

Rak jelita grubego jest poważnym i narastającym problemem zdrowotnym nie tylko w Polsce, ale i na świecie. W kraju liczba zachorowań na raka jelita grubego wynosi ok. 11 tys. rocznie, liczba zgonów ok. 8 tys. Stanowi 10,3 proc. wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn i 10 proc. u kobiet. U obu płci znajduje się na 2. pozycji pod względem częstości zachorowań i przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami. Najczęstszym miejscem jego występowania jest odbytnica.

Obecnie zalecanym leczeniem raka odbytnicy jest zastosowanie przedoperacyjnego napromieniania, następnie wykonanie nie później niż 7. dnia operacji. Leczenie chirurgiczne polega na wykonaniu resekcji przedniej odbytnicy lub wycięciu brzusno-krocowym. Coraz lepsza technika chirurgiczna z wykorzystaniem staplerów mechanicznych, stwarzają warunki do znacznie częstszego wykonywania niskich, przednich resekcji. W ostatnich latach zachowanie zwieraczy i utrzymanie naturalnej drogi wydalania stało się, obok kryteriów onkologicznych, podstawową zasadą leczenia raka odbytnicy.

Jakość życia osób po resekcji przedniej odbytnicy, a zwłaszcza niskiej przedniej nie jest jednak tak zadowalająca, związane jest to z występowaniem tzw. zespołu resekcji przedniej. Zespół ten charakteryzuje się występowaniem: nagłych parć, nietrzymaniem gazów i stolca, częstym oddawaniem stolca, nieodróżnianiem gazów od stolca. Tylko u części chorych w miarę upływu czasu występuje poprawa. Autorzy licznych publikacji uważają, że obok korzystnego wyniku onkologicznego i chirurgicznego, bardzo istotną jest także jakość życia chorych po wykonanej operacji. Pomiar jakości życia może być prowadzony metodą opartą na ocenie osoby badającej, bądź na samoocenie osób badanych, do której można zastosować skonstruowane przez EORTC kwestionariusze QLQ-C30 i QLQ-CR38 dla chorych onkologicznych.

Słowa kluczowe: rak odbytnicy, leczenie chirurgiczne, jakość życia.

Rak odbytnicy a jakość życia po operacji

Rectal cancer and the quality of life after surgery

Danuta Ponczek¹, Andrzej Nowicki²

¹Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Bydgoszczy

²Zakład Pielęgniarstwa Onkologicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Bydgoszczy

RAK ODBYTNICY A JAKOŚĆ ŻYCIA PO OPERACJI

Rak jelita grubego, najczęstszy nowotwór złośliwy przewodu pokarmowego, jest poważnym i narastającym problemem zdrowotnym nie tylko w Polsce, ale i na świecie [1]. W kraju liczba zachorowań na raka jelita grubego wynosi ok. 11 tys. rocznie, liczba zgonów ok. 8 tys. [2]. Rak jelita grubego stanowi 10,3 proc. wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn i 10 proc. u kobiet. U obu płci znajduje się na 2. pozycji pod względem częstości zachorowań i przyczyn zgonów spowodowanych nowotworami (u mężczyzn po raku płuca, u kobiet po raku piersi) [3]. Na świecie to czwarty najczęściej występujący nowotwór po raku płuca, piersi i żołądka [4].

Odbytnica jest najczęstszym miejscem występowania raka [1, 2]. Rocznie na całym świecie na raka odbytnicy zapada 600 tys. osób, z tego 400 tys. w krajach wysoko rozwiniętych. Odsetek występowania raka w tym umiejscowieniu waha się od 1,4 na 100 tys. osób w Gambii do 45 w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii. W Polsce wskaźnik występowania tej choroby utrzymuje się na średnim poziomie 16,8 u mężczyzn i 12,7 u kobiet [1].

Uwarunkowanie genetyczne oraz określony styl życia (nowotwory sporadyczne) stanowią czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego.

U osób, których krewny 1. stopnia zachorował na raka jelita grubego, istnieje 4-krotnie większe ryzyko choroby. Choroby prowadzące do rozwoju raka, a mające podłoże genetyczne i zapalne to: polipowatość rodzinna, zespół Lyncha, zespół Gardnera, zespół Turcota, wrzodzące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna [4].

Do środowiskowych czynników ryzyka należą: określony sposób odżywiania się, otyłość, palenie papierosów. Błędy w odżywianiu polegają na spożywaniu nadmiernej ilości alkoholu, tłuszczów, czerwonego mięsa, natomiast małej ilości warzyw i owoców.

Objawami raka odbytnicy mogą być: domieszka jasnoczerwonej krwi pokrywająca stolec, uczucie niepełnego wypróżnienia, daremne parcie, biegunka poranna, kolka jelitowa powodująca potrzebę wypróżnienia, ból brzucha i/lub kroczka. Objawy te często pojawiają się dopiero w zaawansowanym stadium, po wieloletnim bezobjawowym przebiegu [2, 5]. Do objawów późnych należą: niedokrwistość, ubytek masy ciała i ból niezależny od wypróżnień [6].

Badanie przedmiotowe polega na oglądaniu okolicy odbytu, badaniu palcem (*per rectum*). Uzupełnia je pełne badanie proktologiczne, rektoskopia i/lub kolonoskopia z pobraniem wycinka do oceny histopatologicznej [2].

Colorectal cancer (CRC) is a serious and growing problem not only in Poland but also all over the world. Each year in Poland there are 11,000 new cases of CRC and 8,000 people die. The disease accounts for 10.3% of all cancers in men and 10% in women. It is one of the most common types of cancer and second leading cause of cancer-related deaths for both men and women. Most frequently CRC is localised in the rectum.

Preoperative radiation therapy and rectal resection within seven days is the recommended treatment. Surgery of the colorectal cancer involves an anterior resection or abdominal excision. An improvement in the technique by using mechanical staplers allows surgeons to perform low anterior resections more often. The abdominal excision means that the rectum and sphincters are removed and a stoma is created. In recent years however, saving sphincters and maintaining waste elimination in the usual way have become, apart from oncological criteria, the main principles of treatment for colorectal cancer.

The quality of life of patients who underwent low anterior resection is not satisfactory because of the low anterior resection syndrome. These patients complain about rectal urgency, incontinence and stool soiling and frequent defecation. Only some of the patients notice improvement with time. For many authors the quality of life after surgery is as important as the good oncological and surgical outcome. The quality of life can be evaluated on the basis of the opinion of the person who examines the patient as well as based on patient's self-assessment. There are two EORTC questionnaires for patients with cancer: QLQ-C30 and QLQ-CR38 which include questions concerning the quality of life.

Key words: rectal cancer, surgical treatment, quality of life.

Badanie *per rectum* powinno być wykonane w każdym przypadku podejrzenia raka odbytnicy. Jest to uzasadnione, biorąc pod uwagę, że ok. 50 proc. guzów odbytnicy i 30 proc. wszystkich guzów jelita grubego znajduje się w zasięgu palca [6]. Można przypuszczać, że odbytnica jest narządem łatwym do badania i oceny, i tylko niewielki procent chorych powinien być zdiagnozowany dopiero w zaawansowanym stadium choroby. Mimo to jednak rak odbytnicy jest dużym i ciągle narastającym problemem społecznym.

Odbytnica składa się z bańki, kanału i odbytu. Jej długość wynosi ok. 16 cm. Górny odcinek odbytnicy, ok. 6–9 cm, położony jest częściowo zaotrzewnowo (ściana tylna i boczna). Granicą jamy otrzewnowej u mężczyzn jest zagłębienie odbytniczo-pęcherzowe, u kobiet odbytniczo-maciczne. Poniżej tego zagłębienia odbytnica nie ma warstwy surowiczej, lecz krezkę. Orientacyjną granicę pomiędzy zewnątrz- i wewnątrzotrzewnowym odcinkiem odbytnicy stanowi silnie wykształcony, poprzeczny fałd śluzówki (Kolhrauscha), położony po prawej stronie, ok. 8 cm od brzoju odbytu. Według innego podziału odbytnicę dzieli się na odcinek górny, środkowy i dolny, każdy długości ok. 4 cm. Podział anatomiczny i chirurgiczny odbytnicy jest istotny dla chirurga w związku z lokalizacją nowotworu i wyborem rodzaju operacji [7].

Obecnie zalecanym leczeniem raka odbytnicy jest zastosowanie przedoperacyjnego napromieniania w celu zniszczenia mikroprzerzutów i mikroognisk raka w węzłach chłonnych, następnie wykonanie nie później niż 7. dnia resekcji odbytnicy. W uzupełnieniu leczenia radiochirurgicznego przy istnieniu wskazań stosowana jest chemioterapia [8].

Napromienianie przedoperacyjne u chorych z resekcyjnym rakiem odbytnicy stało się popularne dzięki szwedzkim badaniom z losowym doborem chorych (randomizacja). Wyniki tych badań udowodniły większą miejscową skuteczność napromieniania przedoperacyjnego niż poopera-

cyjnego. Stwierdzono to na podstawie ponadpięcioletniej obserwacji, po tym czasie odsetek nawrotów miejscowych wynosił 13 proc. w grupie chorych napromienianych przedoperacyjnie w porównaniu do 22 proc. wśród napromienianych pooperacyjnie. Napromienianie przedoperacyjne powoduje statystycznie istotny, 10-proc. wzrost odsetka długoletnich przeżyć w porównaniu z samym tylko leczeniem chirurgicznym oraz zmniejszenie się o ok. 50 proc. ryzyka nawrotu miejscowego [9, 10].

Wielu autorów podkreśla niebagatelną rolę napromieniania przedoperacyjnego długoterminowego w zachowaniu zwieraczy u chorych operowanych z powodu raka dolnej części odbytnicy [11–14]. Odsetek pacjentów z czynnymi zwieraczami stanowi obecnie kryterium oceny jakości leczenia, a także jakości życia, podobnie jak ocena odległych przeżyć i nawrotów miejscowych. Napromienianie przedoperacyjne niszczy komórki nowotworowe na obwodzie, a w przypadku długiego schematu leczenia może powodować regresję guza. Pozwala to na częstsze wykonywanie operacji z zachowaniem zwieraczy [11, 15, 16].

Długotrwała radioterapia stosowana jest zwykle u chorych z guzem pierwotnie nieresekcyjnym, za który uznaje się zmianę nieruchomą w badaniu *per rectum*, w tomografii komputerowej naciekającą lub dochodzącą do narządów sąsiednich [14]. Celem stosowania tego schematu napromieniania jest zmniejszenie masy guza (ang. *down staging*), co umożliwi wykonanie zabiegu z zamiarem radykalności [13, 14, 17]. Możliwe jest niekiedy również wykonywanie operacji z zachowaniem zwieraczy. Regresja guza powoduje wydłużenie wolnego odcinka odbytnicy pomiędzy nowotworem a górnym brzegiem zwieraczy odbytu [14, 15].

Leczenie chirurgiczne nadal jest leczeniem z wyboru [18–20] i stanowi najważniejszy składnik postępowania z chorymi na raka odbytnicy [17, 21]. Stosowane są 3 podstawowe

we metody leczenia chirurgicznego raka odbytnicy: wycięcie miejscowe, resekcja przednia oszczędzająca zwieracze i wycięcie brzuszno-kroczowe z wytworzeniem definitywnego sztucznego odbytu [4, 7]. Na rodzaj operacji mają wpływ m.in., takie czynniki jak wielkość guza, głębokość naciekania, obecność przerzutów, odległość od brzegu odbytu, ryzyko operacyjne, zróżnicowanie raka. Stopień klinicznego zaawansowania nowotworu określa się wg klasyfikacji Duke'a w modyfikacji Astlera i Collera oraz w oparciu o opracowany przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (UICC) podział TNM [2, 7].

Leczenie miejscowe może polegać na wycięciu guza z dostępu przez odbyt (metoda Parks'a), z dostępu po usunięciu kości guzicznej (metoda Kraskego), z dostępu przez zwieraczowego (metoda Yorka Masona), jak również techniką przezodbytniczej mikrochirurgii endoskopowej [4, 7]. Na uwagę zasługuje zdobywająca sobie coraz większą popularność przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa (ang. *Transanal Endoscopic Microsurgery* – TEM), którą opracował i wprowadził w 1983 r. wraz ze współpracownikami Buess. Metoda ta została rozwinięta w latach 90. w ośrodkach europejskich, a od 1996 r. w Polsce. Technika ta stworzyła możliwość minimalnie inwazyjnego leczenia resekcyjnego nowotworów środkowej i górnej części odbytnicy o zaawansowaniu T1N0M0. Guz powinien być wielkości do 3 cm średnicy i zróżnicowaniu G1, G2 [22–24].

Leczenie chirurgiczne, pozwalające zachować zwieracze odbytu, tzw. resekcje przednie wykonuje się w przypadku, gdy guz umiejscowiony jest w górnej lub środkowej części odbytnicy. Coraz częściej operacje te wykonuje się również u chorych, u których nowotwór zajmuje obwodowy odcinek odbytnicy [4].

Postęp w tej dziedzinie stał się możliwy dzięki nowoczesnym technikom operacyjnym z zastosowaniem mechanicznych staplerów. Innymi istotnymi elementami tego leczenia są: stosowanie radioterapii lub radio-

chemioterapii przedoperacyjnej, zmiany poglądu co do długości tzw. bezpiecznego marginesu jelita poniżej guza i wprowadzenie zasad techniki całkowitego usunięcia krezki odbytnicy [5, 15].

Na temat operacji z zachowaniem zwieraczy z optymalnym wynikiem onkologicznym (bezpieczny margines dystalny) chirurdzy dyskutują od dawna. Do lat 80. obowiązywała reguła 5 cm, następnie 2 cm, a obecnie wystarcza margines 1 cm [16, 17]. Sądzi się, że istotniejsza dla spełnienia warunku radykalizmu onkologicznego jest rozległość wycięcia tkanek otaczających odbytnicę, czyli margines okrężny (radialny) niż margines dystalny [16, 25].

Zgodnie z tym spostrzeżeniem wprowadzono zasady techniki całkowitego usunięcia krezki odbytnicy (ang. TME – *total mesorectal excision*). Niedostateczny margines cięcia chirurgicznego w jej obrębie stanowi najczęstszą przyczynę wznowy miejscowej [11]. Wspomniana technika operacyjna polega na preparowaniu w beznacyniowej przestrzeni pomiędzy blaszką trzewną i ścienną powięzi miednicy, która stanowi granicę przedziału tkankowego i uważana jest za barierę ograniczającą szerzenie się raka [13].

Zabieg ten zapewnia radykalizm onkologiczny resekcji przedniej głównie u chorych na raka dolnej części odbytnicy, umożliwiając w ten sposób radykalne wykonywanie niskiej przedniej resekcji (ang. *low anterior resection* – LAR). Istnieje szereg czynników, które muszą być wzięte pod uwagę przy kwalifikowaniu chorych do tej operacji: odległość guza od brzegu odbytu, wielkość guza, jego ruchomość, stopień złośliwości histologicznej nowotworu, występowanie ewentualnych przerzutów, przedoperacyjny stan czynnościowy zwieraczy, typ budowy ciała chorego, ogólny stan chorego [4] oraz doświadczenie i umiejętności chirurga [26].

Obecnie przyjmuje się, że resekcję przednią należy rozważać u każdego chorego na raka dolnej części odbytnicy, jeśli zwieracze

i dźwigacz odbytu nie są nacieczone [25, 27]. Zachowanie zwieraczy i utrzymanie naturalnej drogi wydalania stało się – obok kryteriów onkologicznych – podstawową zasadą leczenia raka odbytnicy.

Samo jednak zachowanie zwieraczy nie jest wystarczającym warunkiem do uzyskania zadowalającej jakości życia po leczeniu operacyjnym. Chodzi także o to, aby pacjent miał zachowane również prawidłowe funkcje anorektalne, czyli zdolność kontroli defekacji, utrzymywania gazów, dyskryminacji gazy-stolec. Uwarunkowane są one integralnością anatomiczną anorektum (zwieracze, mięśnie dna miednicy, ich unerwienie, odbytnica), jego wydolnością czynnościową (unerwienie, odruchy, czucie wisceralne) [21].

Wykonanie resekcji przedniej odbytnicy, a zwłaszcza niskiej przedniej, dotyczącej jej dystalnego odcinka pozwala choremu zachować zwieracze i w naturalny sposób wydaląć stolec. Wycięcie odbytnicy z niskim zespoleniem okrężniczo-odbytniczym, a czasami nawet okrężniczo-odbytniczym nie jest pozbawione następstw czynnościowych. U niektórych chorych dochodzi do nieprawidłowości w zakresie trzymania stolca. Dolegliwości te mogą w poważnym stopniu ograniczać planowaną jakość życia.

Objawy i dolegliwości te nazwano zespołem resekcji przedniej (ZRP). Występuje on w ok. 20–30 proc. przypadków. Zarówno napromienianie przed-, jak i pooperacyjne może spowodować zwiększenie tego odsetka. Im niższe zespolenie okrężniczo-odbytnicze zostanie wykonane, tym ryzyko wystąpienia ZRP jest większe. Olędzki i wsp. dokonali usystematyzowania objawów zespołu resekcji przedniej [20]. Świadomość ich występowania powinien mieć każdy chirurg decydujący o wyborze tej operacji. Zespół resekcji przedniej może charakteryzować się częstszym oddawaniem stolca w ciągu doby, czy tygodnia, włącznie z koniecznością oddawania stolca kilka razy w nocy, upośledzeniem lub brakiem kontroli nad oddawaniem gazów, stolca płynnego, a nawet stałego, nieodróżnianiem potrzeby od-

dania gazów od stolca (zwłaszcza płynnego), uczuciem niepełnego wypróżnienia z koniecznością powrotu do toalety w ciągu 15–30 min, niemożnością odroczenia konieczności oddania stolca na dłużej niż 15 min i występowaniem naglącego parcia. Dodatkowo mogą wystąpić tzw. mokry odbyt – związany z popuszczeniem luźnego stolca, zaburzenia czynności seksualnych (najczęstsze u mężczyzn to zaburzenia wzdru i ejakulacji, ale także zmniejszenie popędu, aktywności płciowej i anorgazmia, u kobiet natomiast zaprzestanie stosunków, anorgazmia, dyspareunia) i zaburzenia urologiczne (nieutrzymanie moczu, zaleganie moczu i objawy dysuryczne).

Objawy te mogą stanowić poważny problem medyczny i społeczny powodując, że chory czuje przymus pozostawania w domu z obawy przed niezdążeniem do toalety, a także potrzebę stosowania podpasiek, podkładów, przewlekłego zażywania leków zapierających itp. [20]. Na zjawisko zespołu resekcji przedniej lub jego niektórych objawów zwracają również uwagę Szczepkowski [1], Bielecki [28 – komentarz], Dziki [29]. Według Lewisa i wsp. wymienione wyżej objawy mogą wystąpić u 60 proc. pacjentów po niskiej przedniej resekcji [30].

Podobne wyniki uzyskali Popiela i wsp. [31], którzy wykonali badanie proktomanometryczne u 24 chorych, średnio 14 mies. po zabiegu niskiej przedniej resekcji odbytnicy. Badanie wykazało, że ponad połowa chorych nie potrafi w pełni kontrolować wypróżnień. Ten sam zespół w kilka lat później podjął ponownie badania funkcji anorektalnych u chorych po przedniej resekcji odbytnicy, w 24–36 mies. po zabiegu. Badania polegały na subiektywnej samoocenie stopnia kontroli defekacji oraz obiektywnych pomiarach manometrycznych, w wyniku których sklasyfikowano chorych wg 4-stopniowej skali Holschneidera, obrazującej stopień nasilenia zaburzeń defekacji. Okazało się, że tylko 39 proc. chorych po niskiej przedniej resekcji odbytnicy 24 mies. po zabiegu potrafiło w pełni

kontrolować wypróżnienia, a dalsze 17 proc. nie zgłaszało lub zgłaszało sporadycznie subiektywne objawy nietrzymania stolca, choć jednocześnie wykazywało obniżone ciśnienie podstawowe i wspomagane w kanale odbytu. Z objawowym nietrzymaniem stolca, tj. w 3. i 4. stopniu wg Holschneidera było 44 proc. chorych. Tylko u nielicznych pacjentów z mniej nasilonymi zaburzeniami czynnościowymi z upływem czasu następowała poprawa. Autorzy pracy wysunęli wniosek, że nie tylko doszczędność onkologiczna, ale i jakość życia po operacji powinna decydować o doborze zabiegu. Stąd wysuwa się kolejny wniosek, sugerujący wykonywanie szczegółowego badania manometrycznego, które pozwoliłoby wyeliminować grupę chorych z niewydolnymi zwieraczami jeszcze przed zabiegiem. Zaburzenia występujące przed operacją, na pewno nasiliły się po operacji [28]. Zbliżone wyniki uzyskał Shibata, który badał jakość życia chorych po 2 latach od zabiegu wg *Sphincter Function Scale* [32]. Okazało się, że 56 proc. chorych oceniła wynik operacji jako niekorzystny w aspekcie jakości życia.

W celu uzyskania lepszych wyników czynnościowych pod względem częstotliwości i nagłości wypróżnień po zabiegu niskiej przedniej resekcji, można chorym wykonać zbiornik okrężniczy. Zabieg ten obarczony jest ryzykiem dodatkowych powikłań śród- i pooperacyjnych. Poza tym 25 proc. chorych jest niezdolnych do samodzielnego opróżniania zbiornika, co zmusza ich do stosowania regularnych lewatyw [4]. Ostatnio Nowacki zaproponował własną modyfikację zbiornika, wykonując plastikę okrężnicy [33].

Trzecią z podstawowych metod operacyjnego leczenia raka odbytnicy jest wycięcie brzuszno-kroczone (ang. *abdominoperineal resection* – APR) z wytworzeniem stomii. W wyspecjalizowanych ośrodkach zagranicznych APR nie przekracza 25 proc. [16, 25, 34]. Wykonuje się tę operację w przypadku raków zlokalizowanych w obwodowej części od-

bytnicy, jeżeli nie ma możliwości zastosowania leczenia miejscowego ani metod oszczędzających zwieracze.

Operację tę jako pierwszy wykonali Charles Mayo w 1904 r. i Ernest Miles w 1908 r. Początkowo zabieg ten związany był z wysoką śmiertelnością okołoperacyjną (ok. 20 proc.), ale poprzez swoją radykalność wpłynął na zwiększenie odsetka przeżyć 5-letnich. Od tego czasu kolostomia jednolufowa jest nierozzerwalnie związana z leczeniem raka odbytnicy [35].

Dla pacjenta z punktu widzenia jego późniejszej jakości życia ważne jest, aby miał prawidłowo wykonaną stomię i odpowiednio umiejscowioną, obowiązuje zasada indywidualizacji. Błędnie wykonana i umiejscowiona stomia stwarza niebezpieczeństwo powikłań, wymagających często korekty chirurgicznej [36].

Decyzja o umiejscowieniu stomii powinna zapaść jeszcze przed operacją. Z rozmowy z chorym należy dowiedzieć się jaki prowadzi styl życia i pracy, jakie są jego możliwości poruszania się. Następnie należy zbadać brzuch pacjenta w pozycji leżącej, siedzącej i stojącej, a także zwrócić uwagę na brzuszne fałdy skórne, przepukliny brzuszne, stare blizny pooperacyjne, zmiany popromienne, przeszczepy skóry czy obwisłe piersi u kobiet. Stomia powinna być zlokalizowana na obszarze płaskiej i zdrowej skóry, oddalona od głównego cięcia operacyjnego o co najmniej 4 cm. Najlepsze miejsce na ogół znajduje się w 2/3 odległości między kolcem biodrowym przednim górnym i pępkiem. U osób otyłych z powodu wystającego brzucha unie możliwiającego obejrzenie i pielęgnację stomii, miejsce to przesuwają nieco ku górze. Pacjentowi na próbę zakłada się worek stomijny w wyznaczonym punkcie i prosi o przyjęcie różnych pozycji. Ostateczne miejsce wykonania stomii, z dala od blizn, fałdów i zagłębień skórnych, pępka, kości łonowej, biodrowej i łuku żeberowego zaznacza się niezmywalnym pisakiem [36–39].

Prawidłowo wykonana stomia powinna być wypukła ponad powłoki

brzusze ok. 0,5–1,5 cm i dobrze ukrwiona [39]. Mimo postępów w chirurgii zawsze istnieje ryzyko wystąpienia powikłań, nawet po wzorowo przeprowadzonym zabiegu. Powikłania miejscowe mogą być wczesne i późne. Do wczesnych (do 30 dni po operacji) należą: martwica stonii, krwawienie, zakażenie rany stomijnej z przetoką jelitową, obrzęk, wciągnięcie (retrakcja), zmiany zapalne skóry wokół stonii (wyprysk kontaktowy, odczyn alergiczny skóry). Późne powikłania to przepuklina okołostomijna, wypadanie stonii, zwężenie, przewlekła przetoka okołostomijna [36, 37, 39–44].

Do powikłań ogólnoustrojowych należą urazy psychiczne, lęk, przygnębienie, utrata motywacji, poczucie krzywdy, bezsensu życia, mniejszej wartości, zaburzenia relacji społecznych, izolowanie się od innych ludzi i dysfunkcje seksualne. Konieczność założenia sztucznego odbytu ma znaczący wpływ na życie chorego, zarówno w sferze prywatnej, jak i zawodowej. Chorzy cierpią z powodu choroby nowotworowej i zagrożenia, jakie ona niesie, ale także z powodu utraty zdolności kontroli nad ciałem. Sytuacja ta prowadzi często do obniżenia poczucia własnej wartości, a nawet depresji.

Poszukuje się skutecznych i bezpiecznych metod, które umożliwią lepszą kontrolę nad oddawaniem stolca i gazów u chorych ze sztucznym odbytem brzuszny. Stosowane dotychczas metody można podzielić na 2 grupy:

- mechaniczne (bez ingerencji chirurgicznej), na które składają się systemy zamykające, zbiorcze i opróżniające,
- chirurgiczne polegające na zastosowaniu wszczepów materiałów sztucznych bądź na wytworzeniu mechanizmu zwieraczowego z tkanek własnych chorego [45].

W przypadku metod mechanicznych pierwszorzędne znaczenie ma właściwie dobrany i używany sprzęt stomijny, który powinien charakteryzować się niezawodnością, bezpie-

czeństwem dla skóry i dyskrecją w użyciu. Nowoczesny sprzęt stomijny składa się z woreczka i urządzenia mocującego, wykonanych z wysokiej jakości folii, nieprzepuszczającej zapachów. Obecnie do kolostomii, którą zakłada się pacjentom w wyniku operacji brzuszno-kroczowej z powodu raka odbytnicy stosowane są systemy jedno- i dwuczęściowe [36] oraz najnowszy na rynku *Esteem synergy*, łączący zalety obu.

Do najbardziej znaczących spośród chirurgicznych technik wykonywania stonii, umożliwiających kontrolę nad oddawaniem stolca i gazów należą: metoda wewnątrzotrzewnowego zbiornika Kocka, kolostomia z zastosowaniem pierścienia magnetycznego, odbył mioplastyczny Schmidta i metoda Moreiry [35, 39]. Żadna z nich nie jest pozbawiona wad, dlatego wielu ekspertów twierdzi, że należy je stosować z dużą rozważą, w ośrodkach dysponujących odpowiednim doświadczeniem klinicznym. Uważają oni również, że stomia wytworzona z jelita grubego (kolostomia), wykonana klasycznie z zastosowaniem treningu irygacyjnego w celu uzyskania tzw. zastępczego odruchu defekacji, jest rozwiązaniem, które satysfakcjonuje większość pacjentów.

Ogromna rola w przygotowaniu pacjenta do życia ze stomią przypada pielęgniarce stomijnej. Ma ona zadania, które wykonuje zarówno w okresie przed- i pooperacyjnym oraz w poradniach stomijnych. Większość z nich została opisana w opracowanym przez M. Kózkę i K. Bieleckiego *Modelu opieki nad pacjentem ze stomią*, który został w maju 2002 r. oficjalnie rekomendowany przez Polski Klub Koloproktologii do powszechnego wykorzystania i stosowania [46]. Pielęgniarka, jako osoba edukująca pacjentów, zwiększa ich bezpieczeństwo, wzmacnia poczucie wartości, aktywizuje do samoopieki, dzięki której stają się oni niezależni od innych osób [42, 47]. Pacjenci otrzymują wsparcie od profesjonalistów z różnych dziedzin: chirurgów, psychologów, seksuolo-

gów, dermatologów, dietetyków, a także od nieprofesjonalistów wolontariuszy, mających dużą wiedzę na temat pielęgnacji i radzenia sobie ze stomią. Ich działania zmierzają do jak najszybszego powrotu pacjenta do pełnej aktywności życiowej i do emocjonalnej adaptacji życia ze stomią. Osoby te udzielają pomocy zarówno w oddziałach szpitalnych, w poradniach działających w ramach Polskiego Towarzystwa Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO, jak i w domu chorego [39, 48]. Nie tylko pacjent, ale i jego rodzina powinni być przygotowywani do samoopieki. Z myślą o poszerzeniu wiedzy, a także umiejętności związanych z codziennym funkcjonowaniem ze stomią oraz wsparciu psychicznym, firmy rozprawdzające specjalistyczny sprzęt stomijny stworzyły bezpłatne infolinie, w których profesjonalści odpowiadają na każde pytanie chorego. W ramach działalności dostarczają one również bezpłatne magazyny, bogate w aktualną wiedzę i doświadczenia dotyczące pielęgnowania stonii. Osoby żyjące ze sztucznym odbytem mogą zaopatrywać się w bezpłatny sprzęt stomijny dowolnej firmy w ramach przyznanego miesięcznego limitu.

Przedstawiony zarys zagadnień związanych z leczeniem raka odbytnicy ujawnia, jak ogromny jest to problem epidemiologiczny, leczniczy, pielęgnacyjny, psychologiczny i ekonomiczny. Dodatkowo istnieje jeszcze bardzo ważny aspekt jakości życia. Według S. Frasera w przypadku chronicznej lub nieuleczalnej choroby, w ocenie leczenia muszą być brane pod uwagę czynniki bardziej subtelne niż tylko samo przeżycie [49]. Podobnie uważa C. O'Boyle pisząc, że sukces operacji musi być oceniany nie tylko w aspekcie śmiertelności, zachorowalności i komplikacji, ale również jakości życia, czyli np. ulgi w objawach, zadowolenia z operacji [50]. Opisane główne metody leczenia chirurgicznego, resekcja przednia i brzuszno-kroczowe wycięcie odbytnicy mają zarówno zalety, jak i wady, które mogą albo podwyższyć, albo obniżyć poziom jakości

życia pacjenta. Wielu autorów zadaje sobie pytanie, czy lepsze jest zachowanie zwieraczy z niskim, czasami nawet bardzo niskim (ang. *ultra low*) zespoleniem i groźącym zespołem resekcji przedniej, czy brzuszny odbyt z możliwością jego powikłań, tak ogólnych, jak i miejscowych?

Ocena jakości życia pacjentów poddanych różnym formom leczenia w wielu jednostkach chorobowych stała się przedmiotem licznych badań i publikacji. Jakość życia jest pojęciem trudnym do zdefiniowania, rozumianym odmiennie w zależności od światopoglądu, wychowania, zdobytych doświadczeń. Początkowo oznaczało ono dobre życie w sensie materialnym, szybko jednak rozszerzono je o obszary *być*, a nie tylko *mieć*.

Jakość życia jest terminem utożsamianym z dobrym samopoczuciem, satysfakcją z życia i dobrobytem. Termin ten odnosi się do trzech norm: klinicznej (brak objawów choroby), społecznej (wypełnianie określonej roli społecznej), indywidualnej (realizacja własnych celów). Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę wydolności fizycznej, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem oraz osobistych wierzeń i przekonań [51]. Według C. Gotay jakość życia oznacza stan dobrego samopoczucia, składającego się z dwóch elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami (co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym) i satysfakcji funkcjonowania na wszystkich poziomach, oraz kontroli nad chorobą i/lub nad objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia [52]. Celem badania jakości życia jest uzyskanie możliwie pełnej analizy różnych dziedzin życia chorego, ocena jego sytuacji oraz ograniczeń w aktywności, które można poprawić. Analiza taka umożliwiła podjęcie trafnych dla pacjenta decyzji, wynikających z jego potrzeb.

Pomiar jakości życia może być prowadzony metodą opartą na ocenie osoby badającej bądź na samo-

ocenie osób badanych. Subiektywna ocena własnego zdrowia ma znacznie większy wpływ na wiele zachowań człowieka niż ocena obiektywna, dokonywana przez lekarza (która jest zwykle lepsza od samooceny pacjenta).

Obecnie zaleca się stosowanie swoistych skal pomiarowych jako wskaźników pozwalających precyzyjnie mierzyć wpływ choroby na jakość życia pacjentów. Takimi swoistymi skalami są skonstruowane przez *European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life (EORTC) QLQ-C30* i *QLQ-CR38* dla chorych onkologicznych [53, 54]. Pierwszy jest kwestionariuszem, badającym ogólną jakość życia pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi. Drugi jest jego specyficznym modułem, służącym do badania jakości życia osób z rakiem jelita grubego, poddanych różnym formom leczenia [54]. Oba kwestionariusze mogą być wykorzystane w badaniu chorych leczonych z powodu raka odbytnicy.

Obecnie nikt już nie wątpi, że rolą każdego leczenia jest zapewnienie zarówno długości, jak i jakości życia. Choroba najczęściej traktowana jest przez pacjenta jako negatywne wydarzenie życiowe, które ma znacznie większy wpływ na dobre samopoczucie niż siła wydarzeń pozytywnych. Dlatego też podejmując się leczenia człowieka, zwłaszcza chorego onkologicznie, powinniśmy stworzyć takie warunki, aby osiągał on dobrą jakość życia.

Biorąc pod uwagę stale wzrastającą liczbę zachorowań na raka odbytnicy, a zatem zwiększającą się liczbę wykonywanych resekcji niskich przednich i wycięć brzuszno-kroczowych, celowe wydaje się badanie jakości życia pacjentów poddanych tym operacjom. Jest to istotne tym bardziej, że znajduje się tak niewiele publikacji ściśle dotyczących wyżej wymienionego tematu.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczepkowski M. *Rectal cancer – functional outcome and quality of life*. Proktologia 2002; 3: 162-74.

2. Nowacki MP. *Rak jelita grubego*. W: *Onkologia kliniczna*. Krzakowski M (red.). Warszawa 2001.
3. Didkowska J, Wojciechowska U, Tarkowski W i wsp. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2000 roku*. Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Warszawa 2003.
4. Shelton AA, Wong WD. *Rak jelita grubego*. *Med Prakt Chir* 1998; 5: 113-32.
5. Bielecki K, Kamiński P, Klukowski M i wsp. *Leczenie nowotworów odbytnicy przednią resekcją – wczesne wyniki*. *Pol Prz Chir* 1998; 70: 366-74.
6. Jaśkiewicz J, Perczyński W. *Diagnostyka nowotworów odbytnicy, odbytu i pogranicza esiczo-odbytniczego*. *Nowotwory* 1995; 45, supl. 1: 38-43.
7. Grzebieńiak Z, Kielan W. *Problemy chirurgiczne w leczeniu raka odbytnicy*. *Pol Med Rodz* 2000; 2: 301-2.
8. Murawa P, Wasiewicz J, Kaczmarczyk B i wsp. *Ocena nowego standardu leczenia raka odbytnicy (streszczenie)*. *Nowotwory* 2000; 50, supl. 3: 12-3.
9. *Swedish Rectal Cancer Trial. Initial report from a Swedish multicentre study examining the role of preoperative irradiation in the treatment of patients with resectable rectal carcinoma*. *Br J Surg* 1993; 80: 1333-6.
10. *Swedish Rectal Cancer Trial. Improved survival with preoperative radiotherapy in resectable rectal cancer*. *Swedish Rectal Cancer Trial*. *N Eng J Med* 1997; 336: 980-7.
11. Bujko K, Nowacki MP. *Napromienianie uzupełniające chorych na raka odbytnicy*. *Nowa Med* 1999; 6: 18-23.
12. Lehnert T. *Leczenie skojarzone raka odbytnicy*. *Proktologia* 2002; supl. 1: 42-4.
13. Nowacki MP, Bujko K. *Współczesne poglądy i zasady leczenia chorych na raka dolnej części odbytnicy*. *Pol Prz Chir* 1999; 71: 310-7.
14. Nowacki MP, Rutkowski A, Bujko K i wsp. *Wczesne powikłania pooperacyjne u chorych na raka odbytnicy poddanych napromienianiu przedoperacyjnemu*. *Pol Prz Chir* 2002; 74: 1123-37.
15. Bujko K, Nowacki MP. *Napromienianie przedoperacyjne u chorych na raka dolnego odcinka odbytnicy – szansą na zwiększenie prawdopodobieństwa zachowania zwieraczy?* *Pol Prz Chir* 2000; 72: 654-60.
16. Mohiuddin M, Regine WF, Marks GJ, et al. *High-dose preoperative radiation and the challenge of sphincter-preservation surgery for cancer of the distal 2 cm of the rectum*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 40: 569-74.

17. Shirouzu K, Isomoto H, Kakegawa T. *Distal spread of rectal cancer and optimal distal margin of resection for sphincter-preserving surgery*. Cancer 1995; 76: 388-92.
18. Jaskóła K, Nowacki MP. *Chemioterapia uzupełniająca w przypadkach raków okrężnicy*. Nowa Med 1999; 6: 23-7.
19. Nowacki MP, Jaskóła K, Olędzki J i wsp. *Współczesne zasady leczenia skojarzonego raków okrężnicy, odbytnicy i odbytu*. Nowotwory 1998; 48: 1011-30.
20. Olędzki J, Nowacki MP, Bujko K. *Zespół resekcji przedniej*. Pol Prz Chir 2001; 73: 442-50.
21. Herman RM. *Kiedy można zachować zwieracze odbytu w czasie resekcji odbytnicy?* Proktologia 2002; supl. 1: 45-6.
22. Głuszek S, Matykiewicz J, Kot M. *Nowotwory odbytnicy leczone chirurgicznie z dostępu przez odbyt*. Gastroenterol Pol 2000; 7: 91-5.
23. Malinger S, Drews M, Marciniak R i wsp. *Przezodbytnicza mikrochirurgia endoskopowa*. Now Lek 2000; 69: 439-45.
24. Richter P, Szura M, Solecki R i wsp. *Wyniki leczenia chorych z guzami odbytnicy techniką endoskopowej mikrochirurgii (TEM)*. Nowa Med 1999; 36-40.
25. Heald RJ, Smedh RK, Kald A, et al. *Abdominoperineal excision of the rectum – an endangered operation*. Dis Colon Rectum 1997; 40: 747-51.
26. Herman K, Gliński B, Rolski J. *Ocena jakości leczenia onkologicznego – slogan czy rzeczywistość konieczność?* Nowotwory 1998; 48: 590-7.
27. Olędzki J, Nowacki MP, Sopyło R. *Metody operacyjne zachowania zwieraczy lub rekonstrukcji umożliwiającej odtworzenie naturalnej drogi wydalania*. Nowa Med 1999; 6: 28-9.
28. Wałęga P, Herman R, Popiela T. *Odległe wyniki badań funkcji anorektalnych u chorych po przedniej resekcji odbytnicy*. Pol Prz Chir 2001; 73: 327-39.
29. Dzikowski A, Tchorzewski M, Mik M. *Wpływ resekcji końcowego odcinka jelita grubego na czynność układu moczowego oraz sprawność seksualną*. Proktologia 2002; supl. 1: 47-8.
30. Lewis WG, Holdsworth PJ, Stephenson BM, et al. *Role of the rectum in the physiological and clinical results of coloanal and colorectal anastomosis after anterior resection for rectal carcinoma*. Br J Surg 1992; 79: 1082-1086.
31. Popiela T, Wałęga P, Herman R i wsp. *Ocena funkcji motorycznych zwieraczy odbytu u chorych po przedniej niskiej resekcji odbytnicy z powodu raka*. Pol Prz Chir 1997; 69: 604-10.
32. Shibata D, Guillem JG, Lanouette N, et al. *Functional and quality of life outcomes in patients with rectal cancer after combined modality therapy, intraoperative radiation therapy, and sphincter preservation*. Dis Colon Rectum 2000; 43: 752-8.
33. Olędzki J, Nowacki MP. *Intact mucosa coloplasty pouch (IMCP) – a modification of colonic coloplasty pouch*. Nowotwory 2003; 53: 405-8.
34. Wagman R, Minsky BD, Cohen AM, et al. *Sphincter preservation in rectal cancer with preoperative radiation therapy and coloanal anastomosis: long term follow-up*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998; 42: 51-7.
35. Szczepkowski M, Bielecki K. *Stomia na przestrzeni wieków*. Pol Prz Chir 1996; 68: 742-6.
36. Polewicz D. *Opieka nad pacjentem ze stomią*. Mag Pielęg Poloz 1996; 5: 30-1.
37. Karaitianos IC, Koundouris C. *Powikłania stomii jelitowych*. Proktologia 2002; 3: 372-84.
38. Szczepkowski M, Bielecki K. *Prawidłowe umiejscowienie i wykonanie stomii jako problem chirurgiczny istotny w pooperacyjnej rehabilitacji chorych*. 56 Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich. Pamiętnik T. 3 – Lublin 1993, 1299-301.
39. Szczepkowski M. *Chory ze stomią jelitową*. Mag Med 1996; 7: 23-6.
40. Dzikowski A, Kołacińska A, Zajdel R i wsp. *Powikłania stomii jelitowych*. Proktologia 2001; 2: 76-86.
41. De Walden-Galuszko K. *Psychologiczne następstwa leczenia chorych na nowotwory*. Onkol Pol 1998; 1: 149-52.
42. Rate AJ, Irving MH. *Rehabilitacja chorych ze stomią*. Aktualności Chir 1996; 4: 59-62.
43. Rutkowski A. *Opieka stomijna*. Nowa Med 1999; 6: 51-3.
44. Skricka T. *Powikłania stomii i ich chirurgiczne leczenie*. Proktologia 2001; 2: 154-6.
45. Arendt J, Mucha R, Bichalski W i wsp. *Odległa ocena sztucznego odbytu mioplastycznego i wytworzonego klasycznie na podstawie badań manometrycznych i radiologicznych*. Wiad Lek 2001; 54: 605-14.
46. Kózka M, Bielecki K. *Model opieki nad pacjentem ze stomią*. Proktologia 2002; 3: 302-4.
47. Glińska J, Wojtkiewicz U. *Rola pielęgniarki stomijnej w edukacji pacjentów*. Proktologia 2002; 3: 342-50.
48. Fryc-Martyńska J. *Wsparcie społeczne jako forma pomocy w procesie zmagania się z krytycznymi wydarzeniami życiowymi*. Wolontariusze Polskiego Towarzystwa Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO. Psychoonkologia 1997; 1: 99-102.
49. Fraser SAC. *Quality of life measurement in surgical practice*. Br J Surg 1993; 80: 163-9.
50. O'Boyle CA. *Assessment of quality of life in surgery*. Br J Surg 1992; 79: 395-8.
51. Kózka M. *Jakość życia w medycynie – techniki oceny*. Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji dla Lekarzy i Pielęgniarek. Wokół stomii. Szczyrk 2001.
52. Gotay C, McCabe MS, Moor TD, et al. *Quality of life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development*. J Nat Cancer Ins 1992; 8: 575-9.
53. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. *The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology*. J Natl Cancer Inst 1993; 85: 365-76.
54. Sprangers MA, te Velde A, Aaronson NK. *The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ-CR38)*. European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. Eur J Cancer 1999; 35: 238-47.

ADRES DO KORESPONDENCJI

mgr **Danuta Ponczek**
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna
ul. Techników 3
85-801 Bydgoszcz
tel./faks +48 52 585 21 94
e-mail: kizpedagasytenci@amb.bydgoszcz.pl