

Sprawozdanie

z sesji satelitarnej
firmy ConvaTec



Stomia

Standardy opieki. Nowe wartości

GDYNIA, 21 CZERWCA 2001

4. MIĘDZYNARODOWE SYMPOZJUM PROKTOLOGICZNE

Przewodniczący sesji: dr med. Marek Szczepkowski

Opieka nad pacjentami ze stomią — aktualna sytuacja w Polsce

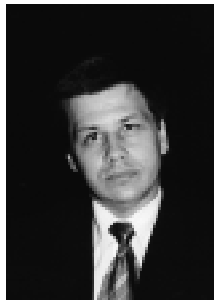
Dr med. Radzisław Trzcíński
II Klinika Chirurgii Ogólnej
Instytut Chirurgii WAM w Łodzi

Życie pacjenta ze stomią może być łatwiejsze, kiedy jest on otoczony życzliwością oraz opieką wykwalifikowanego personelu medycznego.

Stomia ma już ponad 200-letnią historię. Właściwy ruch stomijny zaczął się rozwijać jednak dopiero w latach 50. XX wieku. W tym czasie wśród pacjentów zaczęły powstawać grupy wsparcia, mające na celu pomoc w dostosowaniu się do nowej sytuacji życiowej. Pierwsza szkoła terapeutów zajmujących się osobami ze stomią powstała w 1961 roku, a pierwszą terapeutką, będącą jednocześnie pacjentką, była Norma Gill. W Polsce prekursorem ruchu stomijnego był prof. Roman Góral. W roku 1979 odbyło się pierwsze spotkanie lekarzy z pacjentami, a dwa lata później została zorganizowana pierwsza w kraju Poradnia dla Chorych ze Stomią.

W Polsce żyje około 20 000 chorych ze stomią, z czego większość stanowią kobiety. Liczba tych osób stale się zwiększa. W Polsce rocznie (dane z 1997 roku) wykonuje się blisko 400 czasowych ileostomii, niemal 700 zabiegów wycięcia odbytnicy, około 1000 operacji Hartmanna i 1300 operacji brzuszno-kroczowego odjęcia odbytnicy oraz 1844 kolostomie. Z roku na rok liczba zabiegów systematycznie się zwiększa. Wśród osób ze stomią najczęściej spotykamy chorych z kolostomią, rzadziej ileostomią, w 10% przypadków występuje urostomia. Problem stomii dotyczy przede wszystkim osób po 50 rż.

W naszym kraju działa założone w 1987 roku Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią Pol-Ilko, ponadto funkcjonują Poradnie Stomijne. Pol-Ilko składa się z oddziałów regionalnych, w których pracują



wolontariusze — osoby żyjące ze stomią i chcące pomóc innym chorym.

Główne problemy pacjenta ze stomią to przede wszystkim dobranie odpowiedniego sprzętu stomijnego, wzajemne relacje w rodzinie i miejscu pracy oraz ograniczenia w codziennych czynnościach życiowych. Dlatego też podstawowym celem opieki nad chorym ze stomią jest zapewnienie mu dobrej jakości życia. Ten cel można osiągnąć dzięki odpowiedniej opiece zarówno przed zabiegiem operacyjnym, jak i po nim, prawidłowemu wyznaczeniu miejsca stomii i właściwemu jej wykonaniu oraz poprzez pomoc pacjentom w jak najszybszym powrocie do pełnej aktywności życiowej. Szczególnie istotne jest właściwe wyznaczenie miejsca na stomię przed zabiegiem operacyjnym. Należy pamiętać, że chory musi widzieć stomię zarówno w pozycji siedzącej, jak i stojącej. Ponadto w pozycji siedzącej stomia nie może znajdować się w fałdzie skórny. Inne cele opieki stomijnej to pomoc chorym w zabiegach pielęgnacyjnych czy w obsłudze sprzętu stomijnego. Do zadań Pol-Ilko należy także współpraca w szkoleniu kadr medycznych oraz edukacja chorych i prowadzenie wśród nich działalności rehabilitacyjnej. Ponadto Towarzystwo współdziała z przemysłem w procesie produkcji nowego sprzętu pomocniczego. W Polsce ukazują się kilka publikacji dotyczących stomii. Wydawany jest kwartalnik dla pielęgniarek „Troska”, czasopisma dla pacjentów „Nasza Troska”, „Stomik” oraz „Nowe Wiadomości Pol-Ilko”.

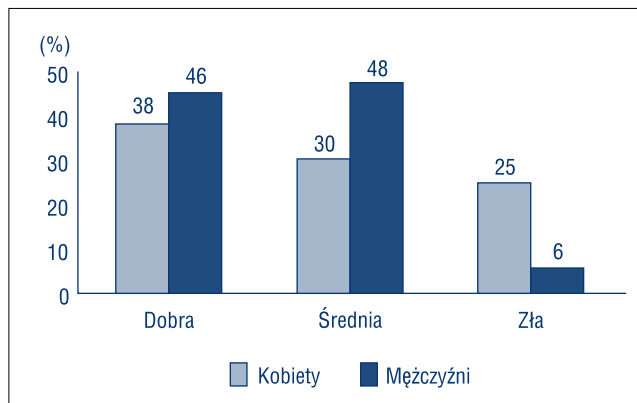
Na forum międzynarodowym ludzie ze stomią zrzesza Międzynarodowe Towarzystwo Stomijne. Wydało ono „Kartę Praw Osoby ze Stomią”, w której sformułowano m.in. postulat, że chory ze stomią ma prawo do

specjalistycznej opieki tak przed operacją, jak i po niej, zarówno podczas pobytu w szpitalu, jak i po jego opuszczeniu. Ponadto w Karcie zostało zapisane, że pacjent ma prawo wyboru sprzętu stomijnego z oferty dostępnej w danym kraju bez jakiegokolwiek przymusu, skrzępowania czy ograniczeń.

Po wprowadzeniu reformy służby zdrowia zaopatrzenie w sprzęt stomijny finansowane jest całkowicie przez regionalne kasy chorych. Pacjent otrzymuje receptę i wniosek na sprzęt stomijny od lekarza, potwierdza go w kasie chorych, a następnie odbiera sprzęt od dystrybutora.

Jaka jest jakość życia pacjentów ze stomią? Na pytanie to odpowiadają dane przedstawione na rycinie 1. Okazuje się, że większość chorych jakość swego życia określa jako dobrą lub średnią. Według 25% kobiet i 6% mężczyzn jest ona zła.

Ludzkość z brzegu rzeczywistości znanej i potrzeb zaspokajanych patrzy w dal nieznanego i niezaspokajanego. Powstaje pytanie, czy istnieje drugi brzeg, gdzie znana jest cała rzeczywistość i zaspokajane są wszystkie potrzeby. Z pewnością ten drugi brzeg jest znacznie trudniejszy do osiągnięcia dla chorego ze stomią, jednak my jesteśmy po to, by razem z Nim do niego dotrzeć.



Ryc. 1. Jakość życia chorych ze stomią

W dyskusji dotyczącej omawianego wystąpienia zwrócono uwagę, że jakość życia chorego ze stomią zależy także od rodzaju choroby podstawowej. Pacjent całkowicie wyleczony zdecydowanie lepiej znosi stomię niż chory, u którego wyłonienie stomii ma charakter paliatywny.

Rola pielęgniarki stomijnej wczoraj i dziś

Bakalarz Danuta Kruk

Klinika Nowotworów Górnego Odcinka Układu Pokarmowego
Centrum Onkologii — Instytut, Warszawa

Rola pielęgniarki stomijnej na przestrzeni ostatnich lat uległa znacznym przemianom. W okresie przed wprowadzeniem kompleksowej opieki jej zadaniem polegało na zaopatrywaniu stomii za pomocą przypadkowego, dostępnego w danym szpitalu sprzętu i na krótkich rozmowach z chorym prowadzonych podczas zmiany opatrunku. Edukacja pacjentów polegała na nauce oszczędnego zaopatrywania stomii, ponieważ sprzęt był drogi i trudno dostępny. Chorzy byli niedoinformowani i opuszczali szpital praktycznie nieprzygotowani do pielęgnacji stomii. Skutkiem tego była ich izolacja od otoczenia oraz niechęć do powrotu do życia społecznego i zawodowego. Obecnie opieka pielęgniarska bardzo się zmieniła. Wprowadzono opiekę przedoperacyjną, na którą składa się m.in. wywiad pielęgniarski i wyznaczanie miejsca wyłonienia stomii. Opieka pooperacyjna obejmuje okres wczesny i późny. W okresie wczesnym pacjent obserwuje zabiegi pielęgniarskie, zapoznaje się z nowym obrazem własnego ciała oraz pomaga pielęgniarce w prostych czynnościach, jak np. zapinanie worka stomijnego. W późnym okresie pooperacyjnym pacjent stopniowo wykonuje coraz więcej czynności samodzielnie i jest edukowany w zakresie dobierania odpowiedniego sprzętu stomijnego.



Ponadto w tym okresie do opieki może się włączyć rodzina chorego. Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do wypisu, zaopatruje go w wyprawkę stomijną, we wnioski na sprzęt oraz przekazuje chorego pod opiekę poradni stomijnej. Pracownicy poradni kontynuują edukację chorego, pomagają mu, kontaktują go z grupami wsparcia itd.

Jak wyglądają standardy opieki pielęgniarskiej nad chorym z nowotworem jelita grubego i z planowaną operacją wyłonienia kolostomii? Standardy zakładają objęcie chorego kompleksową opieką pielęgniarską i zdobycie przez niego wiedzy i umiejętności niezbędnych do samoopieki przed wypisem ze szpitala. Opieka jest całodobowa i prowadzona przez odpowiednio przygotowane pielęgniarki, posiadające także wiedzę z zakresu komunikacji. Klinika, w której pacjent jest hospitalizowany, musi być wyposażona w odpowiedni sprzęt, bazę lokalową oraz materiały informacyjne. Ponadto placówka medyczna musi zapewnić pielęgniarkom możliwość ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji, co pozwala im polepszać jakość świadczonych usług. Pielęgniarki stomijne ściśle współpracują z innymi pielęgniarkami, rehabilitantami i lekarzami. Ponadto, za zgodą chorego, mogą współpracować z jego

rodziną. Proces opieki rozpoczyna się od zapoznania chorego z kliniką, prawami i obowiązkami pacjenta, z personelem oraz innymi pacjentami. Pielęgniarka podaje rodzinie telefony kontaktowe do lekarza prowadzącego i do dyżurki pielęgniarek. Na dalszym etapie, we współpracy z innymi członkami zespołu, tworzony jest plan opieki nad chorym. Jest on dostosowany do potrzeb danego pacjenta i uwzględnia jego indywidualne problemy. Pacjent jest edukowany w zakresie dbania o przeto-kę i korzystania ze sprzętu stomijnego. Pielęgniarki udzielają także informacji na temat zalecanego trybu życia, zapobiegania wzdęciom, diety, a także istniejących poradni, grup wsparcia i zasad refundacji sprzętu stomijnego. Aby móc ocenić, czy standardy są realizowane prawidłowo, stworzono kryteria pozwalające ocenić osiągnięte wyniki. W tym celu należy odpowiedzieć na pytania, czy pacjent jest przygotowany do samodzielnego pielęgnowania stomii, czy jego rodzina jest gotowa do opieki w warunkach domowych oraz czy pacjent ma założoną dokumentację pielęgniarską w klinice i czy otrzymał wskazówki pielęgniarskie na piśmie.

Dlaczego tworzenie takich standardów jest istotne? Pozwala to na ustalenie konkretnych zadań pielęgniarki, ich ocenę oraz na podnoszenie jakości opieki nad pacjentem. W badaniu klinicznym u 48 chorych ze stomią, których pielęgnowano według przedstawionego standardu, oceniano rezultaty opieki pielęgniarskiej. Wykazano, że 84% pacjentów zaakceptowało życie ze stomią, a 89% samodzielnie pielęguje stomię. Do aktywności zawodowej i rozwijania własnych zainteresowań powróciło 63% chorych. Około 27% pacjentów jakość swojego życia określiło jako bardzo dobrą, 34% jako dobrą, 22% jako dostateczną, a 17% jako złą.

Właściwa opieka pielęgniarska nad pacjentem ze stomią przynosi również korzyści ekonomiczne. Opieka ta pozwala bowiem na skrócenie okresu hospitalizacji o jedną czwartą, zmniejszenie nieuzasadnionego zużycia sprzętu stomijnego o 83%, wyeliminowanie niebezpieczeństwa zakupu nieodpowiedniego sprzętu. Właściwa organizacja opieki pozwala także na optymalne wykorzystanie czasu pracy pielęgniarki. Należy sobie także uświadomić, że w pracy pielęgniarki pacjent jest najważniejszy, że nie on jest zależny od pielęgniarki, tylko pielęgniarka od niego, bowiem pacjent jest również klientem. Pacjent nie zakłóca pracy pielęgniarki, lecz jest obiektem jej starań. Zadaniem pielęgniarki jest zaspokojenie potrzeb chorego i spełnienie jego prośb, bowiem to właśnie pacjenci są istotą pracy pielęgniarki i bez nich nie byłoby pielęgniarek.

W dyskusji dotyczącej omawianego wystąpienia zwrócono uwagę, że w przygotowaniu pacjenta do zabiegu wyłonienia stomii bardzo istotny jest kontakt chorego z innym pacjentem, który już przeszedł taki zabieg. Przykład pacjenta ze stomią znacznie uspokaja chorego przed operacją i pomaga go przekonać do konieczności jej wykonania.

Podkreślono ponadto, że najistotniejszym elementem opieki przedoperacyjnej jest miejsce wyznaczenia stomii. Niezwykle istotne jest także psychiczne przygotowanie pacjenta do zabiegu. Dobrym rozwiązaniem problemu opieki pielęgniarskiej jest zapewnienie jej ciągłości. Ta sama pielęgniarka powinna zajmować się chorym przed zabiegiem, po operacji, a także w poradni. Ważne jest, żeby chirurg także badał pacjenta jakiś czas po zabiegu, wtedy bowiem może on ocenić poprawność wykonanej operacji i poznać problemy, z jakimi boryka się pacjent.

Rola psychologa w opiece nad pacjentami ze stomią — studium przypadków klinicznych

Mgr Jolanta Fryc-Martyńska
Katedra i Klinika Chirurgii
Akademii Medycznej w Poznaniu

Pychologia kliniczna jest nauką o problemowym położeniu życiowym ludzi. Psycholog powinien starać się wpłynąć na zmniejszenie cierpienia oraz poprawiać dostępne elementy położenia życiowego człowieka chorego i jego rodziny. Efektem takiego działania powinna być poprawa jakości życia pacjentów, stabilizacja zdrowia psychicznego i pomoc w „przepracowaniu” poznawczym i emocjonalnym choroby oraz zwalczaniu jej psychologicznych następstw, także następstw terapii. Psycholog włącza się w rozwiązywanie problemów związanych z informacją o diagnozie, konsekwencjach choroby i jej le-



czenia, hospitalizacji i jatrogenii. Ponadto towarzyszy w przeżywaniu choroby i pomaga w adaptacji do nowej sytuacji życiowej. Rola psychologa polega także na konstruktywnej współpracy ze wszystkimi osobami opiekującymi się chorym. Pomoc psychologiczna to także kształtowanie oczekiwań wobec leczenia i leczących, praca nad subiektywnym obrazem choroby oraz nad lękiem i depresją.

Przed podjęciem interwencji psycholog musi odpowiedzieć sobie na kilka pytań. Odpowiedź na pytanie: „Kto zgłasza potrzebę konsultacji: lekarz, pielęgniarka, rodzina?”, pozwala ocenić, kto dostrzegł pro-

blem i dla kogo sprawa jest problemem. Za każdym razem, kiedy przystępujemy do interwencji musimy mieć świadomość celów: celów instytucji, w ramach której odbywa się spotkanie (ogólnych i w odniesieniu do tej konkretnej osoby), celów zespołu opiekującego się chorym oraz własnych celów. Powinniśmy także znać oczekiwania pacjenta oraz jego aktualną sytuację życiową, w tym obraz położenia życiowego. Odpowiedź na pytania: „Czy rozwiązanie problemu leży w granicach kompetencji zawodowych psychologa?” i „Kogo jeszcze należy zaangażować w rozwiązywanie problemu?”, umożliwia dobre zaplanowanie interwencji.

W dalszej części mgr Fryc-Martynska przedstawiła trzy przypadki kliniczne ze swojej pracy.

Przypadek 1

Pacjent trafił do kliniki z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. Choroba miała ostry przebieg. Zaplanowane leczenie wymagało współpracy ze strony pacjenta. Potrzebę konsultacji zgłosiły pielęgniarki, ponieważ zauważyły one, że chory jest sam, jest cichy, bierny. Z historii choroby wynikało, iż pacjent pochodzi ze wsi, nie ma stałej pracy, przedtem nigdy nie chorował. Początkowo był hospitalizowany w klinice chorób zakaźnych, następnie na oddziale wewnętrznym, a potem w akademii medycznej, gdzie postawiono ostateczną diagnozę. Po wstępnym leczeniu steroidami uzyskano poprawę, pacjent został wypisany do domu. Po miesiącu doszło do nawrotu choroby, przebiegającej teraz z biegunkami i osłabieniem. W klinice chorób wewnętrznych nie uzyskano poprawy stanu chorego i wobec tego przekazano go do kliniki chirurgii. Po przeprowadzeniu badań stwierdzono znaczne zaawansowanie zmian zapalnych w obrębie jelita grubego, z nadżerkami i krwawieniami. Zaplanowano leczenie operacyjne, na które chory się zgodził. Wezwany na oddział psycholog zastał chorego w łóżku, chory mówił cicho, odpowiadał krótko na pytania. Nigdy do tej pory nie miał kontaktu z psychologiem. Robił wrażenie nieobecnego. Pacjent był samotny, nie pracował, mieszkał z rodzicami w małym mieszkaniu na wsi. Chory nie wiedział, na czym będzie polegać leczenie. Pytania o potrzeby i życzenia zaskoczyły go, nie wiedział, co ma odpowiedzieć. Pierwsza ocena stanu pacjenta wskazywała, że jest on przestraszony, wzbudza współczucie, co może prowadzić do wyręczania go i traktowania jak małego dziecka przez osoby z otoczenia. Pacjent chciał się leczyć, ale nie znał zasad terapii i nie wiedział, czego może po niej oczekiwać. Rodzina była zatroskana i nastawiona pesymistycznie — także praktycznie nic nie wiedziała o chorobie i o leczeniu. Psycholog przekazał pielęgniarkom i lekarzom opiekującym się pacjentem, że lęk obserwowany u niego wynika z braku informacji na temat tego, co się z nim dzieje, jakie są cele i formy leczenia, z poczucia zagrożenia i głębokiego kryzysu życiowego, w jakim znalazł się chory. Konieczne było nawiązanie lepszego kontaktu przez opiekujących się, przedstawienie i wyjaśnienie wszystkich procedur i interwencji terapeutycznych oraz pozostawienie choremu możliwości wyboru. Pielęgniarka stomijna odwiedziła pacjenta przed operacją i wyznaczyła miejsce stomii. Chory okazał się bardzo zainteresowany stomią i sprzętem stomijnym. Zgodził się

na przyklejenie worka stomijnego przed operacją. Personel zwracał uwagę, żeby chory jak najwięcej rzeczy robił przy sobie samodzielnie i żeby wyrażał swoje uczucia. Chory stopniowo się otwierał. Pobyt w szpitalu oceniał pozytywnie. Po 4 miesiącach został ponownie przyjęty do szpitala celem zamknięcia stomii. Przebieg choroby ocenił słowami: „poszło lepiej niż się spodziewałem”.

Przypadek 2

Drugi chory, 52-letni mężczyzna hospitalizowany z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita, zgłosił się do psychologa sam. Wiedział, że za kilka dni czeka go operacja i chciał ten czas wykorzystać z pożytkiem dla siebie. Sytuacja, w której pacjent sam się zgłasza do psychologa, jest rzadka. Przez lekarzy chory był określony jako osoba dociekliwa, a pielęgniarki żaliły się, że chory ciągle stawia jakieś żądania. Chory przygotował na rozmowę z psychologiem pytania dotyczące głównie stresu. Oczekiwał pomocy przede wszystkim w walce z lękiem. Pacjent zdawał sobie sprawę z tego, że wrzodziejące zapalenie jelita jest chorobą psychosomatyczną i dlatego starał się wyeliminować stres jako czynnik dodatkowo pogarszający przebieg choroby. Planował on, że dzięki silnej woli pomoże sobie sam, gdyż wierzył, że praktycznie wszystko zależy od niego. Chory uważał, że choroba jest wynikiem jego własnych przeżyć i jest właściwie jego winą. Powodowało to stałe narastanie lęku i pogorszenie relacji z innymi ludźmi. Pacjent miał nadzieję, że psycholog umożliwi mu poznanie metod walki ze stresem i pozwoli właściwie przygotować się do zabiegu. Przez lata choroby był bardzo zdyscyplinowany, przestrzegał diety, wydawał pieniądze na szereg różnych leków, często nieskutecznych. Jego przekonanie co do możliwości wyleczenia bez operacji było silne, a dodatkowo utwierdzone przez lekarzy, którzy zapewniali, że współpraca jest gwarancją pełnego wyleczenia i że sukces w dużym stopniu zależy od pacjenta. Pacjent był doskonale zorientowany, co to jest stomia. W domu przeniósł się do drugiej sypialni, żeby nie narażać żony na „przykrości” związane z jego chorobą. Powiedział o zabiegu dzieciom. Stopniowo popadał w stan określony przez niego jako depresja. Godził się na zabieg, uznając jednocześnie, że wyłączy go on z czynnego życia. Wiedział, że zabieg jest konieczny i dlatego miał poczucie klęski. Uważał, że jego starania o wyleczenie nie dały rezultatu, co pogłębiało jego pesymizm. Pacjent psychicznie przygotowywał się do izolacji, rezygnacji z roli ojca i męża, bał się okaleczenia w wyniku zabiegu, jak też był przekonany, iż po operacji będzie odrażający dla otoczenia. Pesymizm narastał przez wiele miesięcy, a nawet lat. Dlatego też wszystkich problemów nie dało się rozwiązać natychmiast i konieczne było ustalenie hierarchii celów. Najważniejsze było przygotowanie do zabiegu i przekonanie pacjenta, że nie jest to jego wielka przegrana. Należało też uświadomić choremu fakty dotyczące izolacji po zabiegu i wyjaśnić, że nie jest ona potrzebna. Trzeba było zatem dążyć do minimalizacji lęku. Ponadto należało pamiętać o zachwianym zaufaniu pacjenta do lekarzy — przez wiele lat interniści zapewniali go o możliwości osiągnięcia remisji, do której nie doszło, dlatego chirurg prowadzący musiał być uprzedzony o takim nastawieniu pacjenta. Podsumowując, należy pod-

kreślić, że chory chciał współpracować i poddać się operacji. Problemem były jego obawy przed kontaktami z bliskimi i z innymi ludźmi, z tego też względu należało przekonać chorego, że izolowanie się od otoczenia jest pozornym rozwiązaniem problemu. Zachęcono pacjenta do rozmów z rodziną. Pacjent podjął tę propozycję. Wytraściło go to z zakłętęgo kręgu, w którym tkwił i zagłębiał się coraz bardziej. Ponadto psycholog nauczył chorego technik relaksacji. Ważne też było psychiczne wyciszenie i zahamowanie potrzeby obsesyjnego pogłębiania wiedzy na temat stomii.

Przypadek 3

Pacjent został zgłoszony do konsultacji przez pielęgniarkę. Podawały one, że chory jest płacziwy i robi wrażenie nieobecny, a kontakt z nim jest bardzo trudny. Chory miał wyloniony sztuczny odbyt z powodu nowotworu. Płakał i żalił się, że dla niego życie się skończyło. Miał wiele planów — wesele córki, wakacje z żoną — a był przekonany, że stomia uniemożliwi mu ich realizację. Pacjent był poinformowany o szczegółach zabiegu już przez lekarza rodzinnego, jednak ten stwierdził, że „lepiej, że chory jest na emeryturze, bo będzie mu łatwiej...”. Ponadto pacjent miał sąsiada ze stomią i pamięta przykry zapach, jaki otaczał tamtego człowieka. Kiedyś chory doszedł w związku z tym do wniosku,

że sam wolałby nie żyć niż żyć ze stomią. Po zapoznaniu się z subiektywną oceną stomii i oceną swojego położenia życiowego przez pacjenta, psycholog postanowił przede wszystkim oswoić pacjenta ze stomią i zmienić jego nastawienie do stomii. Pacjent musiał też nabrać zaufania do siebie i do sprzętu stomijnego, a było to możliwe wyłącznie poprzez nabranie dobrych doświadczeń. Te dobre doświadczenia nabył chory współpracując z pielęgniarką stomijną.

Przedstawione przykłady wskazują, jak istotna jest rola psychologa i pielęgniarki w pracy z chorymi. Pacjenci mogą się z nimi podzielić swoimi lękami i niepokojami — lęki te bowiem mają destrukcyjną moc tak długo, dopóki nie zostaną ujawnione. Mężczyznom trudniej jest znosić sytuacje kryzysowe niż kobietom, ponieważ ich rola społeczna często nie pozwala im na ujawnianie własnych emocji.

Podsumowując, należy powiedzieć, że ułatwić życie po zabiegu może przede wszystkim właściwe przygotowanie chorego do operacji, dostępność i możliwość wyboru sprzętu stomijnego oraz zapewnienie w okresie pooperacyjnym opieki ze strony odpowiednio przygotowanej osoby. Ważne jest też zapewnienie opieki w poradni stomijnej i wsparcie ze strony Pol-Ilko. Pacjent i jego rodzina muszą wiedzieć poza tym, gdzie można się zgłosić po pomoc w okresach kryzysowych.

Powikłania stomii — studium przypadków klinicznych

Dr med. Marek Szczepkowski
Oddział Chirurgii Ogólnej
Szpital Bielański w Warszawie

We właściwej rehabilitacji pooperacyjnej pacjentów ze stomią najistotniejsze jest właściwe usytuowanie stomii, prawidłowa technika jej wytworzenia, szczelne i bezpieczne zaprotezowanie odbytu brzuszego, a także kompleksowa opieka lekarsko-pielęgniarska. Zasady chirurgiczne zakładają przeprowadzanie kanału stomijnego przez mięsień prosty, w miejscu widocznym dla chorego (co jest istotne szczególnie u osób otyłych) i oddalonym od głównego cięcia o przynajmniej 4 cm. Stomia nie powinna się znajdować w pobliżu blizn i fałdów skórnych. U osób bardzo otyłych stomię można wykonać w pępku po jego wycięciu. Należy pamiętać należy o zaplanowaniu miejsca stomii przed zabiegiem, a nie dopiero w jego trakcie. Wykonując stomię, nie należy napinać krezki jelita. Krezkę jelita przyszywa się do ściany jamy brzusznej, tak aby nie uszkodzić naczyń, śluzówkę stomii wywija się i przyszywa do skóry. Istotne jest zachowanie dobrego ukrwienia jelita.



Powikłania stomii mogą mieć charakter nie tylko miejscowy (chirurgiczne i dermatologiczne), ale także ogólnoustrojowy (psychosocjalne, seksualne, metaboliczne). Chirurgiczne powikłania miejscowe mogą mieć charakter wczesny i późny. Do powikłań wczesnych zaliczamy: obrzęk, wciągnięcie, krwawienie, martwicę stomii, zakażenie rany stomijnej z przetoką jelitową. Powikłania późne stomii to: przepuklina, wypadanie, zwężenie, wciągnięcie stomii, przetoka, przedziurawienie jelita w pobliżu stomii podczas irygacji.

Jak wspomniano, poza powikłaniami chirurgicznymi istotne są także powikłania dermatologiczne. Dochodzi do nich na skutek podrażniania skóry przez treść jelitową, co w efekcie prowadzi do powstania stanu zapalnego. Możliwe są także reakcje alergiczne na plastry i kleje oraz inne składniki sprzętu stomijnego. Niebezpieczne jest zakażenie powyższych zmian bakteriami bądź grzybami. Na uniknięcie takich powikłań często pozwala stosowanie właściwego, obojętnego biologicznie, szczelnego sprzętu stomijnego.

W dalszej części wykładu dr Szczepkowski przedstawił przypadki kliniczne dotyczące powikłań stomii.

Przypadek 1

Chora 67-letnia operowana przed sześcioma laty, w ostatnim czasie przybrała na wadze 12 kg. Od dwóch lat pacjentka obserwuje uwypuklenie skóry wokół stomii, ze znacznym powiększeniem się przepukliny w ostatnim roku (fot. 1).

Co spowodowało powstanie przepukliny? Do czynników ryzyka wytworzenia się przepukliny, zależnych od pacjenta, należą: otyłość, podeszły wiek, wyniszczenie, steroidoterapia, czynniki uruchamiające tłocznię brzuszną (zaparcia, łagodny rozrost stercza). W tym przypadku najważniejszym czynnikiem była otyłość. Natomiast czynniki ryzyka związane z samą operacją to: wykonanie stomii na jelicie grubym, zbyt szeroki kanał stomijny, lokalizacja przetoki w pobliżu ran pooperacyjnych, jak też lokalizacja poza mięśniami prostymi brzucha. Ryzyko jest także zwiększone w przypadku wykonywania zabiegów w trybie pilnym. W omawianym przypadku pewną rolę odegrały dwa pierwsze czynniki. Prawdopodobieństwo powstania przepukliny zwiększa się także w przypadku: zakażenia tkanek wokół kanału stomijnego, obecności innych powikłań stomii (wypadanie, zwężenie), niedrożności pooperacyjnej, radioterapii, zwiększenia masy ciała. Należy również pamiętać, że

w miarę upływu czasu ryzyko wystąpienia przepukliny rośnie. Dodać należy, że bardzo istotnym czynnikiem ryzyka przepukliny jest długi czas życia ze stomią, zaobserwowano bowiem, że w miarę upływu czasu ryzyko wystąpienia tego powikłania znacznie rośnie.

Jakie są wskazania do korekcy chirurgicznej przepukliny okołostomijnej? Wskazania względne to: epizody uwięźnięcia, trudności w zaopatrzeniu w sprzęt, trudności techniczne podczas irygacji, bóle, zmiany zapalne skóry, względy kosmetyczne i trudności w odprowadzeniu przepukliny. Do wskazań bezwzględnych zaliczamy natomiast: uwięźnięcie, skręcenie, niedrożność, przetokę, perforację jelita, niedokrwienie stomii. Leczenie chirurgiczne przepukliny polega na zaszcyciu ubytku w powięzi, implantacji siatki niewchłanialnej lub zamknięciu powłok i przemieszczeniu stomii w inne miejsce na przedniej ścianie brzucha. Metodą najbezpieczniejszą i najskuteczniejszą jest obecnie wszycie siatki z materiału niewchłanialnego. Ta ostatnia metoda jest rozległym i często skomplikowanym zabiegiem.

Przypadek 2

Pacjent 74-letni był operowany przed czterema laty na ostrym dyżurze z powodu perforacji uchylka zstępnicy. Wykonano u niego stomię dwulufową, a wypadanie pojawiło się po 3 miesiącach od zabiegu (fot. 2). Pacjent nie wyraził zgody na powtórny zabieg operacyjny.



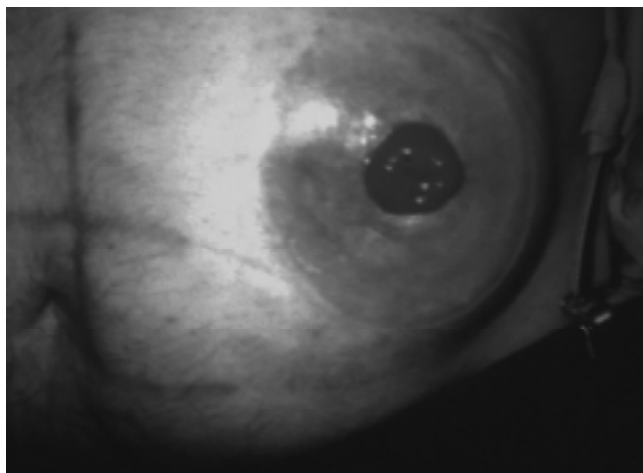
Fot. 1. Przepuklina okołostomijna



Fot. 2. Martwica stomii



Fot. 3. Wypadanie stomii



Fot. 4. Zmiany zapalne na skórze wokół stomii

Jakie mogą być czynniki ryzyka tego powikłania? Do czynników ryzyka wypadania stomii zależnych od chirurga należy: nieprawidłowe umiejscowienie stomii, zbyt szeroki kanał oraz zbyt długi odcinek jelita pozostawiony w jamie brzusznej, a także brak szwów łączących kreskę jelita z otrzewną. Najpewniej o powikłaniach w tym przypadku zadecydował ostatni z czynników. Do czynników ryzyka wypadania stomii zależnych od chorego należą: otyłość, wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne, wiotkie powłoki brzuszne. W omawianym przypadku znaczenie mogły mieć wiotkie powłoki brzuszne.

Przypadek 3

Pacjentka lat 78 była operowana z powodu *adenoma recti*. Częściowa martwica stomii pojawiła się w czwartej dobie po operacji metodą Milesa. Martwica objęła 1/2 obwodu stomii i zlokalizowana była ponadpowięziowo (fot. 3). Do przyczyn niedokrwienia stomii należy zaliczyć zbyt wąski kanał stomijny oraz odnacznienie fragmentu jelita tworzącego stomię. Martwicę stomii można leczyć metodą miejscowej *necrectomii* lub należy wy-

konać laparotomię, połączoną z prawidłowym wykonaniem stomii od nowa. Pierwsza metoda jest możliwa do zastosowania w przypadku, kiedy martwica zlokalizowana jest wyłącznie ponadpowięziowo. Gdy proces martwicy obejmuje odcinek podpowięziowy, należy wykonać stomię od nowa.

Przypadek 4

Pacjent lat 58 był operowany z powodu *adenoma recti*. W 8 miesięcy po zabiegu wytworzył się stan zapalny skóry wokół stomii, co związane było ze zmianą używanego sprzętu stomijnego (fot. 4). Do czynników ryzyka wystąpienia powikłania tego rodzaju należy zaliczyć: nieprawidłowe wykonanie i umiejscowienie stomii, otyłość chorego, podeszły wiek, wyniszczenie, steroidoterapia i nieprawidłowo dopasowany sprzęt stomijny.

Dr Szczepkowski podsumował wykład twierdzeniem, że eliminacja niektórych czynników ryzyka pozwala na wyraźne obniżenie odsetka występowania miejscowych powikłań. Obecny stan wiedzy medycznej nie pozwala jednak na całkowite wyeliminowanie tych czynników.

Sprzęt stomijny firmy ConvaTec. Materiał Stomahesive® — prezentacja przypadków klinicznych

Dr med. Przemysław Styczeń
Bristol-Myers Squibb
Dział ConvaTec

Sprzęt stomijny to integralny element systemu opieki nad pacjentem ze stomią. Dlatego niezwykle istotny jest odpowiedni dobór, wysoka jakość oraz umiejętność właściwego posługiwania się sprzętem.

Pierwsze zabiegi wytworzenia stomii najpewniej przeprowadzono już w starożytności, jednak potwierdzone dane na ten temat pochodzą dopiero z drugiej połowy XVIII wieku. Nie stosowano oczywiście w tym okresie żadnego sprzętu stomijnego. Obecnie operacje wyłonienia stomii są wykonywane rutynowo. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych żyje około miliona osób ze stomią. W Polsce najprawdopodobniej osób takich jest około 15–20 tysięcy.

Przez wiele lat metody zaopatrzenia stomii udoskonalano. Początkowo stosowano „domowe sposoby”, polegające na wykorzystaniu różnego rodzaju pojemników i worków wykonanych ze skóry lub gumy. Pierwsze opisy zabiegów pielęgnacyjnych wskazują, że były one czasochłonne i mało skuteczne. Stosowany „sprzęt” był nieuszczelnny i nie zabezpieczał odpowiednio skóry wokół stomii. Oczywiście trudno było



mówić o jakimkolwiek komforcie jego stosowania.

W roku 1960 wprowadzono na rynek sprzęt produkowany z użyciem gumy Karaya. Guma ta jest otrzymywana z żywicy drzewa afrykańskiego i ma postać drobnziarnistego proszku o słabym zapachu octu, który dobrze rozpuszcza się w wodzie. Gumę Karaya stosowano do produkcji sprzętu stomijnego (w chwili obecnej niektórzy producenci wykorzystują ją jeszcze do produkcji przylepców i płytek), ale jest ona obciążona licznymi wadami. Ze względu na jej łatwą rozpuszczalność pod wpływem ciepła i wilgoci ludzkiego ciała, sprzęt, w którym występuje, nie jest zupełnie szczelny. Pod wpływem gumy Karaya dochodzi także często do podrażnień alergicznych skóry.

Przełomem w sposobie zaopatrzenia stomii było wprowadzenie w latach 70. przez firmę ConvaTec sprzętu stomijnego z płytkami hydrokoloidowymi.

Materiał hydrokoloidowy płytek został opatentowany pod nazwą Stomahesive®.

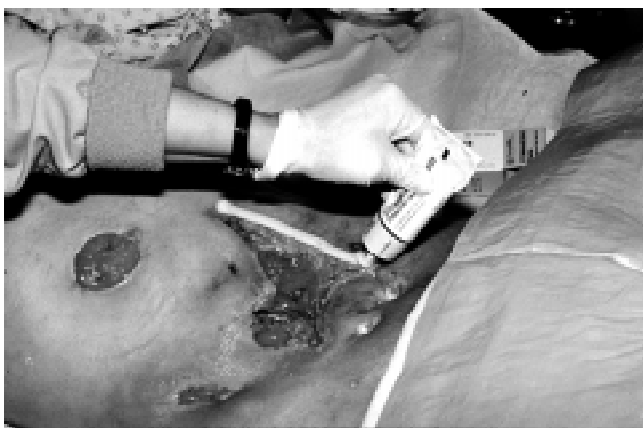
Materiał ten zawiera w swoim składzie żelatynę, pektynę i karboksymetylocelulozę. Żelatyna otrzymy-

wana jest z kolagenu, pektyna jest pochodzenia roślinnego (składnik błon komórkowych), a karboksymetyloceluloza pochodzi z miazgi drzewnej. Materiał Stomahesive® jest homogenny, łatwo przylega do wilgotnej skóry i błon śluzowych, wchłania wilgoć ze skóry i oddaje ją na zewnątrz, nie powodując jej maceracji. Zachowuje naturalne pH skóry, jest przepuszczalny dla powietrza, przez co umożliwia „oddychanie” skórze. Ponadto materiał Stomahesive® nie podrażnia skóry i posiada właściwości gojące. Płytki i przylepce wytwarzane z materiału Stomahesive® są trwałe i szczelne oraz posiadają wszystkie zalety tego materiału. Sprzęt stomijny, który wykorzystuje materiał Stomahesive® daje

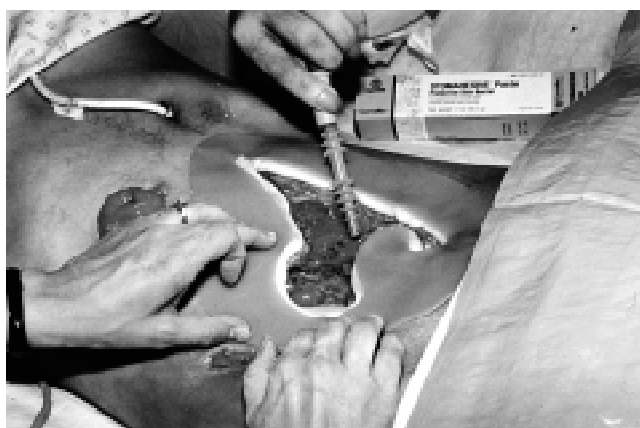
duży komfort pacjentowi, łatwo dopasowuje się do powierzchni skóry i jest ekonomiczny, gdyż może być utrzymywany na skórze nawet przez 5–7 dni. Płytki zapewniają dużą szczelność sprzętu stomijnego, są elastyczne i łatwo się je wymienia.

Przypadek 1 (fot. 1–5)

Pacjent lat 29, z przetokami skórными będącymi skutkiem powikłania radioterapii zastosowanej w leczeniu raka odbytnicy. Choremu wykonano brzuszno-kroczową resekcję odbytnicy z wytworzeniem kolo stomii, a następnie poddano go napromienianiu, co doprowadziło do martwicy jelita i powstania licznych



Fot. 1. Wianuszek z pasty Stomahesive® ułożony dookoła przetok



Fot. 2. Nałożona płytka Stomahesive®



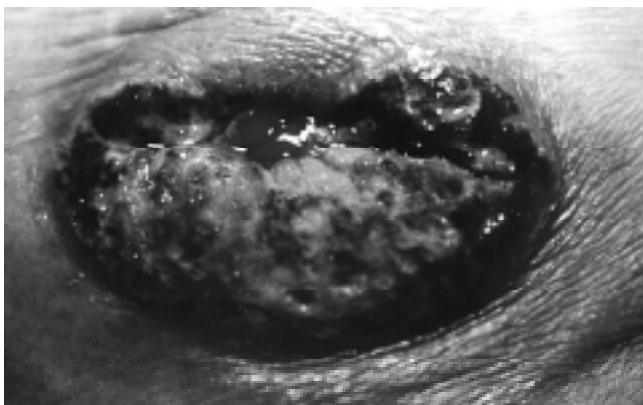
Fot. 3. Gumowy dren odprowadzający treść z przetok



Fot. 4. Pokrycie przezroczystym opatrunkiem



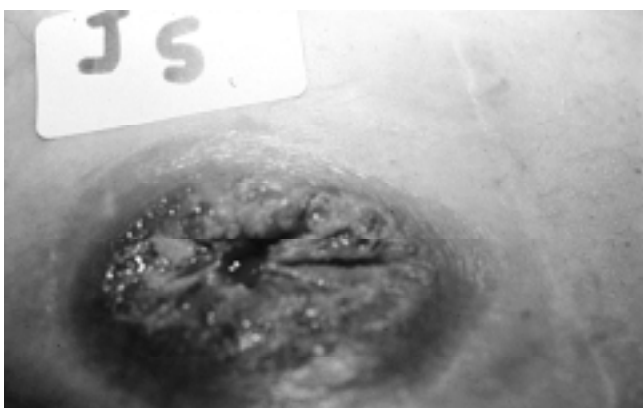
Fot. 5. Dren podłączony do ssaka



Fot. 6. Martwica skóry wokół stomii



Fot. 7. Pokrycie oczyszczonej skóry pastą Stomahesive®



Fot. 8. Obszar martwicy po 5 dniach



Fot. 9. Zanik martwicy po 12 dniach

przetok w miejscu cięcia chirurgicznego. Problemem klinicznym było właściwe zaopatrzenie powstałych przetok. Ze względu na ich rozległość nie można było zastosować żadnego dostępnego sprzętu stomijnego. Skórę umyto i wysuszone, a następnie dookoła przetok ułożono wianuszek z pasty Stomahesive® (fot. 1). Maść posłużyła do wypełnienia pofałdowań skóry oraz jako izolacja. Następnie nałożono płytkę Stomahesive® z wyciętym otworem odpowiadającym powierzchni przetok (fot. 2). W dalszym etapie dookoła przetok ułożono gumowy dren, zapewniający odprowadzenie treści z przetok (fot. 3). Całą powierzchnię pokryto warstwą przezroczystego opatrunku (fot. 4). Dren podłączono do ssaka (fot. 5). Cały zestaw zmieniano średnio 2 razy w tygodniu. Chory pielęgnowany był w ten sposób przez okres 1,5 roku, przebywając w tym czasie w domu. Zestaw sprawował się dobrze, o ile pacjent stosował dietę płynną. Dieta stała często powodowała zatykanie drenu. Ostatecznie doszło do wyleczenia i zamknięcia wszystkich przetok.

Przypadek 2 (fot. 6–9)

Mężczyzna 60-letni z wytworzoną urostomią został przyjęty do szpitala z powodu martwicy skóry wokół

stomii, która nie była prawidłowo zaopatrzona i pielęgnowana. Zmiany martwicze obejmowały rozległy obszar wokół stomii (fot. 6). Oddzielono tkanki martwicze i po oczyszczeniu skóry wokół stomii pokryto pastą Stomahesive® (fot. 7), a stomię zabezpieczono jednocześnie workami. Po 5 dniach obszar martwicy znacznie się zmniejszył (fot. 8), a po 12 dniach doszło do jej zaniku (fot. 9).

Podsumowując, należy podkreślić, że natura treści wydobywającej się ze stomii narzuca konieczność skutecznej ochrony skóry wokół stomii. Praktyka oraz dowody kliniczne wskazują, że najlepszym materiałem używanym do produkcji sprzętu stomijnego jest materiał hydrokoloidowy opatentowany przez firmę Conva-Tec pod nazwą Stomahesive®. Materiał ten zapewnia odpowiednią ochronę skóry oraz szczelność stosowanego sprzętu. Wszystkie przylepce oraz płytki, zarówno w systemie jedno-, jak i dwuczęściowym, wytwarzane są z materiału Stomahesive®. Właśnie z tego sprzętu korzysta obecnie najwięcej chorych ze stomią. Firma ConvaTec poza produkcją sprzętu stomijnego zajmuje się także edukacją chorych, pomocą pielęgniarkom i lekarzom oraz placówkom służby zdrowia.

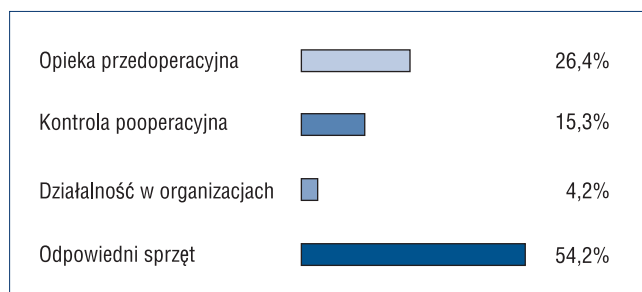
Konferencja okrągłego stołu

Przewodniczący: dr med. Marek Szczepkowski

Uczestnicy: prof. dr hab. med. Adam Dziki, doc. Piotr Krokowicz, piel. dypl. Danuta Kruk, mgr Jolanta Fryc-Martyńska, dr med. Jerzy Medyński, dr med. Henryk Mekle, dr med. Przemysław Styczeń, dr med. Radziław Trzcński

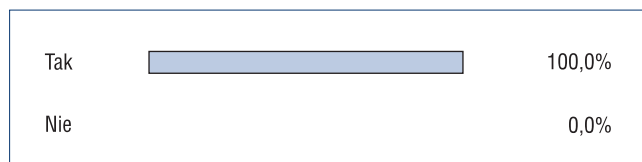
W trakcie konferencji wykorzystano system interaktywny z możliwością odpowiadania przez publiczność na poszczególne pytania zadawane przez prowadzącego.

Pytanie 1:
Co jest obecnie najważniejsze dla pacjenta ze stomią?



Komentarz: Ponad 50% uczestników uważało, że najważniejszy jest sprzęt stomijny. Około 25% głosowało na opiekę przedoperacyjną. Zdaniem ekspertów najważniejsza jest opieka przedoperacyjna, ponieważ sprzęt stomijny jest już łatwo dostępny, jego właściwe dobranie i systematyczne otrzymywanie nie stanowi zatem żadnego problemu. W przypadku braku sprzętu to on stanowi najistotniejszy element opieki stomijnej. Podkreślono także, że zbyt mało pacjentów wie o organizacji Pol-Ilko. Często chorzy chcą włączyć się w działalność towarzystwa. W dalszej części dyskusji podkreślono, że limity na sprzęt stomijny, który przysługuje pacjentom, jest różny w różnych regionach Polski.

Pytanie 2:
Czy pacjent po operacji wykonania stomii powinien powrócić do aktywności zawodowej?



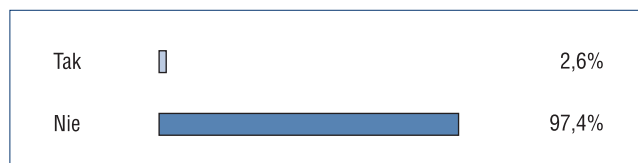
Komentarz: Wszyscy uczestnicy głosowania wybrali odpowiedź pierwszą.

Ekspert podkreślił potrzebę powrotu chorych do normalnej aktywności życiowej. Jest to wskazane także w przypadku wytworzenia stomii czasowej. Mgr Jolanta Fryc-Martyńska uważa, że decyzję o powrocie do pra-

cy powinien podjąć sam chory. Równie ważny jak praca zawodowa jest powrót do realizacji wcześniejszych zamierzeń i rozwijania własnych zainteresowań. Pamiętać należy, że decyzja o dopuszczeniu do pracy leży w gestii lekarzy orzeczników i to oni muszą podjąć właściwą decyzję i przychylić się do prośby chorego.

Dr Przemysław Styczeń podkreślił, że powrót do pracy jest możliwy tylko w przypadku stosowania właściwego sprzętu stomijnego.

Pytanie 3:
Czy liczba Poradni dla Chorych ze Stomią w Polsce jest wystarczająca?

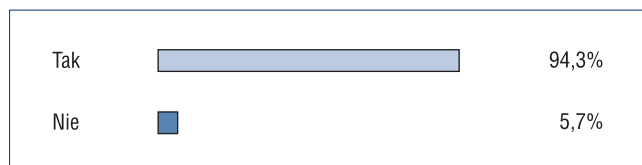


Komentarz: Aż 97% uczestników spotkania uważało, że liczba poradni jest niewystarczająca. Doc. Piotr Krokowicz zwrócił uwagę, że nie jest możliwe, aby poradnie były organizowane w każdym ośrodku. Jeżeli oczekuje się profesjonalnej obsługi w takiej poradni, to — niestety — liczba poradni musi być ograniczona. Danuta Kruk wyraziła opinię, że do poradni świadczącej usługi na wysokim poziomie pacjenci dojadą chętnie nawet w bardzo daleka i nie stanowi to dla nich problemu, dlatego korzystniej jest tworzyć mniej poradni o wyższym standardzie niż więcej o niższej jakości usług. Podkreślono także, że najlepszym miernikiem jakości usług w danej poradni jest liczba pacjentów i niedopuszczalne jest, aby kasy chorych nie zawierały umów z poradniami, w których zarejestrowanych jest kilkuset chorych. W dalszej części dyskusji podkreślono potrzebę przeszkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie oceny ewentualnych powikłań stomii. W takich sytuacjach bowiem powinni oni kierować chorego do poradni. Przedstawiciel firmy ConvaTec — dr Przemysław Styczeń podkreślił, że niepokojące jest zmniejszanie się liczby poradni. Prof. Adam Dziki zwrócił uwagę, że obecnie praktycznie nie ma możliwości wywierania nacisku administracyjnego na kasy chorych ani placówki służby zdrowia w kwestii organizacji poradni stomijnych. Potrzebne jest działanie ze strony samych chorych, którzy staraliby się o przyznanie środków na funkcjonowanie bezpłatnych poradni. Dr Marek Szczepkowski podsumował dyskusję stwier-

dzeniem, że ważniejsza jest jakość poradni, a nie ich liczba. Niemniej jednak poradni powinno być kilkadziesiąt, a dodatkowo w każdym ośrodku wykonującym zabiegi wyłonienia stomii powinna pracować przynajmniej jedna przeszkolona pielęgniarka.

Pytanie 4:

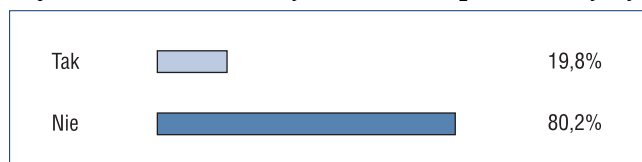
Czy pacjent ze stomią w Polsce powinien wiedzieć więcej na temat swojej choroby i przyczyn operacji?



Komentarz: Około 95% uczestników odpowiedziało twierdząco. Prof. Adam Dziki zachęcił uczestników do lepszego uświadamiania pacjentów. Zaproponował organizowanie akcji informacyjnych dotyczących chorób jelit (zwłaszcza raka), mających uświadomić społeczeństwu, jak częsta jest ta choroba, ale także to, że można z nią żyć. Doc. Piotr Krokowicz podkreślił potrzebę prowadzenia badań przesiewowych w kierunku chorób przewodu pokarmowego, zwrócił także uwagę, że coraz częściej choroby zapalne jelit dotyczą dzieci i że brakuje osób przygotowanych w sposób profesjonalny do pracy z młodymi pacjentami. Danuta Kruk zasugerowała, aby pracownicy służby zdrowia zwracali uwagę na sposób prowadzenia rozmowy z chorym. Nie wystarczy poinformować chorego, trzeba to jeszcze zrobić w przystępny i skuteczny sposób. Dr Jerzy Medyński podkreślił, że chorych nie można okłamywać, nie można powiedzieć pacjentowi, że stomia jest czasowa, gdy wiemy, że jest to stomia ostateczna. Dr Przemysław Styczeń przedstawił wyniki badań ankietowych, dotyczących sposobów uzyskiwania informacji o swojej chorobie przez chorych. Okazuje się, że na pierwszym etapie choroby to lekarz pierwszego kontaktu jest podstawowym źródłem informacji. Po zabiegu informacji udziela głównie pielęgniarka. Dr Przemysław Styczeń podkreślił potrzebę rozpowszechniania broszur i periodyków.

Pytanie 5:

Czy system szkolenia pielęgniarek w Polsce sprzyja uzyskiwaniu kwalifikacji w zakresie opieki stomijnej?

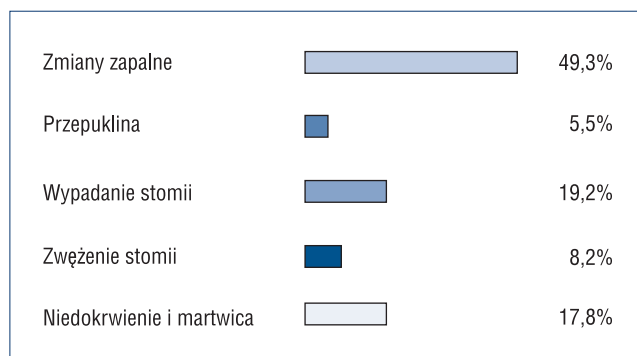


Komentarz: Większość osób, które wzięły udział w głosowaniu uważała, że system szkoleń jest niewłaściwy. Prof. Adam Dziki zaproponował, aby wprowadzić system certyfikatów dla odpowiednio przeszkolonych pielęgniarek. Problemem jest też odpowiednie wynagradzanie takich osób. Danuta Kruk uważa, że obecnie prowadzone kursy dla pielęgniarek są niewystarczające. Odbývają się one w ramach innych specjalizacji, takich jak chirurgia czy onkologia. Niektórzy z ekspertów uważają jednak, że dla pielęgniarek chcących podnosić swoje kwalifikacje istnieją

możliwości doksztalcania się i nie są one wcale mniejsze niż w innych krajach europejskich. Dr Przemysław Styczeń uważa, że spotkania dla pielęgniarek poświęcone stomii odbywają się zbyt rzadko i że uczestniczy w nich zbyt mała grupa pielęgniarek. W dalszej części dyskusji zwrócono uwagę, że organizacja pracy w szpitalach praktycznie uniemożliwia udział w kursach i szkoleniach, bowiem zbyt mała liczba pielęgniarek jest zatrudniona i nieobecność części z nich paraliżuje pracę na oddziale.

Pytanie 6:

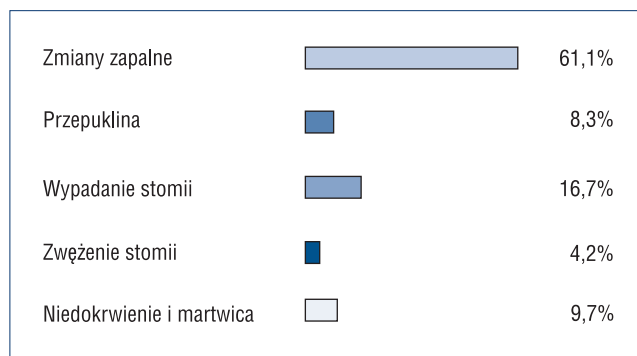
Które z miejscowych powikłań stomii jest najbardziej uciążliwe dla osoby ze stomią?



Komentarz: Około 50% ankietowanych uważało, że najbardziej uciążliwe dla chorego są powikłania zapalne.

Pytanie 7:

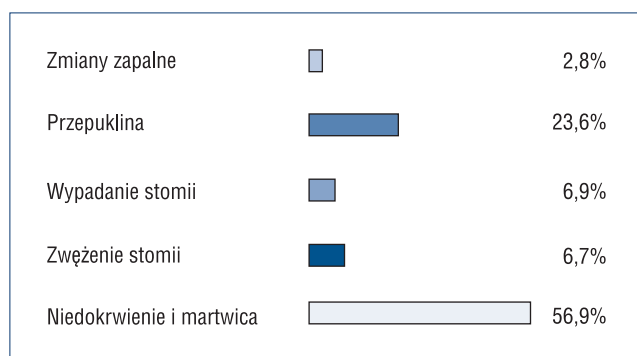
Które z miejscowych powikłań stomii jest najbardziej uciążliwe dla pielęgniarki stomijnej?



Komentarz: W tym przypadku aż 61% pytanych wybrało odpowiedź pierwszą.

Pytanie 8:

Które z miejscowych powikłań stomii jest najbardziej uciążliwe dla chirurga?

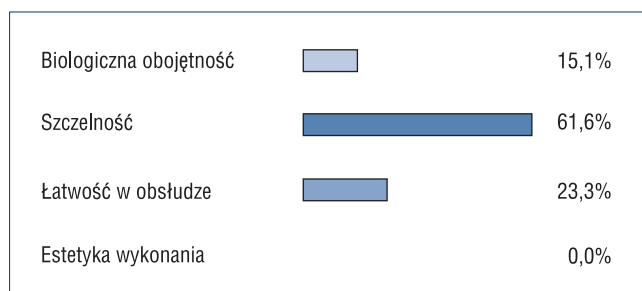


Komentarz: Dla chirurga najbardziej uciążliwym powikłaniem okazuje się być martwica stomii.

Prof. Adam Dziki, komentując wyniki podkreślił, że niedokrwienie i martwica stomii są powikłaniami stanowiącymi zagrożenie dla życia pacjenta ze stomią, jednak zmiany zapalne skóry są dla pacjentów najbardziej uciążliwe. Wskazuje to na bardzo istotną rolę jakości sprzętu stomijnego, stosowanego przez poszczególnych pacjentów. Zwrócono też uwagę, że zwężenie stomii i jej martwica to problem, który rozwiązują chirurdzy, natomiast zmiany zapalne praktycznie są leżone przez pielęgniarki.

Pytanie 9:

Które z kryteriów idealnego sprzętu do zaopatrzenia stomii uważasz za najważniejsze?

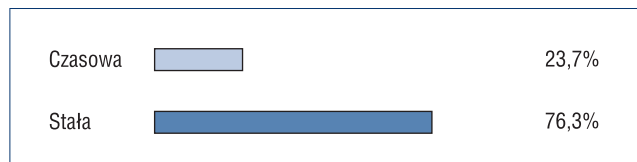


Komentarz: Najważniejszą cechą dobrego sprzętu była dla 61% ankietowanych szczelność. Prof. Adam Dziki uważa, że najistotniejsza jest biologiczna obojętność, bowiem szczelność jest niejako oczywistą cechą współcześnie stosowanego sprzętu. Danuta Kruk zwróciła jednak uwagę, że pacjenci często interesują się estetyką wykonania sprzętu stomijnego. Wiąże się to z coraz częstszym powrotem pacjentów ze stomią do aktywności zawodowej. W takich przypadkach estetyka sprzętu jest dla chorych

szczególnie ważna. Pozostali eksperci podkreślili szczelność sprzętu stomijnego jako podstawowy warunek jego użyteczności. Zwrócili też uwagę na konieczność łatwości obsługi sprzętu.

Pytanie 10:

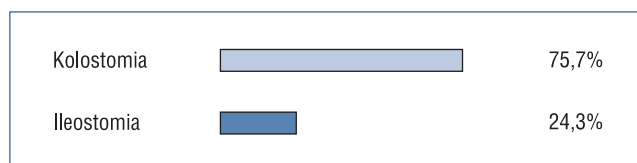
Jaki rodzaj stomii jelitowej jest obecnie najczęściej wykonywany?



Komentarz: Najczęściej wykonywana jest stomia stała.

Pytanie 11:

Która ze stomii jelitowych czasowych jest lepszym rozwiązaniem dla chorego?



Komentarz: W opinii większości uczestników konferencji okrągłego stołu czasowa kolostomia jest lepszym rozwiązaniem dla chorego. Jednakże opinie ekspertów są podzielone. Na przykład prof. Adam Dziki uważa, że lepszym rozwiązaniem jest pętlowa ileostomia — w tym przypadku dla chirurga zabieg zamknięcia stomii jest prostszy. Doc. Piotr Krokowicz podkreślił, że ileostomia nie wypada, łatwo się zamyka, treść z takiej stomii nie jest cuchnąca i dlatego jest ona rozwiązaniem lepszym.

Publikacja przygotowana na zlecenie Działu ConvaTec (Bristol-Myers Squibb Sp. z o.o.)

© Bristol-Myers Squibb Sp. z o.o., Warszawa 2001

Adres korespondencyjny: Bristol-Myers Squibb Sp. z o.o. (Dział ConvaTec)

ul. Domaniewska 41, Budynek Saturn, 02-672 Warszawa

Tel. (22) 874 38 10, faks (22) 874 38 35, e-mail: dzial.pomocy@bms.com

ConvaTec.ChC.Sprawozdanie-Gdynia.styczen2002.pl

Opracowanie i druk:

Wydawnictwo Via Medica, ul. Świętokrzyska 73, 80-180 Gdańsk
Tel.: (58) 304 84 88, e-mail: viamedica@viamedica.pl, www.viamedica.pl

ISBN 83-7258-290-4