

Źle umiejscowiona stomia – konsekwencja operacji czy pierwsze powikłanie chirurgiczne?

Inappropriate stoma location – consequence of operation or first surgical complication?

¹I Department of General and Endocrine Surgery, University Clinical Hospital in Białystok
Head of Department: Professor Jacek Dadan, MD, PhD

²Stoma Care Outpatient Clinic, University Clinical Hospital in Białystok
Head of Clinic: Fabian Kamiński, MD

Streszczenie

Według danych NFZ z roku 2014 w Polsce żyje 35 377 osób z kolostomią i 6270 osób z ileostomią. Większość chorych stanowią pacjenci onkologiczni, znaczną część chorych paliatywni z krótkim okresem przeżycia. Wiek stomików powoli obniża się ze względu na wzrost zapadalności ludzi młodych na choroby zapalne jelit i nowotwory jelita grubego. Stomia więc dotyczy w znacznej części ludzi młodych, aktywnych zawodowo i jest zagadnieniem społecznym. Autorzy w artykule skupiają się na jednym z podstawowych powikłań stomii – złym jej umiejscowieniu. Wyznaczenie miejsca stomii przed operacją jest elementem kluczowym. Powinno być ono przeprowadzane przed każdym zabiegiem operacyjnym mogącym zakończyć się wyłonieniem stomii. Powyższa ocena powinna być przeprowadzona w trzech pozycjach: leżącej, siedzącej i stojącej. Następnie uśredniając pomiary, wybiera się optymalne miejsce stomii. Ostatecznego oznaczenia dokonuje się u pacjenta w pozycji siedzącej, z wyprostowanymi plecami i stopami płasko postawionymi na podłodze, w takiej pozycji, w której pacjent będzie samodzielnie wymieniał sprzęt stomijny. Autorzy konkludują, że jeżeli stomia jest wyłoniona prawidłowo w czasie radykalnej operacji, nie ma powikłań miejscowych, pacjent jest wyedukowany w kwestii pielęgnacji i zaopatrzenia w sprzęt stomijny, akceptuje swoją sytuację i jest aktywny zawodowo, to w świetle definicji WHO jest zdrowy.

Summary

According to the National Health Fund data of 2014, there are 35 377 people with colostomy and 6270 people with ileostomy currently living in Poland. Most of them are oncological patients, a great deal of them are palliative patients with short-term survival. The age of stoma patients is slowly decreasing due to the increase in the incidence of inflammatory bowel diseases and colon cancer in young people. Thus, stoma affects mostly young, professionally active people and constitutes a social issue. In the article, the author focuses on one of the basic complications of stoma – its inappropriate location. The selection of an appropriate stoma site prior to the surgery is a fundamental part of the procedure. It should be conducted before every surgical treatment that may result in stoma formation. The above-mentioned

Słowa kluczowe

stomia, powikłania okołostomijne,
umiejscowienie stomii

Keywords

stoma, peristomal complications,
stoma location

evaluation ought to be carried out in three positions: lying, sitting and standing. Following this, an optimal stoma site is selected by way of averaging the measurements. The final marking is performed with a seated patient, their back straight and feet flat on the floor, that is in the position that allows the patient to replace ostomy appliances on their own. The author concludes that if stoma is properly formed during a radical surgery, no local complications are observed, the patient is taught how to care for their stoma and equip themselves with ostomy appliances, they accept their situation and are professionally active, then in view of the WHO definition, they are indeed healthy.

WSTĘP

Według danych NFZ z roku 2014 w Polsce żyje 35 377 osób z kolostomią, 6270 osób z ileostomią i 7589 osób z urostomią, co daje całkowitą liczbą 49 236 stomików. Przy równoczesnym wykonywaniu ponad 7000 operacji wyłonienia stomii rocznie, odpowiednio: 5705 kolostomii, 1021 ileostomii, 1031 urostomii. W Anglii i Walii żyje około 100 tysięcy stomików, przy rocznym przyroście 20 tysięcy, a w USA i Kanadzie około 800 tysięcy, przy rocznym przyroście 120 tysięcy (1). Jak widać, są to liczby ogromne. Zmiany w tej populacji chorych są dosyć duże, większość chorych stanowią pacjenci onkologiczni, znaczną część chorzy paliatywni z krótkim okresem przeżycia. W krajach wysokorozwiniętych grupa chorych z nowotworami odbytnicy stale rośnie, ale trzeba zaznaczyć, że zmiana w technice operacyjnej na korzyść coraz niższych zespołów pozwala często uniknąć stałej kolostomii, z drugiej strony rośnie wówczas liczba stomii protekcyjnych. Wiek stomików powoli obniża się ze względu na wzrost zapadalności ludzi młodych na choroby zapalne jelit i nowotwory jelita grubego, co jest związane z rozwojem cywilizacyjnym (2).

Wyłonienie stomii jest często elementem leczenia operacyjnego poważnych schorzeń jamy brzusznej: układu moczowego i przewodu pokarmowego. Nazwa „stomia” pochodzi z języka greckiego i oznacza „otwór”. Dawniej używane nazwy, tj. „sztuczny odbył” czy „przetoka kałowa”, nie powinny mieć zastosowania, gdyż w stomii nie ma żadnego elementu sztucznego, nie tłumaczą one również mechanizmu powstawania stomii, którym jest świadome i zaplanowane przez chirurga operacyjne połączenie światła jelita ze skórą na brzuchu pacjenta. Założenia jest to element leczenia operacyjnego, w odróżnieniu od samoistnego powstania takiego połączenia, czyli przetoki, która jest skutkiem stanu zapalnego w przebiegu różnych chorób, urazu bądź powikłań procedur medycznych (3). Dlatego wydaje się, że najwłaściwszą nazwą jest „stomia”, czyli odbył brzuszny różniący się od pierwotnego odbytu po pierwsze lokalizacją (zamiast w kroczu jest na brzuchu), a po drugie brakiem aparatu zwieraczowego. Wydalanie, czyli defekacja, w większości kultur jest czynnością intymną i wstydliwą, dlatego sytuacja wyłonienia odbytu na brzuchu wnosi w życie pacjenta daleko idące skutki społeczno-kulturowe (4).

Pomimo że stomia w pierwszej kolejności kojarzy się z odbytem brzuszny, jest to pojęcie uniwersalne. Wyróżnia się różne rodzaje stomii: gastrostomia – dotyczy żołądka i wyłaniana jest w celu żywienia enteralnego, cholecystostomia – odprowadzenie żółci przez pęcherzyk

INTRODUCTION

According to the National Health Fund data of 2014, there are 35 377 people with colostomy, 6270 with ileostomy and 7589 with urostomy in Poland, which makes a total of 49 236 stoma patients. Simultaneously, more than 7000 stoma formation surgeries are performed – 5705 colostomy procedures, 1021 ileostomy procedures and 1031 urostomy procedures, respectively. In England and Wales there are approximately 100 000 stoma patients with an annual increase of 20 000, whereas in the U.S. and Canada there are about 800 000 stoma patients, with an annual increase of 120 000 (1). These numbers are indeed huge. Changes in the population of patients are quite considerable, most of them are oncological ones, a great deal of them are palliative patients with short-term survival. In highly developed countries, the number of patients with neoplasms of rectum is constantly increasing, yet it should be noted that the shift in surgical technique towards progressively lower anastomoses oftentimes makes it possible to avoid a permanent colostomy. On the other hand, this new shift causes the number of protective stomas to increase. The age of stoma patients is slowly decreasing due to the increase in the incidence of inflammatory bowel diseases and colon cancer in young people caused by civilisation progress (2).

More often than not, stoma formation is a part of surgical treatment of serious diseases of the abdominal cavity: the urinary system and the digestive tract. The word “stoma” is derived from Greek and stands for “opening”. Previously used names, i.e. artificial anus or faecal fistulas should not be employed since stoma features no artificial element and these terms do not explain the mechanism of stoma development being a conscious and pre-planned surgical procedure of connecting the intestinal lumen to the skin on the patient’s abdomen. It is intended to be a part of surgical treatment as opposed to a spontaneous development of such connection, namely a fistula which results from inflammation in the course of various diseases, injury or complications of medical procedures (3). For these reasons, it seems that “stoma” is the most adequate name as it stands for an abdominal anus that differs from the primary one in two ways: firstly, it has a different localization for it is located in the abdomen instead of the crotch and, secondly, there is no sphincter. Excretion or defecation is in most cultures an intimate and embarrassing activity, therefore the circumstance in which the anus is exposed in the abdomen has far-reaching socio-cultural implications for the patient (4).

Despite the fact that stoma is first and foremost associated with the abdominal anus, it is indeed a universal term. Many different types of stoma can be distinguished:

żółciowy, ureterostomia – połączenie moczowodów ze skórą, nefrostomia – odprowadzenie moczu bezpośrednio z nerki, cystostomia – z pęcherza, cekostomia – odbarczenie kątnicy czy tracheostomia – połączenie tchawicy z powierzchnią szyi. Stomie brzuszne to: kolostomia – wyłonienie jelita grubego, ileostomia – jelita cienkiego, urostomia, a dokładniej rzecz ujmując ureterocutaneoileostomia – nadpęcherzowe odprowadzenie moczu poprzez wstawkę jelitową sposobem Bricker’a czy Wallace’a. Stomie jelitowe, zarówno kolostomia, jak i ileostomia mogą być końcowe (jednolufowe) lub pętlowe (dwulufowe). Stomia może być czasowa lub definitywna. Przykładem stomii stałej, która pozostanie do końca życia pacjenta, jest kolostomia końcowa po brzuszno-kroczonej resekcji odbytnicy z powodu raka. Stomią czasową jest najczęściej ileostomia pętlowa, gdy w momencie wyłonienia zakłada się po określonym czasie likwidację stomii z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego. Wyłania się ją też jako tzw. stomię protekcyjną, odbarczającą niskie zespolenie w obrębie jelita grubego (5). Najważniejszą sprawą, którą my jako chirurdzy powinniśmy zrozumieć, jest fakt, że stomia jest dla pacjenta, nie dla chirurga. Pacjent zostaje ze stomią niejednokrotnie na całe życie, podczas gdy chirurg zajmuje się nią tylko przez kilka, kilkanaście dni.

ROZMOWA Z PACJENTEM PRZED OPERACJĄ

Rozmowa i wyjaśnienie pacjentowi istoty choroby i przyczyny potrzeby wyłonienia stomii jest bardzo ważnym aspektem całego procesu terapeutycznego. Należy przedstawić konieczność wyłonienia stomii w aspekcie pozytywnym, jako element kompleksowego leczenia, które daje szansę wyleczenia, z tą różnicą, że zamiast odbytu w kroczu będzie wyłoniony odbyt brzuszny, a nie negatywnym jako zło konieczne, kalectwo czy niepełnosprawność. Pomocne jest przedstawienie przykładów innych ludzi podobnych wiekiem, którzy dobrze funkcjonują ze stomią i zaakceptowali swoją nową sytuację (6). Rolą chirurga jest dokładne poinformowanie pacjenta o rodzaju operacji, jej przebiegu, możliwych powikłaniach oraz konieczności wyłonienia stomii, a także o konsekwencjach odmowy, tak by pacjent zrozumiał i zaakceptował nasze postępowanie. Ważne jest podkreślenie, że decyzja o konieczności wyłonienia stomii wynika z realiów choroby i radykalizmu leczenia. Należy pacjentowi wyjaśnić, czy stomia będzie końcowa, na stałe, czy czasowa z możliwością jej likwidacji w terminie późniejszym (7). Rolą pielęgniarki stomijnej jest poinformowanie pacjenta o rodzajach sprzętu stomijnego, potrzebie edukacji w zakresie czynności pielęgnacyjnych oraz zapewnienie pacjentowi, że nie będzie sam po operacji i pozostanie pod opieką Poradni Stomijnej, co zapewni mu poczucie bezpieczeństwa (8, 9). Pomocny w rozmowie może okazać się psycholog kliniczny, jakkolwiek praktycznie dostępny jest on w nielicznych ośrodkach (10).

WYZNACZANIE MIEJSCA STOMII

Kluczowe dla pacjenta w tej sytuacji jest wyznaczenie miejsca stomii. Powinno być ono przeprowadzane przed każdym

gastrostomy concerns the stomach and is formed to enable enteral nutrition, cholecystostomy – drainage of bile through the gallbladder, ureterostomy – connection of ureters to the skin, nephrostomy – drainage of urine directly from the kidney, cystostomy – from the gallbladder, cecostomy – decompression of caecum, or tracheostomy – connection of the trachea to the neck surface. Abdominal stomas include colostomy – bringing out one end of the large intestine, ileostomy – of the small intestine as well as urostomy or, more specifically, ureterocutaneoileostomy, standing for supra-bladder urinary diversion with intestinal interposition using Bricker’s or Wallace’s technique. Intestinal stomas, both colostomy and ileostomy, are divided into end or single-barrel stomas and loop or double-barrel stomas. One may have a temporary or a permanent stoma. An example of a permanent stoma with which the patient has to live for the rest of their life is an end colostomy following abdominoperineal resection of the rectum due to cancer. The most common example of a temporary stoma is a loop ileostomy when after a certain period of time following the creation of stoma, stoma closure procedure is performed followed by the reconstruction of the digestive tract. This type of stoma is also formed as a so-called protective stoma decompressing low anastomosis of the large intestine (5). The most crucial thing that we as surgeons should understand is the fact that stoma is for the patient, not for the surgeon. Oftentimes, the patient has to live with stoma for the rest of their life, whereas the surgeon only deals with it for a few or several days.

CONVERSATION WITH THE PATIENT PRIOR TO SURGERY

Talking to the patient and explaining to them the essence of the disease and the need for stoma formation is an extremely important aspect of the entire therapeutic process. The necessity for stoma formation should not be presented as a necessary evil, handicap or disability, but rather as a positive element of a complex treatment which provides the patient with the chance to recover except that now the anus will be located in the abdomen and not in the crotch. What may prove of help is presenting the examples of other people of similar age who do well with stoma and have accepted their new situation (6). The role of the surgeon is to accurately inform the patient on the type of surgery, its course and potential complications and the necessity for stoma formation as well as on the consequences should the patient refuse to undergo a surgery in order to make sure that the patient understands and accepts our course of action. It should be stressed that the decision to create stoma is due to the realities of the disease and the radical character of the treatment. The surgeon ought to explain to the patient whether they will have an end stoma, a permanent stoma or a temporary one that may be removed at a later date (7). The role of the stoma care nurse is to inform the patient on the types of ostomy appliances and the need for education in self-care activities as well as to assure them that they will not be left alone after the surgery, but will remain under care of the Stoma Care Clinic which will provide them with a sense of security (8, 9). A clinical psychologist’s

zabiegami operacyjnymi mogącymi zakończyć się wyłonieniem stomii. Wymaga to współdziałania pielęgniarki stomijnej i chirurga. Teoretycznie miejsce stomii powinno znajdować się w 1/3 przyśrodkowej odległości pomiędzy pępkiem a górnym, przednim kolcem biodrowym, na przebiegu mięśnia prostego brzucha (ryc. 1). W praktyce wyznaczanie miejsca stomii zaczyna się od oceny brzucha. Lokalizacja stomii powinna być w miejscu dobrze widocznym dla pacjenta. Jeżeli pacjent jest otyły, to stomia powinna być umiejscowiona w śródbrzuszu, a nawet w nadbrzuszu. Poszukujemy równej, gładkiej powierzchni, bez blizn, znamion, fałdów, z dala od planowanego cięcia operacyjnego, najlepiej nad mięśniami prostymi brzucha, na wysokości, gdzie nie będzie kolizji z paskiem. Powyższa ocena powinna być przeprowadzona w trzech pozycjach: leżącej, siedzącej i stojącej. Następnie uśredniając pomiary, wybiera się optymalne miejsce stomii. Ostatecznego oznaczenia dokonuje się w pozycji siedzącej, z wyprostowanymi plecami i stopami płasko postawionymi na podłodze, w takiej pozycji, w której pacjent będzie samodzielnie wymieniał sprzęt stomijny. Na koniec to miejsce oznaczamy niezmywalnym markerem (11). Wyznaczenie miejsca stomii ma podstawowe znaczenie, ponieważ od tego zależy właściwe wyłonienie stomii, w konsekwencji zapobiegnięcie podciekaniu, uchronienie pacjenta od powikłań skórnych, a co za tym idzie akceptacja stomii, wzrost jakości życia i umożliwienie mu dobrego funkcjonowania w społeczeństwie (12, 13).

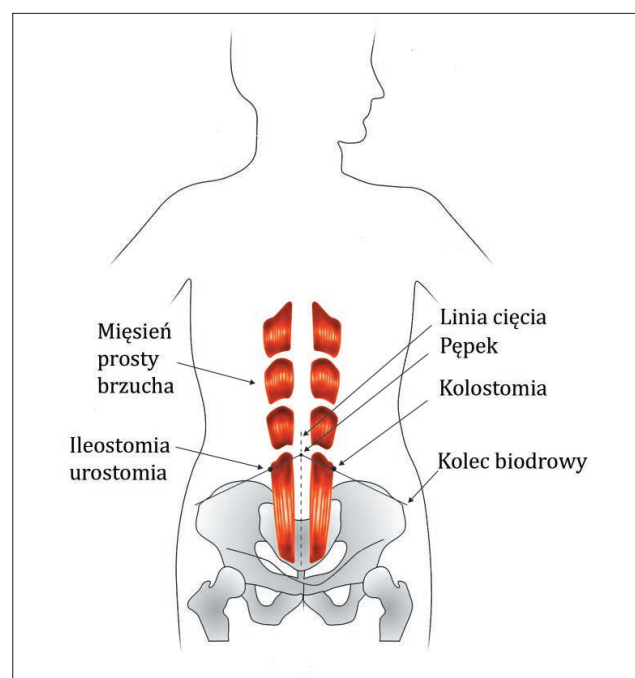
PRZYKŁAD KLINICZNY NIEPRAWIDŁOWO WYŁONIONEJ STOMII

Na zdjęciu przedstawiony jest mężczyzna w wieku 70 lat, sprawny manualnie, wskaźnik masy ciała BMI 27,

involvement in the conversation may prove of help, yet they are available only in a few centres (10).

SELECTING A STOMA SITE

Selecting a stoma site is crucial for the patient in such situation. It should be carried out prior to every surgical procedure that may result in stoma formation, most preferably as a result of cooperation between the stoma care nurse and the surgeon. Theoretically, a stoma should be located at the medial 1/3 distance between the umbilicus and the anterior superior iliac spine, and it should pass through the rectus abdominis muscle (fig. 1). In practice, the first step is the evaluation of the abdomen. Stoma should be located in a place that is clearly visible to the patient. If the patient is obese, their stoma ought to be located in the middle region of the abdomen or even in the epigastrium. The medical staff should look for an even, smooth surface with no scars, birthmarks or folds, away from the planned surgical incision, preferably above the straight muscle of the abdomen, in a place where there will be no collision with the belt. The foregoing evaluation ought to be performed in three positions: lying, sitting and standing. Then, an optimal stoma location is selected by way of averaging the measurements. The final marking is performed with the patient in a sitting position, their back straight and feet flat on the floor, that is in a position that allows them to replace ostomy appliances on their own. Lastly, the site is marked with an indelible marker (11). Selecting an appropriate stoma site is of crucial importance in the proper formation of stoma which prevents leakage, protects the patient from skin complications and, consequently, makes it easier for them to accept stoma, increases their quality of life and enables them to function well within the society (12, 13).



Ryc. 1. Schemat anatomiczny

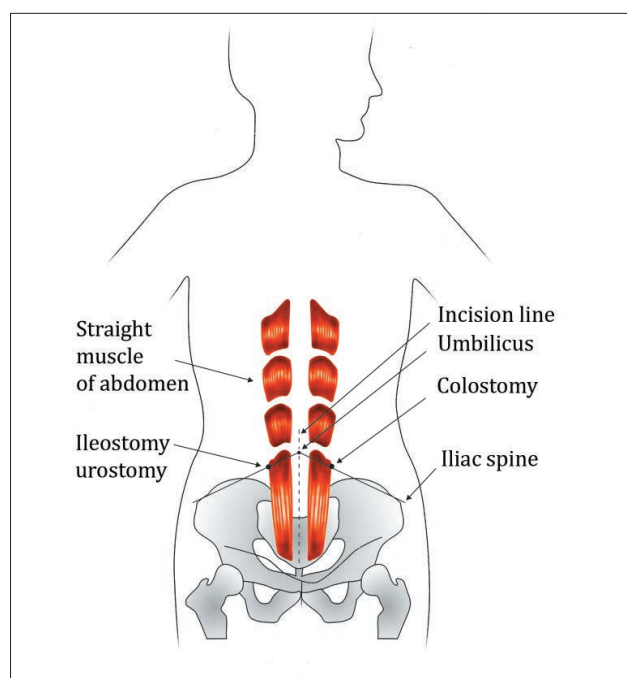


Fig. 1. Anatomical outline

z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą typu 2. W oddziale urologicznym przeżył radykalne usunięcie pęcherza moczowego z powodu raka z wyłonieniem urostomii sposobem Bricker'a. Nie miał wyznaczonego miejsca stomii przed operacją. Miejscowo stomia jest dobrze ukrwiona, okrągła, wypukła ok. 1,5 cm, ujście dla moczu centralne, śluzówka bez obrzęku, z pełnym zrostem skórno-śluzówkowym, skóra bez podrażnień, bez odczynu zapalnego, jest to dobrze widoczne w pozycji leżącej (ryc. 2). Stomia usytuowana jest nieprawidłowo, nisko w podbrzuszu, po stronie prawej, poniżej fałdu skórno-śluzówkowego (ryc. 3), przez co dostępność wzrokowa pacjenta i ocena wyglądu powłok brzusznych wokół stomii oraz zamocowanego sprzętu stomijnego jest w tej sytuacji niemożliwa, zarówno w pozycji stojącej, jak i siedzącej (ryc. 4, 5). Pacjent jest niesamodzielny i wymaga pomocy drugiej osoby przy pielęgnacji stomii. Pomimo dobrego stanu miejscowego samoocena pacjenta jest niska. Jeżeli nie miałby osoby pielęgnującej jego stomię, pomagającej przy wymianie sprzętu stomijnego, kwestią czasu jest pojawienie się podcieku, podrażnienia skóry wokół stomii i rozwój powikłań miejscowych z owrzodzeniem włącznie (14). Kiedy podciek i odklejenie się sprzętu stomijnego zdarza się poza domem, stwarza to dodatkowo sytuację bardzo stresową, której pacjent za wszelką cenę chce uniknąć w przyszłości, zamyka się w domu i wyłącza się z życia towarzyskiego, nie chodzi do kina, teatru czy kościoła, pogrąża się w apatii i depresji. Nie są wyjątkiem sytuacje, kiedy pacjent mówi: „Po co mnie uratowali, to nie jest życie, wolałbym umrzeć” (15).

PRZYCZYNY NIEPRAWIDŁOWO WYŁONIONEJ STOMII

Wiele czynników wpływa na postępowanie chirurgiczne. Czasem pomimo wyznaczonego miejsca stomii, warunki anatomiczne zastane w jamie otrzewnej, takie jak masywne zrosty czy rozsiew nowotworowy, uniemożliwiają wyłonienie jej w zamierzonym miejscu dogodnym dla

CLINICAL EXAMPLE OF AN IMPROPERLY CREATED STOMA

The picture shows a 70-year-old man, manually skilled, BMI of 27, with arterial hypertension and type II diabetes. In the department of urology he was subjected to a radical removal of the bladder for cancer with the formation of urostomy using Bricker's method. A stoma site was not selected prior to the surgery. Stoma is locally well-perfused, round, approximately 1.5 cm convex, with centrally located opening for urine, mucosa with no oedema, full mucocutaneous adhesion, skin with no irritation, no inflammatory reaction, which can be clearly seen in the lying position (fig. 2). Stoma is improperly located, low in the hypogastrium, on the right side, below a skin fold (fig. 3), which makes the patient unable to see it and evaluate the appearance of the abdominal integuments around it and of the attached ostomy appliances, both in the standing and in the sitting position (fig. 4, 5). The patient is not independent and requires help of another person in caring for his stoma. Despite a good local condition, he has low self-esteem. If it was not for the person who cares for his stoma and helps him in replacing ostomy appliances, occurrences such as leakage, irritation of the skin around the stoma and development of local complications including ulceration would only be a matter of time (14). If leakage and detachment of the pouch takes place outside of home, it additionally puts him in a very stressful situation that the patient would like to avoid at all cost in the future. For this reason, he locks himself up at home, decides not to take part in social life, ceases going to the cinema, theatre or church, sinks into apathy and depression. It is not rare that the patient says: "what did they save me for, this is not a life, I'd rather die" (15).

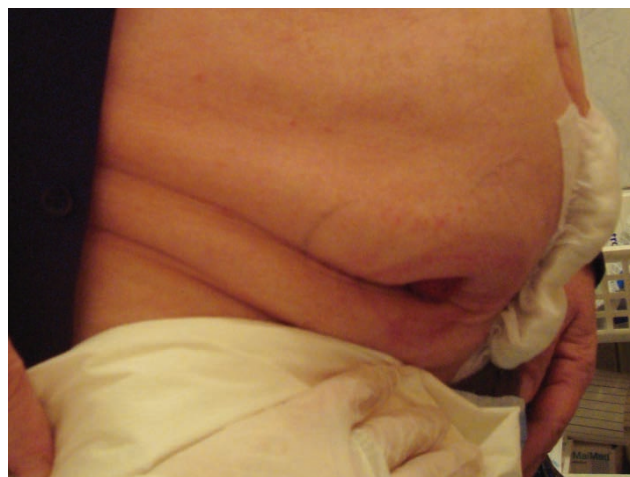
REASONS FOR AN IMPROPERLY FORMED STOMA

There are a number of factors affecting a surgical procedure. Sometimes, despite having selected the stoma site, anatomical conditions encountered in the peritoneal cavity such as massive



Ryc. 2. Pozycja leżąca bez worka

Fig. 2. Lying position without a pouch



Ryc. 3. Pozycja stojąca bez worka

Fig. 3. Standing position without a pouch



Ryc. 4. Pozycja stojąca z workiem

Fig. 4. Standing position with a pouch

pacjenta. Wówczas chirurg kieruje się zasadą: „Tak krawiec kraje, jak mu materiału staje” i wyłania stomię w miejscu dostępnym. Jeżeli jednak warunki anatomiczne w brzuchu są dobre, operator powinien dołożyć wszelkiej staranności w dążeniu do wyłonienia stomii w miejscu wyznaczonym, nawet jeśli wymaga to wydłużenia czasu bądź zakresu operacji. Niekiedy należy wypreparować zagięcie śledzionowe oraz uwolnić zrosty otrzewnowe, aby bez napięcia koniec jelita wyłonić w miejscu zaplanowanej stomii. Czasami pogarszający się stan ogólny pacjenta wymusza szybkie zakończenie operacji bądź młody chirurg jest na początku krzywej uczenia i rozszerzając zabieg obawia się powikłań chirurgicznych (10).

PODSUMOWANIE

W przeszłości stomia oznaczała wyrok. Pacjent z rakiem pęcherza moczowego czy jelita grubego po radykalnej resekcji i okresie rekonwalescencji miał szansę na powrót do zdrowia, natomiast po wyłonieniu stomii, kiedy nie było profesjonalnego sprzętu stomijnego, w ogóle nie było mowy o jakości życia, pacjent traktowany był jak inwalida. Otóż wcale nie powinno i nie musi tak być. Celem leczenia chirurgicznego jest radykalne usunięcie raka i jest to tak samo ważne, jak jakość życia. Jeżeli stomia jest wyłoniona prawidłowo, po radykalnej operacji, wolna od powikłań miejscowych, pacjent jest wyedukowany w kwestii pielęgnacji i zaopatrzenia w sprzęt stomijny, akceptuje swoją sytuację i jest aktywny zawodowo, to w świetle definicji WHO jest zdrowy! Ponieważ zdrowie to: „stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu, a nie tylko całkowity brak choroby czy niepełnosprawności”, w ostatnich latach definicja ta została uzupełniona o sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego a także o wymiar duchowy. W przypadku takiego pacjenta nie możemy mówić także o niepełnosprawności, ponieważ według WHO: „osoba niepełnosprawna to taka, która nie może samodzielnie, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości normalnego życia indywidualnego



Ryc. 5. Pozycja siedząca z workiem

Fig. 5. Sitting position with a pouch

adhesions or carcinomatosis render its creation in the intended place and convenient for the patient impossible. Should this be the case, the surgeon acts in line with the proverb: “one must cut one’s coat according to one’s cloth” and creates stoma in a place that they can access. However, if anatomical conditions in the abdomen are good, the operating doctor should use their best efforts to form stoma in the pre-planned location even if it means the prolongation of the surgery or extension of its scope. At times, splenic flexure should be dissected free and peritoneal adhesions released in order to expose one end of the intestine in the pre-planned stoma location with no tension. It may happen that the worsening general condition of the patient requires bringing the surgery to a rapid end or a young surgeon at the beginning of their learning curve is afraid that by extending the scope of the surgery they may cause surgical complications (10).

CONCLUSIONS

In the past stoma was equivalent to a death sentence. The patient with cancer of the urinary bladder or colon cancer following a radical resection and a period of convalescence had a chance to recover, however after stoma formation, since there were no professional ostomy appliances whatsoever, life of any quality was out of question and the patient was considered to be a disabled person. Nevertheless, this should not and does not have to be the case. The aim of surgical treatment is a radical removal of cancer which is as important as the quality of life. If stoma is properly formed following a radical surgery, free from local complications, the patient is educated in how to care for their stoma and equip themselves with ostomy appliances, they accept their situation and are professionally active, then in view of the WHO definition, they are indeed healthy! This is because health is “a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. In recent years, the definition has been complemented by the ability to conduct productive social and economic life as well as by spiritual dimension. One should not talk about disability when referring to stoma patients, either, for according to WHO: “an individual with disability is a person who cannot on their own, partially or completely, ensure for

i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznej lub psychicznej” (16). A przecież znani są stomicy alpiniści, odbywający długie ekstremalne wyprawy, w najdalsze zakątki naszego globu. Wyłonienie stomii coraz częściej przestaje być wyrazem bezradności chirurgii, synonimem dramatu i beznadziei dla chorego, ale staje się istotnym elementem kompleksowego leczenia chirurgicznego, bardzo często jednym z etapów prowadzących do pełnego wyleczenia i powrotu do zdrowia (1). Nieocenioną rolę spełniają w tym Poradnie Stomijne (17). Pomaga w tym też zmiana sytuacji chorych ze stomią. Wiele firm oferuje wysoką jakość sprzętu stomijnego, który jest coraz bardziej niezawodny, dyskretny i łatwiej dostępny. Więcej młodych pacjentów pomaga w przełamywaniu wstydlivego tabu. Mają w tym udział coraz liczniejsze grupy wsparcia, kampanie społeczne, działalność organizacji stomijnych tj.: POL-ILKO, International Ostomy Association, European Ostomy Association, oraz akcje znanych osób, takich jak modelki, które mają stomię: Bethany Townsend i Jessica Grossman.

themselves the possibility of normal individual and social life as a result of congenital or acquired physical or mental impairment” (16). After all, many of us have heard of alpinists with stoma who undertake long, extreme expeditions into the most remote parts of the globe. Stoma formation tends to be less often perceived as a sign of helplessness of surgery and synonym of drama and hopelessness for the patient, but is becoming a crucial element of the complex surgical treatment, oftentimes one of the stages leading up to complete recovery and regaining of health (1). The role of stoma care clinics in this process is not to be underestimated (17). At present, the situation of stoma patients is changing for the better. A number of companies on the market provide high-quality ostomy appliances which are increasingly reliable, discrete and more easily accessible. The fact that there are currently more young stoma patients helps break a shameful taboo. The contributing factors include: an increasing number of support groups, social campaigns, stoma organisations such as POL-ILKO, International Ostomy Association and European Ostomy Association as well as initiatives taken up by celebrities including stoma models Bethany Townsend and Jessica Grossman.

Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji Correspondence

*Fabian Kamiński
I Klinika Chirurgii Ogólnej
i Endokrynologicznej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a
15-276 Białystok
tel. +48 (85) 746-86-72
febus76@gmail.com

nadesłano/submitted:

12.05.2016

zaakceptowano do druku/accepted:

31.05.2016

Piśmiennictwo/References

1. Banasiewicz T, Krokowicz P, Szczepkowski M: Stomia. Prawidłowe postępowanie chirurgiczne i pielęgnacja. Wydanie Termedia, Poznań 2014.
2. Salvadalena GD: The incidence of stoma and peristomal complications during the first 3 months after ostomy creation. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2013 Jul-Aug; 40(4): 400-406.
3. Szczepkowski M, Bielecki K: Z dziejów chirurgii. Stomia na przestrzeni wieków. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 1996; 7: 742-746.
4. Snarska J, Doroszkiewicz E: Chorzy ze stomią. *Gastroenterologia Praktyczna* 2011; 6(13): 23-29.
5. Bafford AC: Management and complications of stomas. *Surg Clin North Am* 2013 Feb; 93(1): 145-166.
6. Simmons KL: Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *J Adv Nurs* 2007 Dec; 60(6): 627-635.
7. Kołodziejczak M: Opieka nad pacjentem ze stomią. *Med Rodz* 2006; 2: 32-36.
8. Rolstad BS, Erwin-Toth PL: Peristomal skin complications: prevention and management. *Ostomy Wound Manage* 2004 Sep; 50(9): 68-77.
9. Brown H, Randle J: Living with a stoma: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2005 Jan; 14(1): 74-81.
10. Szczepkowski M: Good stoma. *Post Nauk Med* 2006; 5: 240-250.
11. Sobczak U: Jak prawidłowo wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii? *Troska* 2001; 2: 6-7.
12. Shabbir J: Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Dis* 2010 Oct; 12(10): 958-964.
13. Nybaek H, Jemec GB: Skin problems in stoma patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010 Mar; 24(3): 249-257.
14. Siddique K: A novel corrective approach to achieve satisfactory function of a 'sunk' colostomy. *Ann R Coll Surg Engl* 2016; 98(5): 84-87.
15. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van den Borne HW et al.: Psychosocial adaptation to stoma surgery: a review. *J Behav Med* 1995 Feb; 18(1): 1-31.
16. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D: WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot Int* 2006 Dec; 21(4): 340-345.
17. Pontieri-Lewis V: Basics of ostomy care. *Med Surg Nurs* 2006 Aug; 15(4): 199-202.