

## WYSTĘPOWANIE POWIKŁAŃ DERMATOLOGICZNYCH I ICH UWARUNKOWANIA W GRUPIE OSÓB Z DEFINITYWNĄ PRZETOKĄ JELITOWĄ

### Incidence of dermatologic complications and their causes in the group of patients with intestinal stomas



Dariusz Bazaliński<sup>1,2</sup>, Elżbieta Cipora<sup>3</sup>, Monika Jakima<sup>3</sup>, Agnieszka Premik<sup>3</sup>, Małgorzata Zbiegień<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie

<sup>2</sup>Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

<sup>3</sup>Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. J. Grodka w Sanoku

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 3: 132-139

Adres do korespondencji:

Dariusz Bazaliński, Szpital Specjalistyczny, Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, ul. ks. Bielawskiego 18, 36-200 Brzozów,  
e-mail: darek.bazalinski@wp.pl

#### Streszczenie

**Wstęp:** Prawidłowe umiejscowienie i wytworzenie przetoki jelitowej jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących jej prawidłowe funkcjonowanie oraz w dużym stopniu decyduje o jakości życia chorego. Powikłania dermatologiczne są wynikiem uszkodzenia skóry z powodu podciekania treści jelitowej, uczulenia na sprzęt stomijny, zakażenia powyższych zmian bakteriami i/lub grzybami.

**Cel pracy:** Ocena występowania powikłań dermatologicznych i ich uwarunkowań w grupie osób z definitywną przetoką jelitową.

**Materiał i metody:** Badania prowadzono w latach 2005–2008 wśród osób z wyłonioną przetoką jelitową, na terenie województw podkarpackiego i małopolskiego. Metodą sondażu diagnostycznego, wykorzystując autorski kwestionariusz ankiety, przebadano 210 osób zdolnych do samoopieki (wg Barthel 80–100 pkt) w wieku 22–88 lat. Zgromadzony materiał badawczy został poddany analizie statystycznej, w której wykorzystano test  $\chi^2$ .

**Wyniki:** W badaniach wykazano, że występowanie powikłań dermatologicznych jest częste, gdyż dotyczyło 58% ankietowanych, przy czym u większości z nich występowały one sporadycznie (45,1%) bądź rzadko (36,9%). Zmiany skórne najczęściej zgłaszały osoby, u których współwystępowały powikłania chirurgiczne (71,9%), niż te, u których powikłania chirurgiczne nie wystąpiły (47,9%).

**Wnioski:** Najczęściej występujące powikłania dermatologiczne w badanej grupie to podrażnienie i zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową. Występowanie powikłań dermatologicznych częściej dotyczyło mężczyzn niż kobiet. Rodzaj stosowanego sprzętu do zaopatrzenia stomii (zwłaszcza nieodpowiednio dobranego) może determinować występowanie

#### Summary

**Introduction:** Correct localization and creation of a intestinal stoma is one of the most important factors determining its right functioning, and also has a significant influence on patient's quality of life. Dermatological complications result from skin damage caused by the leakage of intestinal contents, allergy to stoma appliances, and bacterial and/or fungal infections.

**Aim of the study:** The objective of this study was to evaluate the incidence of dermatologic complications and their causes in the group of patients with intestinal stomas.

**Material and methods:** The study took place between 2005 and 2008 among patients with created intestinal stomas living in Podkarpacki and Malopolski Voivodeships. Author's survey questionnaires were administered to 210 patients, self-care capable (from 80 to 100 points according to Barthel's scale), aged between 22 and 88 years. Obtained research material was analyzed statistically using the Chi-square test.

**Results:** The study showed that dermatologic complications of the stoma are frequent since 58% of respondents suffered from them. However, most of these complications occurred sporadically (45.1%) or rarely (36.9%). Skin changes were reported more frequently by patients who had surgical complications as well (71.9%), than those without any post-surgical problems (47.9%).

**Conclusions:** The most frequent dermatologic complications include skin irritation and skin inflammation caused by intestinal contents. Dermatologic complications are observed among women more frequently than among men. The type of stoma appliance may determine the occurrence of dermatologic complications. Surgical and dermatologic complications seem to be correlated with each other.

**Key words:** stoma, dermatologic complications, nursing care.

powikłań dermatologicznych. Występowanie powikłań chirurgicznych i dermatologicznych jest ze sobą powiązane.

**Słowa kluczowe:** stomia, powikłania dermatologiczne, pielęgnowanie.

## Wstęp

Na całym świecie, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, odnotowuje się stały wzrost zarówno zapadalności, jak i umieralności z powodu nowotworów jelita grubego. Najskuteczniejszą formą walki z rakiem jelita grubego jest możliwie wczesne i prawidłowe rozpoznanie, leczenie skojarzone oparte na zmniejszeniu masy guza (radioterapia przedoperacyjna), doszczętne chirurgiczne usunięcie zmiany oraz eliminacja mikroprzerzutów poprzez chemioterapię. Niejednokrotnie leczenie chirurgiczne jest zakończone wytworzeniem przetoki jelitowej celem odprowadzenia stolca [1–3].

Stomia jelitowa (zwana brzusznym odbytem) to chirurgicznie wykonane wyłonienie światła jelita na powierzchni brzucha [1]. Wykonywana jest ze wskazań pilnych lub podczas operacji planowej w chorobach nowotworowych, zapalnych, rzadziej w urazach jelita [2]. W chirurgii jelita wykonuje się stomię w obrębie końcowego odcinka jelita cienkiego, a także odbytnicy czy okrężnicy. W zależności od umiejscowienia połączenia można wyróżnić kolostomię (połączenie światła jelita grubego ze skórą), ileostomię (połączenie światła jelita cienkiego ze skórą) [4]. Prawidłowo wykonana stomia pozwala na zachowanie dobrej jakości życia chorego, a brak powikłań przyspiesza proces akceptacji i adaptacji do nowej sytuacji życiowej [3, 5, 6].

Pacjenci z wyłoniąną przetoką jelitową są narażeni na pojawianie się wielu powikłań ogólnoustrojowych i miejscowych. Ich występowanie może dotyczyć praktycznie każdej osoby ze stomią, niezależnie od wieku i płci, zarówno w pierwszych dniach, jak i po kilku tygodniach, miesiącach, a nawet latach od zabiegu chirurgicznego. Powikłania niejednokrotnie są powodem przykrych dolegliwości utrudniających codzienne funkcjonowanie na poziomie fizycznym, jak również psychospołecznym [2].

Niekorzystne działanie treści jelitowej oraz nieprawidłowa pielęgnacja mogą determinować występowanie zmian zapalnych skóry wokół stomii [1, 6]. Do najczęstszych powikłań związanych z przetoką jelitową należą: maceracja, nadżerki (podrażnienia) okołostomijne, kontaktowe zapalenie skóry, zakażenie powyższych zmian bakteriami czy też grzybami [5, 6]. Częstość występowania powikłań dermatologicznych po wyłonieniu stomii może dotyczyć nawet 30–60% chorych. Uzależnione jest od wielu czynników, związanych m.in. z niewłaściwą samoopieką, brakiem wiedzy lub niepełną wiedzą na temat zaopatrzenia przetoki, nieodpowiednim doбором sprzętu stomijnego [3, 5, 7, 9, 18, 20, 21]. Ciągła edukacja pacjentów i ich rodzin w zakresie pielęgnacji przetoki, a także indywidualnie dobrany, szczelny, hipoalergiczny rodzaj sprzętu sto-

mijnego mają istotny wpływ na znaczne zmniejszenie powstawania powikłań dermatologicznych związanych z wyłonieniem brzuszno odbytu [2, 6].

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena występowania powikłań dermatologicznych i ich uwarunkowań w grupie osób z definitywną przetoką jelitową.

## Problemy badawcze

1. Jaka jest częstość występowania powikłań dermatologicznych w badanej grupie?
2. Jakie są przyczyny powikłań dermatologicznych?
3. Jaki rodzaj sprzętu do zaopatrzenia przetoki stosują badane osoby?
4. W jakim stopniu rodzaj stomii ma wpływ na występowanie powikłań dermatologicznych?
5. W jakim stopniu rodzaj stosowanego sprzętu do zaopatrzenia stomii ma wpływ na występowanie powikłań dermatologicznych?
6. W jakim stopniu wyznaczenie miejsca stomii przed zabiegiem chirurgicznym ma wpływ na występowanie powikłań?
7. W jakim stopniu wiek, płeć, czas od wytworzenia przetoki mają wpływ na występowanie powikłań dermatologicznych?

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Do badań wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Część pierwsza zawierała pytania na temat sytuacji socjalno-bytowej ankietowanych. Część drugą stanowiły pytania dotyczące pielęgnacji stomii, częstości występowania powikłań stomijnych, rodzaju stosowanego sprzętu i środków do pielęgnacji przetoki. Zgromadzony materiał badawczy został poddany analizie statystycznej, w której wykorzystano test  $\chi^2$ .

## Charakterystyka grupy badanej

Badania przeprowadzono w latach 2005–2008 w województwach: podkarpackim i małopolskim w czasie spotkań organizowanych przez towarzystwa stomijne, fir-

my stomijne i w trakcie patronażu stomijnego w domu pacjenta. Przebadano 210 osób ze stomią jelitową wytonioną przed co najmniej 2 miesiącami zdolnych do samoopieki (wg skali Barthel 80–100 pkt). Grupę badaną stanowiło 100 kobiet (47,6%) i 110 mężczyzn (52,4%) pomiędzy 22. a 88. rokiem życia. Zdecydowana większość, tj. 91,4%, badanych osób przebywało na emeryturze lub rencie. Największą grupę ankietowanych zarejestrowano w przedziale wieku powyżej 60. roku życia – 68,1% (143 osoby). Średnia wieku badanych osób wynosiła 64,4 roku. Czas od wytonienia stomii był bardzo zróżnicowany i wahał się od 2 miesięcy do powyżej 15 lat. Liczną grupę stanowiły osoby z wytonioną stomią od 2 do 5 lat (37,1%) oraz od 2 miesięcy do roku (28,1%). Wśród ankietowanych 170 osób miało wytworzoną przetokę na jelicie grubym – kolostomię, 17 osób – ileostomię, 23 osoby nie wiedziały, jaki mają wytoniony rodzaj stomii. W badanej grupie tylko 62,9% osób było objętych pielęgniarstwem przez pielęgniarkę stomijną.

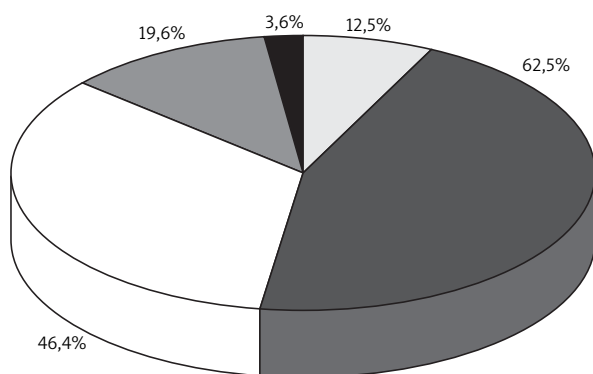
## Wyniki

W grupie 210 badanych osób z przetoką jelitową powikłania dermatologiczne wystąpiły u 58,1%, tj. 122 osób. Częstość występowania zmian skórnych wokół przetoki u obu płci była zbliżona, przy czym nieznacznie dominowali mężczyźni; u większości respondentów występowały one sporadycznie bądź rzadko (47,6%), natomiast na częste ich występowanie uskarżało się tylko 4,3% badanych (tab. 1). Najczęstszym rodzajem zmian wokół przetoki u obu płci było podrażnienie; częściej zgłaszane przez 87,9% respondentów płci męskiej niż płci żeńskiej – 62,5% (ryc. 1. i 2.). Podrażnienie skóry (miejscowe uszkodzenie ciągłości naskórka bez cech zapalenia) było charakterystyczne u osób z najkrótszym stażem stomijnym, najrzadziej u osób ze stażem 6–10 lat, po czym znowu rośnie wśród osób o dłuższym stażu (ryc. 3.). Zależność była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 9,94$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,05$ ).

Wśród 89 ankietowanych stanowiących 42,3% ogółu grupy odnotowano występowanie powikłań chirurgicznych

Tabela 1. Częstość występowania powikłań skórnych wśród obu płci ( $n = 210$ )

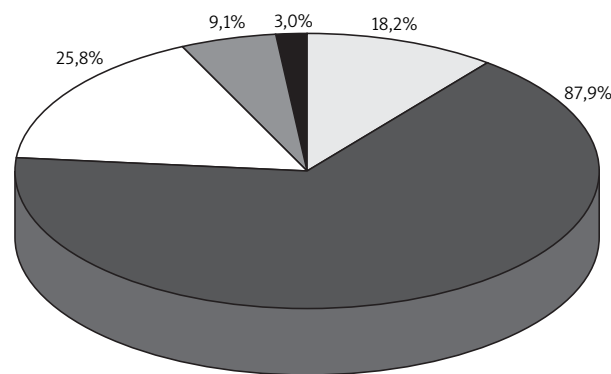
| Warianty odpowiedzi                     | Ogółem | Płeć    |           |
|---|--------|---------|-----------|
|   |        | kobieta | mężczyzna |
| sporadycznie (%)                        | 26,2   | 24,0    | 28,2      |
| rzadko (%)                              | 21,4   | 21,0    | 21,8      |
| często (%)                              | 4,3    | 6,0     | 2,7       |
| tylko po chemioterapii/radioterapii (%) | 5,7    | 5,0     | 6,4       |
| brak danych (%)                         | 0,5    | 0,0     | 0,9       |
| brak powikłań (%)                       | 41,9   | 44,0    | 40,0      |



□ maceracja ■ podrażnienie □ zapalenie spowodowane treścią jelitową  
■ zapalenie kontaktowe ■ zakażenie powyższych zmian

Ryc. 1. Występowanie powikłań dermatologicznych w grupie kobiet ( $n = 56$ )

Możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi; udziały procentowe poszczególnych odpowiedzi nie sumują się do 100

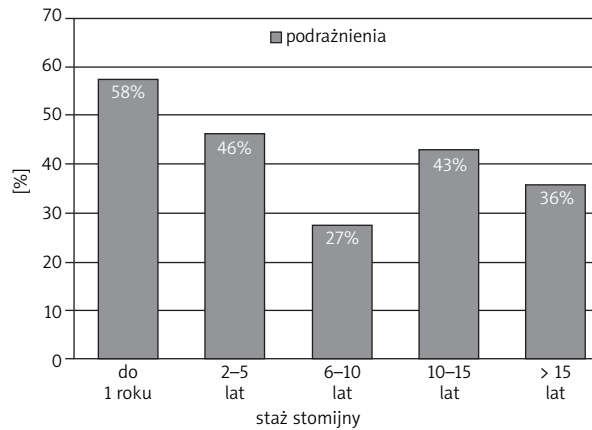


□ maceracja ■ podrażnienie □ zapalenie spowodowane treścią jelitową  
■ zapalenie kontaktowe ■ zakażenie powyższych zmian

Ryc. 2. Występowanie powikłań dermatologicznych w grupie mężczyzn ( $n = 66$ )

Możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi; udziały procentowe poszczególnych odpowiedzi nie sumują się do 100

gicznych, osoby te częściej zgłaszały występowanie powikłań dermatologicznych (71,9%). Zależność była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 12,11$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,01$ ) (tab. 2.). Najczęściej zgłaszanym powikłaniem chirurgicznym u obu płci była przepuklina okołostomijna (45%) i wypadanie stomii (16,8%). U osób z powikłaniami chirurgicznymi ( $n = 89$ ) częściej występowało podrażnienie (46,1%) i zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową (34,8%). Zależność była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 12,11$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,01$ ) (tab. 3.). Osoby, u których nie wyznaczono miejsca stomii przed zabiegiem, również częściej zgłaszały zapalenie spowodowane treścią jelitową 28,7% (tab. 4.). Zależność była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 10,57$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,01$ ). W badanej próbie, respondenci, u których wystąpiły powikłania dermatologiczne częściej sięgali po środki pielęgnacyjne. Zależność nie była istotna statystycznie, chociaż hipotezę o braku związku można by odrzucić przy poziomie  $p = 0,1$  ( $\chi^2 = 3,66$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,056$ ). Respondenci, którzy nie zgłaszali żadnych powikłań (41,9%), nie stosowali dodatkowych kosmetyków do pielęgnacji skóry wokół stomii. Natomiast wśród osób stosujących różnorodne środki pielęgnacyjne, u 35,6% nie występowały powikłania dermatologiczne.



**Ryc. 3.** Występowanie podrażnienia skóry w aspekcie stażu stomijnego  
Możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi; udziały procentowe poszczególnych odpowiedzi nie sumują się do 100

Osoby z powikłaniami statystycznie częściej od pozostałych sięgały po środki do pielęgnowania skóry ( $\chi^2 = 18,43$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Najczęściej używanym przez respondentów środkiem pielęgnacyjnym był krem przeciwo-

**Tabela 2.** Występowanie powikłań chirurgicznych w badanej grupie ( $n = 89$ )

|                                       |     | Powikłania chirurgiczne |       |               |       | Ogółem |       |
|---------------------------------------|-----|-------------------------|-------|---------------|-------|--------|-------|
|                                       |     | są powikłania           |       | brak powikłań |       | n      | %     |
|                                       |     | n                       | %     | n             | %     |        |       |
| wymieniono powikłania dermatologiczne | tak | 64                      | 71,9  | 58            | 47,9  | 122    | 58,1  |
|                                       | nie | 25                      | 28,1  | 63            | 52,1  | 88     | 41,9  |
| ogółem                                |     | 89                      | 100,0 | 121           | 100,0 | 210    | 100,0 |

**Tabela 3.** Występowanie powikłań dermatologicznych wraz z chirurgicznymi

| Powikłania dermatologiczne                           | Powikłania chirurgiczne |      |               |      | Ogółem |      |
|--|-------------------------|------|---------------|------|--------|------|
|  | są powikłania           |      | brak powikłań |      | n      | %    |
|  | n                       | %    | n             | %    |        |      |
| maceracja  | 11                      | 12,4 | 8             | 6,6  | 19     | 9,0  |
| podrażnienie   | 41                      | 46,1 | 52            | 43,0 | 93     | 44,3 |
| zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową         | 31                      | 34,8 | 12            | 9,9  | 43     | 20,5 |
| zapalenie kontaktowe (uczulenie na przylepiec worka) | 11                      | 12,4 | 6             | 5,0  | 17     | 8,1  |
| zakażenie powyższych zmian                           | 3                       | 3,4  | 1             | 0,8  | 4      | 1,9  |
| brak powikłań  | 25                      | 28,1 | 63            | 52,1 | 88     | 41,9 |
| ogółem   | 89                      |      | 121           |      | 210    |      |

Możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi; udziały procentowe poszczególnych odpowiedzi nie sumują się do 100

**Tabela 4.** Występowanie zapalenia skóry spowodowanego treścią jelitową u osób, u których nie wyznaczono miejsca wyłonienia stomii

|  |          | Wyznaczenie stomii przed zabiegiem |         |                       | Ogółem (%) |
|--|----------|------------------------------------|---------|-----------------------|------------|
|  |          | tak (%)                            | nie (%) | nie pamiętam/b.o. (%) |            |
| zapalenie spowodowane treścią jelitową | nie      | 89,9                               | 71,3    | 88,5                  | 79,5       |
|  | tak      | 10,1                               | 28,7    | 11,5                  | 20,5       |
| ogółem                                 | <i>N</i> | 69                                 | 115     | 26                    | 210        |

**Tabela 5.** Stosowanie środków do pielęgnacji stomii (n = 210)

| Warianty odpowiedzi                 | Ogółem | Płeć    |           |
|-------------------------------------|--------|---------|-----------|
|                                     |        | kobieta | mężczyzna |
| krem przeciwdparzeniowy (%)         | 30,5   | 33,0    | 28,2      |
| pastę uszczelniająco-gojącą (%)     | 20,0   | 18,0    | 21,8      |
| krem pielęgnacyjny (%)              | 4,8    | 7,0     | 2,7       |
| gaziki pielęgnacyjne (%)            | 37,6   | 41,0    | 34,5      |
| zmywacz (%)                         | 19,0   | 20,0    | 18,2      |
| puder (%)                           | 0,5    | 0,0     | 0,9       |
| tradycyjne środki pielęgnacyjne (%) | 15,7   | 18,0    | 13,6      |
| inne środki (%)                     | 5,2    | 7,0     | 3,6       |
| brak odpowiedzi (%)                 | 15,7   | 11,0    | 20,0      |

*Możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi; udziały procentowe poszczególnych odpowiedzi nie sumują się do 100*

**Tabela 6.** Zapalenie skóry spowodowane treścią jelitową w zależności od stosowanego sprzętu (n = 189)

|                               |          | Rodzaj sprzętu     |                  | Ogółem (%) |
|-------------------------------|----------|--------------------|------------------|------------|
|                               |          | jednoczęściowy (%) | dwuczęściowy (%) |            |
| zapalenie spowodowane treścią | nie      | 84,5               | 63,4             | 79,9       |
|                               | tak      | 15,5               | 36,6             | 20,1       |
| ogółem                        | <i>N</i> | 148                | 41               | 189        |

parzeniowy (30,5%), pasta uszczelniająco-gojąca (20%) oraz nawilżane gaziki pielęgnacyjne (37,6%). Stosowanie tradycyjnych metod pielęgnacyjnych zadeklarowało 15,7% ankietowanych (tab. 5.).

Przeprowadzone badania wykazały, że najczęściej używanym typem asortymentu stomijnego był sprzęt jednoczęściowy, który stosowało aż 78% respondentów. Stosowanie sprzętu dwuczęściowego zadeklarowało jedynie 21,7% badanych osób. Osoby z ileostomią częściej stosowały sprzęt dwuczęściowy niż osoby z kolostomią, co jest uzasadnione ze względu na rodzaj stolca i cykle wypróżnień. Zależność była istotna statystycznie

( $\chi^2 = 5,08$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ). Wśród respondentów z kolostomią, którzy stanowili przeważającą część grupy badanej (81%), istotnie częściej były wykorzystywane worki „zamknięte” w porównaniu z workami z możliwością opróżniania ( $\chi^2 = 9,95$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,01$ ). Zasadniczo występował związek między rodzajem stosowanego sprzętu a częstością występowania powikłań – osoby stosujące sprzęt dwuczęściowy częściej zgłaszały powikłania ( $\chi^2 = 4,20$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 6.). Zależność była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 8,85$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,01$ ), jednakże zależność ta powinna zostać dokładnie przeanalizowana.

W przeprowadzonym badaniu powikłania traktowane łącznie częściej były wymieniane przez osoby z kolostomią (61,8%) niż osoby z ileostomią (52,9%) – czyli spośród 17 osób ponad połowa zgłaszała powikłania. Zależność była istotna statystycznie ( $\chi^2 = 6,26$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ). Jednak należy mieć na uwadze, że dominującą grupą ankietowanych były osoby z kolostomią, stanowiące 81% ogółu badanej grupy.

Właściwy wybór lokalizacji stomii oznacza jej dobrą widoczność, co ułatwia samopielęgnację oraz szczelne zabezpieczenie przetoki. Skóra w miejscu planowanej stomii powinna być wolna od fałdów i blizn. Zaledwie 32,9% badanych osób potwierdziło, że miało przed zabiegiem wyznaczone miejsce wyłonienia przetoki jelitowej. Biorąc pod uwagę łącznie wszystkie wymienione powikłania, można wnioskować, że w badanej grupie częściej były one zgłaszane przez osoby, u których nie wyznaczono stomii przed zabiegiem. Niemniej jednak zależność nie jest istotna statystycznie.

W analizowanym materiale starano się dowiedzieć, jaki wpływ na częstość występowania powikłań dermatologicznych mają takie zmienne, jak wiek, płeć, wykształcenie czy czas od wyłonienia stomii. W niektórych przypadkach powyższe czynniki wpływają na występowanie zmian dermatologicznych, dotyczy to głównie osób starszych, z niższym wykształceniem, które mogą mieć trudności w zaopatrzeniu przetoki lub nie mają dostatecznej wiedzy na temat jej prawidłowego funkcjonowania i zaopatrywania. Z przeprowadzonych badań wynika, że powyższe czynniki nie miały znaczącego wpływu na występowanie powikłań dermatologicznych wśród badanych respondentów i były nieistotne statystycznie.

## Omówienie

Zmiany skórne występujące wokół przetoki jelitowej stanowią znaczny odsetek wszystkich miejscowych powikłań okołostomijnych, w świetle literatury ich występowanie w zależności od lokalizacji waha się na poziomie 30–60% [18–20]. Herlufsen i wsp. w prowadzonych badaniach na grupie 202 osób (ileostomia 57%, urostomia 48%, kolostomia 35%) potwierdzili w badaniu klinicznym powikłania u 77% badanych [7]. Do powikłań w obrębie przetoki dochodzi na skutek niekontrolowanego przecieku treści jelitowej pod przylepiec worka, w wyniku utrzymującej się wilgoci w pierwszej kolejności powstaje maceracja, czyli białawe rozpułchnienie skóry, następnie miejscowemu uszkodzeniu ulega naskórek (podrażnienie), a jeśli działanie treści jelitowej nie zostanie zniwelowane, dochodzi do stanu kontaktowego zapalenia skóry. Występowanie powikłań dermatologicznych jest uzależnione od wielu czynników. Najczęściej są one wynikiem nieprawidłowej pielęgnacji przetoki lub niewłaściwego stosowania sprzętu stomijnego, związanego z niedoborem lub z brakiem wiedzy, ograniczeniem w samoopiece. Nie

bez znaczenia jest również rodzaj wyłonionej stomii – przetoka na jelicie cienkim jest obciążona zwiększonym ryzykiem występowania powikłań ze względu na półpłynny stolec i zawarte w nim enzymy trawienne, zwłaszcza w pierwszych kilku miesiącach po zabiegu chirurgicznym. Z tego powodu postępowanie z ileostomią zmusza pacjenta do stałego i bardzo starannego (szczelnego) jej zabezpieczenia przy użyciu najwyższej jakości sprzętu stomijnego [2, 7, 9, 14].

Jak wynika z definicji, przetoka jelitowa jest chirurgicznym, świadomie wytworzonym połączeniem jelita z powierzchnią skóry, w celu odprowadzenia gazów i stolca, zatem występowanie powikłań miejscowych i ogólnych jest praktycznie nieuniknione. Powikłania chirurgiczne mogą mieć charakter zmian wczesnych, występujących w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, oraz powikłań późnych, pojawiających się nawet po kilku – kilkunastu latach od operacji. Wśród najczęściej występujących powikłań chirurgicznych wczesnych stomii obserwuje się: obrzęk, krwawienie, rzadziej niedokrwienie, martwicę, wciągnięcie jelita, zakażenie rany czy też brak zrostu śluzówkowo-skórnego. Powikłania chirurgiczne późne, do których zalicza się: przepuklinę okołostomijną, wypadnięcie stomii, zwężenie, wciągnięcie jelita, wszczepy śluzówkowe, wznowę choroby podstawowej w stomii oraz niewłaściwe umiejscowienie przetoki jelitowej i jego następstwa, mogą natomiast powodować znaczne utrudnienia w zaopatrzeniu przetoki przez pacjenta. W świetle literatury występowanie przepuklin, zwłaszcza u osób z kolostomią, jest częste. Im dłużej wyłoniona przetoka, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia przepukliny. Według Golighera wystąpienie przepukliny okołostomijnej, która w mniejszym lub większym stopniu będzie miała negatywny wpływ na zaopatrzenie przetoki, jest zjawiskiem nieuniknionym występującym praktycznie od 0 do 100% [2, 10–14]. Zasadniczo uznaje się, że wypadanie stomii częściej występuje w przypadku końcowej ileostomii i może wahać się w granicach 2,6–16% [4, 14]. Na podstawie danych z kilku badań klinicznych można stwierdzić, że częściej powikłanie to dotyczy jednak kolostomii niż ileostomii [15–17]. W badaniach własnych w grupie 160 osób potwierdzono statystyczną zależność w występowaniu powikłań chirurgicznych i dermatologicznych, jak również zależność między czasem, jaki upłynął od wyłonienia przetoki, a występowaniem powikłań; im dłuższy okres od zabiegu wytworzenia przetoki, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań miejscowych chirurgicznych [18]. Zabezpieczenie przetoki obciążonej powikłaniami chirurgicznymi nie jest łatwe, wymaga specjalistycznej wiedzy, wprawy i znajomości sprzętu oraz akcesoriów stomijnych. Właściwe zabezpieczenie przetoki jelitowej obciążonej powikłaniami chirurgicznymi wymaga ciągłej edukacji pacjenta oraz współpracy pacjenta z lekarzem bądź doświadczoną pielęgniarką stomijną. Występowanie podrażnienia skóry zgłaszane przez 58% osób (ryc. 3.), które mają wyłonioną przetokę nie dłużej niż rok, prawdopodobnie może

wynikać z trudności w doborze sprzętu oraz wiązać się z brakiem, niewykształconymi lub nieprawidłowymi czynnościami pielęgnacyjno-higienicznymi.

W badanej grupie tylko 62,9% osób było objętych pielęgniarstwą opieką stomijną. Mając na uwadze dostępność programów edukacyjnych, zainicjowanych przez dominujące firmy stomijne nie jest to zadowalająca sytuacja, gdyż zgodnie z rekomendacją każda osoba z przetoką powinna być objęta patronażem [2, 3]. Wyniki badań prowadzonych w Europie, w których wzięło udział 4739 pacjentów z przetoką wykazały, że wskaźnik jakości życia jest wyższy u osób mających dostęp do opieki pielęgniarstwowej, zwłaszcza w okresie do 6 miesięcy po zabiegu, w porównaniu z tymi, którzy tego dostępu nie mają lub też z niego nie korzystają [23].

Wyznaczenie miejsca wytonienia przetoki oraz zachowanie właściwej techniki chirurgicznej wytworzenia stomii opisanej przez Turnbulla i Weackleya w 1967 r., również mają istotny wpływ na występowanie powikłań. Osoba, która nie widzi przetoki, bądź przetoka jest zlokalizowana w pobliżu łuków żebrowych, fałdów, blizn, praktycznie nie będzie w stanie jej prawidłowo zabezpieczyć, co negatywnie wpłynie na stan skóry w okolicy stomii. Należy nadmienić, że w dalszym ciągu w wielu ośrodkach w kraju nie wyznacza się proceduralnie miejsca wytonienia przetoki pomimo zaleceń Polskiego Klubu Koloproktologii. Problem ten dostrzega wielu autorów z dziedziny medycyny i pielęgniarstwa [2, 6, 8, 10, 13].

Stomia jelitowa nie jest chorobą, jednakże jej wytworzenie w wielu przypadkach prowadzi do zaburzeń psychosomatycznych z powodu zmiany obrazu „samego siebie”, okaleczenia, braku akceptacji wyglądu własnego ciała, utraty kontroli nad funkcją zwieraczy. Osoby z wytworzoną przetoką jelitową skazane są na noszenie specjalnych worków, które przyklejane do skóry powłok brzucha odgrywają rolę zbiornika na treść kałową. Na polskim rynku funkcjonuje kilka firm stomijnych produkujących sprzęt wysokiej jakości o bardzo szerokim asortymencie, nawet ulegający biodegradacji. Refundacja sprzętu stomijnego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zależności od wytworzonej przetoki świadczy o jego dobrej dostępności. Według Turbulla ogólne zasady wyboru systemu do zabezpieczenia przetoki powinny opierać się na rodzaju przetoki, stylu życia pacjenta, właściwościach anatomicznych, możliwych powikłaniach [20–22]. Dla potrzeb pracy skoncentrowano się na dwóch rodzajach sprzętu służącego do zaopatrzenia przetoki kałowej: sprzęcie jednoczęściowym i dwuczęściowym. Zarówno sprzęt jednoczęściowy, jak i dwuczęściowy może być zamknięty (stosowany najczęściej w przypadku kolostomii i zmieniany w przypadku konieczności opróżnienia worka) lub otwarty (odpuszczalny), mający w dolnej części ujście zamykane specjalnym klipsem lub rzepem. Sprzęt otwarty można opróżniać bez konieczności wymiany na nowy, co pozwala na zmniejszenie efektów drażnienia skóry, zmniejszenia ilości zużytego sprzętu, skrócenia czasu niezbędnego do

zabezpieczenia przetoki. Dlatego też worki tego typu stosowane są częściej przez osoby z tendencją do luźnego stolca lub z ileostomią, która charakteryzuje się zwiększoną ilością półpłynnego stolca [2, 7, 9]. Sprzęt dwuczęściowy, jak sama nazwa wskazuje, składa się z dwóch części: płytki i woreczka, który albo jest przyklejany do elastycznej płytki lub doczepiany za pomocą różnych mechanizmów (klips, zatrzask, wcisk) do płytki wyposażonej w specjalną kryzę. Istnieje wiele różnych rozmiarów płytek i worków, tak że praktycznie zawsze można dopasować odpowiedni sprzęt do rodzaju stomii (każdego pacjenta należy traktować indywidualnie). Niejednokrotnie rodzaj stosowanego sprzętu, który został nieodpowiednio dobrany może mieć wpływ na częstość występowania powikłań dermatologicznych. Minimalizowanie rozwoju powikłań skórnych wokół stomii wiąże się z polepszeniem jakości życia chorych z przetoką jelitową. A prawidłowe funkcjonowanie przetoki korzystnie wpływa na proces akceptacji i adaptacji wytworzonego brzuszno odbytu. W przeprowadzonych badaniach wykazano związek między rodzajem stosowanego sprzętu a częstością występowania powikłań – osoby stosujące sprzęt dwuczęściowy częściej zgłaszają powikłania. Można jedynie przypuszczać, że niedostateczna, czy też niewłaściwa pielęgnacja skóry podczas stosowania sprzętu dwuczęściowego (zbyt długie utrzymywanie sprzętu na skórze pomimo odczuwanego pieczenia i widocznych oznak podciekania wydzieliny pod płytkę) może powodować występowanie takich powikłań, z drugiej strony, w sytuacji zapalenia skóry często zaleca się choremu stosowanie takiego sprzętu (płytkę z systemu dwuczęściowego, właściwie dobraną po identyfikacji przyczyny zmian dermatologicznych wokół stomii, dostosowaną do rozmiaru stomii, może się przyczynić do wywołania tych zmian). W badanej grupie udział ankietowanych stosujących sprzęt dwuczęściowy jest zbyt mały, aby szczegółowo weryfikować hipotezy i stawiać niepodważalne wnioski. W literaturze nie doszukano się danych, aby można było porównać wyniki uzyskanych badań.

## Wnioski

1. Powikłania dermatologiczne dotyczyły ponad połowy badanych, przy czym u większości z nich występowały sporadycznie (45,1%) bądź rzadko (36,9%).
2. Podrażnienie skóry wokół stomii było najczęstszym powikłaniem dermatologicznym, przy czym częściej dotyczyło mężczyzn niż kobiet.
3. Występowanie powikłań chirurgicznych i dermatologicznych było ze sobą powiązane.
4. Takie czynniki, jak: wiek, płeć, wykształcenie czy czas od wytonienia stomii, nie miały większego wpływu na występowanie powikłań dermatologicznych w badanej grupie osób.
5. W badanej grupie osoby ze stomią stosowały sprzęt jednoczęściowy zamknięty.

## Piśmiennictwo

1. Stachowiak M. Rak jelita grubego. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007; 11: 36-37.
2. Bazaliński D, Barańska B, Cipora E. Stomia jelitowa nie musi być przyczyną niepełnosprawności. *Medycyna Rodzinna* 2006; 3: 58-63.
3. Kózka M, Bielecki K. Model opieki nad pacjentem ze stomią. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2003; 3: 48-52.
4. *Chirurgia*. Noszczyk W (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 882- 885.
5. Bazaliński D, Kózka M, Czupryna A. Występowanie późnych powikłań po wytonieniu przetoki jelitowej (stomii). *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2006; 4: 135-140.
6. Cierzniańska K, Szewczyk MT, Stodolska A i wsp. Zapobieganie powikłaniom skórny wokół stomii. *Przew. Lek.* 2005; 4: 92-96.
7. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, et al. Ostomy Skin Study: A study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs* 2006; 15-16: 854-862.
8. *Chirurgia*. Podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu. Głuszak S (red.). Czelej, Lublin 2008; 353-354.
9. Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD. Complications of construction and closure of temporary loop ileostomy. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 759-773.
10. Szczepkowski M. Rak odbytnicy – czynnościowe wyniki leczenia i jakość życia. *Proktologia dla Lekarzy Rodzinnych* 2004; 4: 35-46.
11. Goligher JC. *Surgery of the anus, rectum and colon*. Bailliere Tindall, London 1985.
12. Banaszkiwicz Z, Szewczyk MT, Jarmocik P, Jawień A. Miejscowe powikłania stomii u osób w wieku podeszłym. *Współczesna Onkol* 2006; 5: 245-249.
13. Cierzniańska K, Cwajda-Biaśnik J, Szewczyk MT i wsp. Specjalistyczna opieka pielęgniarska nad chorym ze stomią jelitową w świetle badań. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2008; 2: 39-43.
14. Szczepkowski M. Stomia jelitowa – wyzwanie nie tylko dla chirurga. *Proktologia dla Lekarzy Rodzinnych* 2004; 4: 57-69.
15. Edwards DP, Leppington-Clarke A, Sexton R, et al. Stomarelated complication are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial. *Br J Surg* 2001; 88: 360-363.
16. Gooszen AW, Gelkerken RH, Hermans J, et al. Temporary decompression after colorectal surgery: randomized comparison of loop ileostomy and loop colostomy. *Br J Surg* 1998; 85: 76-79.
17. Law WL, Chu KW, Choi HK. Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for faecal diversion following total mesorectal excision. *Br J Surg* 2002; 89: 704-708.
18. Bazaliński D, Kózka M, Czupryna A. Występowanie późnych powikłań po wytonieniu przetoki jelitowej (stomii). *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2006; 4: 135-140.
19. Gooszen AW, Geelkerken RH, Hermans J, et al. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 650-655.
20. Erwin-Toth P, Stricker LJ, Rijswijk L. Wound wise: Peristomal skin complications. *Am J Nurs* 2010; 2: 43-48.
21. Turnbull GB. A one- or two-piece pouching system? *Ostomy Wound Manage* 2002; 48: 16-18.
22. Turnbull GB. Decision for selection: a logical approach to pouching system selection. *Ostomy Wound Manage* 2005; 51: 16-18.
23. Marquis P, Marrel A, Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux study. *Ostomy Wound Manage* 2003; 49: 48-55.