu stomii [22]. Powstałe zmiany w celu ich usunięcia lub zmniejszenia rozmiaru można przyżegać azotanem srebra. Za pomocą akcesoriów do pielęgnacji stomii, takich jak pierścienie ochronne lub pasta stomijna, udaje się nieco wyrównać powierzchnię skóry wokół stomii, co umożliwia uzyskanie lepszej przylepności worków stomijnych [20].

POWIKŁANIA SKÓRNE ZWIĄZANE Z CHOROBA

Zmiany skórne w okolicy stomii mogą być też wynikiem zaostrzenia stanu chorobowego, np. wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego-Crohna, reumatoidalnego zapalenia stawów czy tocznia układowego. Najczęściej występujące to piodermia zgorzelinowa i wznowa choroby nowotworowej.

Piodermia zgorzelinowa pierwotnie może się objawiać jako guzki, krosty lub pęcherze, a w miarę upływu czasu mogą wystąpić bolesne owrzodzenia o niebie-

skawo-purpurowym zabarwieniu i wałowato uniesionych brzegach zarówno w okolicy stomii, jak i w innych odległych lokalizacjach [23]. Zmiany te dotyczą najczęściej kobiet w młodym lub średnim wieku [24]. Piodermia zgorzelinowa wiąże się z wystąpieniem patergii, w wyniku której nawet niewielki uraz powoduje pogorszenie zmiany. Wczesna identyfikacja powikłania może więc zapobiec zaostrzeniu zmian chorobowych, a leczenie piodermii polega na jednoczesnym leczeniu choroby podstawowej w połączeniu z postępowaniem miejscowym [20]. W takiej sytuacji zastosowanie znajduje delikatna pielęgnacja ran, unikanie zbyt dużego nacisku na tę okolicę oraz stosowanie wyselekcjonowanych opatrunków pochłaniających wilgoć i zwiększających przyczepność produktów do zaopatrzenia stomii [19]. Ponadto w miarę możliwości należy zmniejszyć częstość zmiany sprzętu stomijnego [25].

Wznowa choroby nowotworowej często objawia się w postaci guzków, polipów lub niegojących się owrzodzeń w okolicy stomii [19]. Zmiany mogą być bolesne, asymetryczne, o różnych barwach i różnej średnicy. Mogą też krwawić, co dodatkowo utrudnia przymocowanie sprzętu do zaopatrzenia stomii [26]. W postępowaniu należy uwzględnić pobranie materiału ze zmiany do oceny histopatologicznej oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia. Małą zmianę można usunąć chirurgicznie, czasami konieczna jest też repozycja stomii. Do tego czasu należy monitorować kondycję skóry i dobrać odpowiedni opatrunek, który umożliwi również dobre przyleganie worka stomijnego.

MONITOROWANIE STANU SKÓRY W OKOLICY STOMII

Podstawą właściwej pielęgnacji skóry wokół stomii jest umiejętność jej oceny. Powstały konsensus w tym zakresie definiuje obszar skóry wokół stomii jako skórę brzucha otaczającą stomię, znajdującą się pod przyłepną częścią zaopatrzenia stomijnego oraz określa atrybuty zdrowej skóry wokół stomii. Zdrowa skóra ma nienaruszoną strukturę, kolorem i teksturą nie odbiega od pozostałej części skóry, niepokrytej zaopatrzeniem stomijnym, ponadto nie występują w jej obrębie stany zapalne (brak zaczerwienienia, obrzęku, nadmiernego ucieplenia), a chory nie skarży się na swędzenie, pieczenie czy ból [27].

Odpowiednie monitorowanie skóry wokół stomii pozwala zapobiegać wystąpieniu powikłań lub szybko interweniować. Do klasyfikacji okołostomijnych zmian skórnych służą opracowane w tym celu skale, w któ-

rych ocenie, oprócz ogólnego stanu klinicznego chorego, podlegają takie parametry, jak: przerost tkanek, nadżerki, przebarwienia [28]. Z uwagi na niedoskonałości wielu z tych narzędzi (brak walidacji niektórych skal, ograniczony dostęp z uwagi na prawa autorskie czy aktualnie trwające badania) za najbardziej przydatną uznaje się skalę SACS (*Studio Alterazioni Cutanee Stomali*). Skala ta klasyfikuje zmiany skórne wokół stomii, określając rodzaj uszkodzenia (*lesion* – L) oraz topografię (*topography* – T). Używając tego narzędzia, należy zakwalifikować stan skóry jako: L1 – zaczerwienienie skóry bez utraty naskórka; L2 – uszkodzenie naskórka, nadżerka; L3 – owrzodzenie skóry; L4 – owrzodzenie pokryte włóknikiem/zmiany martwicze; LX – zmiany proliferacyjne (ziarniniaki, zmiany brodawkowe, wznowa nowotworowa). Kolejnym krokiem w ocenie jest lokalizacja zmiany polegająca na wskazaniu odpowiedniego kwadrantu wokół stomii – od T1 do TIV – lub TV, jeżeli zmiana dotyczy wszystkich kwadrantów [29, 30].

PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ SKÓRNYCH UKIERUNKOWANA NA REDUKCJĘ CZYNNIKÓW RYZYKA

Wśród czynników wpływających na stan skóry wokół stomii wyróżnia się czynniki niemodyfikowalne, do których należą: wiek, płeć, czas od operacji wyłonienia stomii, rodzaj stomii, obecność pierwotnych zmian skórnych [27]. W świetle badań powikłania skórne wokół stomii stwierdza się częściej u osób po 65. roku życia [12], u kobiet [31], w przypadku ileostomii [32]. W odniesieniu do czasu – częstość występowania powikłań skórnych w okolicy stomii jest większa w ciągu pierwszych 30 dni po operacji [27]. Zaobserwowano również, że powikłania skórne powstające w późniejszym okresie od operacji, niezależnie od rodzaju stomii, przebiegają dużo łagodniej [16].

W wielu przypadkach powikłaniom skórnym wokół stomii można skutecznie zapobiegać. Znajomość czynników ryzyka wystąpienia zmian skórnych pozwala na wczesne ich wyeliminowanie bądź podejmowanie odpowiednich działań profilaktycznych. Najistotniejsze działania zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog) wymieniono poniżej.

Wyznaczenie miejsca stomii przed zabiegiem chirurgicznym

Zasady wyboru i oznaczenia miejsca przyszłej stomii są szczegółowo opisywane w zaleceniach i wytycz-

nych [27, 33, 34]. Czynności te są również przedmiotem kształcenia przed- i podyplomowego pielęgniarek (studia magisterskie i kursy specjalistyczne) [35]. Złe umiejscowienie stomii utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia właściwe jej zaopatrzenie (ryc. 2). Taka sytuacja wywołuje ogromny stres psychiczny, zaburza proces adaptacji do nowych warunków i znacząco pogarsza jakość życia chorego [31].

Staranne przygotowanie chorych do operacji

Staranne przygotowanie chorych do operacji (prehabilitacja) – proces opieki przed planowanym zabiegiem chirurgicznym obejmujący spersonalizowany program ćwiczeń fizycznych poprawiających funkcjonowanie chorego, poprawę stanu odżywienia, kontrolę glikemii, wyrównanie niedokrwistości, wyeliminowanie ognisk zakażenia oraz zaprzestanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu [36].

Dbłość o technikę operacyjną

Jeżeli to możliwe, wskazane jest wykonanie zabiegu technikami małoinwazyjnymi ze szczególną dbałością o aspekty techniczne procedury. Wzmoczonej uwagi wymagają chorzy operowani w trybie pilnym, z otyłością, ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi. Na późniejsze powikłania skórne ma wpływ wysokość i wielkość stomii [33, 36]. W ciągu kilkunastu tygodni od operacji wyłonione jelito ulega obkurczeniu, a jego średnica zmniejsza się o 6–7 mm. Większą częstość występowania powikłań skórnych zaobserwowano u chorych z ileostomią krótszą niż 20 mm (ryc. 3) oraz z kolostomią niższą niż 5 mm [37].

Edukacja chorych

Edukacja jest długotrwałym procesem rozpoczynającym się już w okresie przedoperacyjnym, kontynuowanym po zabiegu oraz w późniejszej opiece ambulatoryjnej. Zakres edukacji chorych powinien obejmować tematy bezpośrednio związane z pielęgnowaniem stomii, jak również dotyczące stylu życia, aktywności społeczno-zawodowej czy sposobów rozwiązywania potencjalnych problemów, na jakie może napotykać chory ze stomią. Celem edukacji jest przygotowanie chorego do samoopieki, udzielenie mu wsparcia, ograniczenie występowania powikłań okołostomijnych, a przede wszystkim uzyskanie statusu akceptacji procesu leczenia i adaptacji do nowej sytuacji w życiu chorego [31].

Zindywidualizowany dobór zaopatrzenia stomijnego

Szeroka oferta sprzętu niezbędnego do zaopatrzenia stomii (różnorodne systemy woreczków stomijnych, środki ochronne na skórę oraz inne akcesoria pomocne w zaopatrzeniu trudnych stomii) daje możliwość dopasowania zaopatrzenia stomijnego do potrzeb i preferencji chorego.

Zawsze należy pamiętać, że całodobowe utrzymywanie części przylepnej na skórze, powtarzające się zmiany woreczków stomijnych oraz stosowanie materiałów posiadających silne właściwości przylepne (również korzystanie z dodatkowych preparatów barierowych wzmacniających właściwości adhezyjne powierzchni klejowej) mogą zwiększać prawdopodobieństwo uszkodzenia skóry [27].



RYC. 2. Nieprawidłowa lokalizacja stomii znacząco utrudnia jej zaopatrzenie i wiąże się z wysokim ryzykiem powikłań skórnych



RYC. 3. Powikłania skórne powstałe w wyniku wyłonienia stomii płaskiej (na poziomie skóry)

Odpowiednia pielęgnacja skóry wokół stomii

Obejmuje technikę zdejmowania woreczka stomijnego – jeżeli to możliwe, należy oburącz, począwszy od góry, delikatnie odklejać worek od skóry, pociągając go w dół pod małym kątem, nie napinając nadmiernie tkanek znajdujących się na obrzeżach powierzchniowej. Kolejne elementy to toaleta skóry i stomii z użyciem ciepłej wody i miękkich materiałów do mycia i osuszania bądź płynów przeznaczonych do pielęgnacji skóry wokół stomii, a także okresowe, w miarę potrzeby, usuwanie nadmiernego owłosienia.

Dbalność o prawidłowe odżywianie oraz podaż płynów

Specjalne regulacje dietetyczne i stosowanie środków farmakologicznych mają znaczenie u chorych z zaburzeniami wydalania (duże ilości płynnego stolca, powyżej 1000 ml/dobę). Ryzyko zaburzeń integralności skóry wokół stomii wzrasta w sytuacji odwodnienia, niedożywienia (nadmierne obniżenie masy ciała), ale też w przypadku nadmiernego wzrostu masy ciała.

Spoleczne determinanty utrzymania zdrowia

W opiece nad chorym ze stomią należy zwrócić uwagę na cały szereg czynników warunkujących poprawę stanu zdrowia i zapobieganie potencjalnym powikłaniom. Spersonalizowana opieka nad chorym jest łatwiejsza, jeżeli zespół terapeutyczny może ocenić warunki mieszkaniowe chorego, jego status społeczno-ekonomiczny, dostęp do opieki zdrowotnej, stan psychiczny, poziom wykształcenia czy uwarunkowania kulturowe [14].

Zapewnienie systematycznych kontroli w warunkach ambulatoryjnych

Niekiedy chorzy zauważają pojawiające się zmiany skórne, ale zwlekają ze zwróceniem się o pomoc do czasu, kiedy są one bardziej zaawansowane i sprawiają przykre dolegliwości. Zdarza się też, że podejmują próby samodzielnego leczenia, które nie tylko nie przynoszą dobrych efektów, ale często pogarszają stan skóry. Aby zapobiegać takim sytuacjom, należy zapewnić choremu ze stomią dostęp do opieki specjalistycznej, teleporady i stały regularny nadzór z możliwością kontynuacji procesu edukacji.

PODSUMOWANIE

Powikłania skórne wokół stomii, mimo ciągłego doskonalenia technik operacyjnych oraz odpowiedniego

przygotowania przedoperacyjnego pacjenta, występują z dużą częstotliwością, stwarzając niekiedy olbrzymie problemy pielęgnacyjne dla chorego. Postępowanie ze stomią polega na właściwym wyborze i zastosowaniu sprzętu do jej zaopatrzenia oraz na odpowiedniej, delikatnej pielęgnacji skóry wokół stomii z użyciem specjalistycznych akcesoriów pielęgnacyjnych [38]. Sprzęt powinno się wymieniać lub opróżniać w momencie, gdy zapełni się do połowy objętości, aby zapobiec jego nieszczelności. Skóra przed przyklejeniem worka powinna być bardzo dokładnie osuszona i w razie konieczności pokryta środkiem barierowym zapobiegającym jej uszkodzeniu. Przed zabezpieczeniem stomii należy również ocenić jej rozmiar i dopasować otwór w worku stomijnym. Celem pielęgnacji skóry wokół stomii jest zachowanie jej integralności [39]. Prawidłowo funkcjonująca stomia i odpowiednia edukacja pacjenta mogą zaowocować zmniejszoną liczbą okołostomijnych powikłań skórnych.

OŚWIADCZENIE

Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Malik T, Lee MJ, Harikrishnan AB. The incidence of stoma related morbidity-a systematic review of randomized controlled trials. *Ann R Coll Surg Engl* 2018; 100: 501-508.
2. Colwell JC, McNichol L, Boarini J. North America Wound, Ostomy, and Continence and Enterostomal Therapy Nurses current ostomy care practice related to peristomal skin issues. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017; 44: 257-261.
3. Persson E, Gustavsson B, Hellström AL i wsp. Ostomy patients' perceptions of quality of care. *J Adv Nurs* 2005; 49: 51-58.
4. Pittman J, Bakas T, Ellett M i wsp. Psychometric evaluation of the Ostomy Complication Severity Index. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2014; 41: 147-157.
5. Richbourg L, Thorpe JM, Rapp CG. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2007; 34: 70-79.
6. Salvadalena G. The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013; 40: 400-406.
7. Carlsson E, Fingren J, Hallén AM i wsp. The prevalence of ostomy-related complications 1 year after ostomy surgery: a prospective, descriptive, clinical study. *Ostomy Wound Manage* 2016; 62: 34-48.
8. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS i wsp. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2017; 44: 350-357.
9. Haque M, Alam S, Rahman A i wsp. Surgical outcomes of temporary ileostomy patients attended at a tertiary care hospital in Dhaka city. *J Curr Adv Med Res* 2021; 8: 65-69.
10. Taneja C, Netsch D, Rolstad BS i wsp. Risk and economic burden of peristomal skin complications following ostomy surgery. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019; 46: 143-149.
11. Bazaliński D, Cipora E, Jakima M i wsp. Incidence of dermatologic complications and their causes in the group of patients with intestinal stomas. *Piel Chir Angiol* 2011; 5: 132-139.

12. Nagano M, Ogata Y, Ikeda M i wsp. Peristomal moisture-associated skin damage and independence in pouching system changes in persons with new fecal ostomies. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019; 46: 137-142.
13. Steinhagen E, Colwell J, Cannon LM. Intestinal stomas-postoperative stoma care and peristomal skin complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2017; 30: 184-192.
14. He D, Liang W, Yao Q i wsp. The effect of stoma education class on peristomal dermatitis in colorectal cancer patients with defunctioning ileostomy – a retrospective study of 491 patients. *Transl Cancer Res* 2021; 10: 581-588.
15. McNichol L, Bliss DZ, Gray M. Moisture-associated skin damage: expanding practice based on the newest ICD-10-CM codes for irritant contact dermatitis associated with digestive secretions and fecal or urinary effluent from an abdominal stoma or enterocutaneous fistula. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2022; 49: 235-239.
16. LeBlanc K, Whiteley I, McNichol L i wsp. Peristomal medical adhesive-related skin injury: results of an international consensus meeting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2019; 46: 125-136.
17. Ratliff CR. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2010; 37: 505-510.
18. Beitz JM, Colwell JC. Management approaches to stomal and peristomal complications: a narrative descriptive study. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016; 43: 263-268.
19. Salvadalena G. Peristomal skin conditions. W: *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society Core Curriculum: Ostomy Management*. Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT (Eds.). Wolters Kluwer, Philadelphia 2016; 176-190.
20. Stelton S, Zulkowski K, Ayello EA. Practice implications for peristomal skin assessment and care from the 2014 World Council of Enterostomal Therapists International Ostomy Guideline. *Adv Skin Wound Care* 2015; 28: 275-284.
21. Woo KY, Sibbald RG, Ayello EA i wsp. Peristomal skin complications and management. *Adv Skin Wound Care* 2009; 22: 522-532.
22. Alslaim F, Al Farajat F, Alslaim HS i wsp. Etiology and management of peristomal pseudoepitheliomatous hyperplasia. *Cureus* 2021; 13: e20196.
23. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13: 191-211.
24. Dabade TS, Davis MD. Diagnosis and treatment of the neutrophilic dermatoses (pyoderma gangrenosum, Sweet's syndrome). *Dermatol Ther* 2011; 24: 273-284.
25. Hughes AP, Jackson JM, Callen JP. Clinical features and treatment of peristomal pyoderma gangrenosum. *JAMA* 2000; 284: 1546-1548.
26. Campana LG, Scarpa M, Sommariva A i wsp. Minimally invasive treatment of peristomal metastases from gastric cancer at an ileostomy site by electrochemotherapy. *Radiol Oncol* 2013; 47: 370-375.
27. Ratliff CR, Goldberg M, Jaszarowski K i wsp. Peristomal skin health: A WOCN Society Consensus Conference. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2021; 48: 219-231.
28. Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *Br J Nurs* 2011; 20: S4-S10.
29. Bosio G, Pisani F, Lucibello L i wsp. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Manage* 2007; 53: 38-43.
30. Cierzniaowska K, Banaszkiwicz Z, Szewczyk MT. Rana okołostomijna i zmiany skórne wokół stomii. W: *Leczenie ran przewlekłych*. Szewczyk MT, Jawień A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 152-158.
31. D'Ambrosio F, Pappalardo C, Scardigno A i wsp. Peristomal skin complications in ileostomy and colostomy patients: what we need to know from a public health perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 79.
32. Salvadalena G, Colwell JC, Skountrianos G i wsp. Lessons learned about peristomal skin complications: secondary analysis of the ADVOCATE trial. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2020; 47: 357-363.
33. Davis BR, Valente MA, Goldberg JE i wsp. Prepared on behalf of the Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. The American Society of colon and rectal surgeons clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Dis Colon Rectum* 2022; 65: 1173-1190.
34. Zwiep TM, Helewa RM, Robertson R i wsp.; Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada preoperative stoma marking position statement task force. Preoperative stoma site marking for fecal diversions (ileostomy and colostomy): position statement of the Canadian Society of Colon and Rectal Surgeons and Nurses Specialized in Wound, Ostomy and Continence Canada. *Can J Surg* 2022; 65: E359-E363.
35. <https://ckppip.edu.pl/wp-content/uploads/2020/10/Opieka-nad-pacjentem-ze-stomia-jelitowa.pdf>. Program kursu aktualizowany 31.08.2017. Dostęp: 5.02.2023.
36. Saur NM, Montroni I, Shahrokni A i wsp. Care of the geriatric colorectal surgical patient and framework for creating a geriatric program: a compendium from the 2019 American Society of Colon and Rectal Surgeons Annual Meeting. *Dis Colon Rectum* 2020; 63: 1489-1495.
37. Persson E, Berndtsson I, Carlsson E i wsp. Stoma-related complications and stoma size – a 2-year follow up. *Colorectal Dis* 2010; 12: 971-976.
38. Menin G, Roveron G, Barbierato M i wsp. Design and validation of a "Peristomal Lesion Scale" for peristomal skin assessment. *Int Wound J* 2019; 16: 433-441.
39. Jones ML. Fundamental care in practice. Series 5.8: Stoma. *Br J Healthcare Assist* 2016; 10: 60-61.