

QUO VADIS STOMIO

Spotkanie naukowe pod tytułem „Quo vadis stomio” odbyło się 10 października 2013 r. w *Collegium Medicum* w Bydgoszczy. Inspiracją do jego zorganizowania była zbliżająca się 20. rocznica powstania Poradni Stomijnej w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy.

Pomimo znaczących postępów w zakresie technik operacyjnych chirurgii kolorektalnej stomie jelitowe wyłaniane są w dalszym ciągu. Chorzy ze stomią zarówno w okresie okołoperacyjnym, jak i późnym okresie pooperacyjnym wymagają profesjonalnej opieki, edukacji i wsparcia. Z danych uzyskanych z Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy wynika, że liczba chorych odbierających wnioski na sprzęt stomijny od 5 lat wynosi niezmiennie ok. 2000 rocznie. Liczba ta jest wyraźnym potwierdzeniem potrzeby istnienia Poradni dla chorych ze stomią.

Zebranie było okazją do podziękowania osobom, które wiele lat temu przyczyniły się do powstania Poradni Stomijnej, oraz wspólnych wspomnień. W części naukowej zostały przedstawione bardzo ciekawe referaty:

- POL-ILKO – dr n. med. Krzysztof Tojek,
- *Zasady wyłaniania stomii jelitowej* – lek. med. Jacek Frasz,
- *Jakość życia osób ze stomią* – dr n. med. Katarzyna Cierznikowska,
- *Powikłania stomii* – dr n. med. Wojciech Szczęsny,
- *Stomia w chirurgii raka jelita grubego* – dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz.

W imieniu organizatorów wyrażamy serdeczne podziękowania za udział w zebraniu naukowym wszystkim zaproszonym gościom, pielęgniarcom, lekarzom, studentom, przedstawicielom współpracujących firm – producentom i dystrybutorom sprzętu stomijnego, oraz przedstawicielom organizacji POL-ILKO i wszystkim zainteresowanym tematyką stomii.

dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz
dr n. med. Katarzyna Cierznikowska
mgr Elżbieta Kozłowska

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej,
 Gastroenterologicznej,
 Kolorektalnej i Onkologicznej
 Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela

STRESZCZENIA WYKŁADÓW WYGŁOSZONYCH PODCZAS ZEBRANIA NAUKOWEGO „QUO VADIS STOMIO”

Polskie Towarzystwo Stomijne

Krzysztof Tojek, Zbigniew Banaszkiewicz, Arkadiusz Jawień

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej,
Kolorektalnej i Onkologicznej Katedry i Kliniki Chirurgii
Naczyniowej i Angiologii

Lekarz kierujący Oddziałem: dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień

Ruch stomijny został zapoczątkowany w Stanach Zjednoczonych i Danii w latach 50. XX w., kiedy to ludzie, którym przyszło żyć ze stomią, zaczęli się spotykać ze sobą i tworzyć grupy mające na celu wzajemne wspieranie się w całym nowym dla nich sytuacji życiowej. Niejednokrotnie operacja zakończona sukcesem w sensie medycznym stała się początkiem wielu cierpień i ograniczeń, a wyłoniona stomia bywała przyczyną dramatu życiowego. Zaczęły powstawać grupy samopomocowe, których inicjatorami były osoby ze stomią. W 1951 r. w Danii powstało Duńskie Towarzystwo Osób ze Stomią (COPA), natomiast w 1952 r. w Stanach Zjednoczonych pierwsza Poradnia Stomijna.

Prekursorem i ojcem ruchu stomijnego w Polsce był prof. dr hab. Roman Góral, który przez 13 lat kierował Kliniką Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Akademii Medycznej w Poznaniu. Profesor rozumiał ogrom problemów, z jakimi borykali się pacjenci. Dzięki niemu w 1981 r. powstała pierwsza w Polsce Poradnia Stomijna, a w grudniu 1987 r. powołano Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO (od 2008 r. Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO), którego został pierwszym prezesem.

Towarzystwo jest dobrowolnym, samorządnym i trwałym zrzeszeniem osób zainteresowanych celem i działalnością stowarzyszenia, a w szczególności osób niepełnosprawnych posiadających stomię. Dla osiągnięcia swoich celów statutowych Towarzystwo propaguje ideę niesienia pomocy i odpowiednio przygotowuje ochotników do udzielania tej pomocy osobom ze stomią i ich rodzinom.

Obecnie towarzystwo, z siedzibą w Poznaniu, liczy ok. 3500 członków, obejmuje swym zasięgiem cały kraj (20 ośrodków regionalnych oraz 4 kluby). Prezesem jest pan Andrzej Piwowarski z OR w Krakowie (2012–2016).

Jeden z ośrodków regionalnych, istniejący od 20 lat, ma siedzibę w Bydgoszczy w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2. Obecnie prezesem jest pan Jan Łosiakowski. Ośrodek skupia 51 członków, którzy spotykają się co 2 miesiące, wspierają się wzajemnie, wymieniają doświadczenia, biorą udział w konferencjach, szkoleniach i warsztatach prowadzonych przez lekarzy, pielęgniarki i psychologów, uczestniczą w krajowych spotkaniach i kongresach, współpracują z organizacjami i firmami związanymi ze środowiskiem stomijnym, zwiedzają wystawy i uczestniczą

w programach towarzyskich. Członkowie POL-ILKO wspierają także radą osoby oczekujące na operację na oddziałach chirurgicznych. Nadrzędnym celem działalności towarzystwa jest poprawa jakości życia osób ze stomią. Podczas jubileuszowego spotkania z okazji 20-lecia istnienia ośrodka najbardziej zasłużeni pacjenci zostali uhonorowani listami pochwalnymi. Jak sami przyznają, spotkania wśród swoich dają im siły do życia, aby wdrażać swoje motto:

Stomia to nie koniec świata! Ze stomią można żyć normalnie! O to walczymy w POL-ILKO!

Słowa kluczowe: stomia, POL-ILKO.

Zasady wyłaniania stomii jelitowej

Jacek Frasz

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej,
Kolorektalnej i Onkologicznej Katedry i Kliniki Chirurgii
Naczyniowej i Angiologii

Lekarz kierujący Oddziałem: dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień

Definicja: Celowo wykonane połączenie światła jelita z powierzchnią ciała.

Podział stomii jelitowych: Najczęściej stosujemy podział anatomiczny na stomie końcowe (jednolufowe) i boczne (dwulufowe, pętłowe) oraz czasowy na stomie definitywne i z możliwością ich likwidacji, a także podział funkcyjny na stomie karmiące i odbarczające. Niezależnie od powyższych podziałów stomie opisujemy lokalizacyjnie, wyróżniając: gastrostomie, duodenostomie, jejunostomie, ileostomie czy kolostomie.

Historia: Początkowo stomie powstawały wyłącznie z powodu urazów. Pierwsze opisy stomii jelitowej możemy odnaleźć w Starym Testamencie (Księga Sędziów 3: 21-22). W piśmiennictwie dostępny jest też opis żołnierza George'a Dappego ранego w bitwie pod Ramillies (1706), który żył 14 lat z pourazową kolostomią. Pierwszą celowo wykonaną kolostomię wyłonił William Cheselden u 73-letniej Margaret White z martwicą jelita w 1756 r., rok później Laurentius Heister wyłonił uszkodzoną urazowo część jelita w ranie. Pierwszą dwulufową kolostomię wyłonił w 1783 r. Benjamin Bell. Z 1793 r. pochodzi interesujący opis operacji trzydniowego noworodka z narośniętym odbytem przeprowadzonej przez Dureta z Brestu – chory dzięki wyłonionej stomii przeżył 45 lat. Duże zasługi w rozwoju nauki o stomiach ma polski chirurg Jan Mikulicz Radecki, który w 1903 r. przedstawił technikę dwuetapowego leczenia guzów jelita grubego z czasowym

wyłonieniem stomii (zastosowanie tej techniki obniżyło śmiertelność pooperacyjną z 50% do 12,5%. Współcześnie stosowane techniki operacyjne opublikowano w 1923 r. (Miles – brzuszno-kroczone odjęcie odbytnicy), 1931 r. (Hartmann) i 1952 r. (Brook – ileostomia). Obowiązujące do dziś kanony wyłaniania stomii opracowali Turnbull i Wealkey w 1967 r. („Atlas of intestinal stomas”), najważniejsze z nich to: prawidłowe umiejscowienie, odpowiedni kanał stomijny, przysycie krezki do ściany brzucha, wywinięcie i przysycie błony śluzowej do skóry, brak napięcia i dobre ukrwienie jelita.

Technika: Bardzo istotnym elementem jest prawidłowe wyznaczenie miejsca stomii. Powinni to zrobić wspólnie: pielęgniarka, chirurg i chory, w różnych pozycjach ciała, tak aby miejsce to było dobrze widoczne i dostępne dla samego chorego. Kanał stomijny powinien przebiegać pomiędzy włóknami mięśnia prostego brzucha, które stanowią swoisty mechanizm zastawkowy. W miejscu uprzednio wyznaczonym, poza raną, wycinamy okrężny otwór w skórze i tkance podskórnej, po zapewnieniu hemostazy wykonujemy krzyżowe nacięcie w powięzi mięśnia prostego brzucha oraz w otrzewnej (po rozwarstwieniu włókien mięśniowych). Przygotowane jelito przeprowadzamy starannie przez kanał stomijny, przyszywając kreskę jelita do otrzewnej ściennej, dodatkowo zakładając szwy pojedyncze otrzewnowo-powięziowe wokół jelita, tak aby je umocować i uniemożliwić jego skręcenia. Dalsze formowanie stomii przeprowadzamy po zamknięciu jamy brzusznej, jelito cienkie nacinamy poprzecznie, a jelito grube podłużnie, wzdłuż taśmy, wywijając ich brzegi za pomocą 3–4 szwów. Ostatnim etapem jest staranne założenie szwów pojedynczych śluzówkowo-skórnych o krótkim okresie wchłaniania i zabezpieczenie stomii przezrystym workiem z możliwością odpuszczania treści.

W piśmiennictwie można odnaleźć opisy innych, zwykle bardzo skomplikowanych technik wyłaniania stomii, np. metodę Kocka, Morejry, użycie neozwieraczy, które z uwagi na ich złożoność i duży odsetek powikłań nie znajdują szerszego zastosowania. Podczas planowania rodzaju stomii powinniśmy pamiętać o słowach wypowiedzianych przez Alberta Einsteina: *Wszystko powinno zostać uproszczone tak bardzo, jak to tylko możliwe, ale nie bardziej.*

Słowa kluczowe: ileostomia, kolostomia, zabieg chirurgiczny.

Powikłania stomii jelitowych

Wojciech Szczęsny

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii

Lekarz kierujący Oddziałem: dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień

Wytworzenie stomii jest i zapewne długo jeszcze będzie jedną z podstawowych metod stosowanych w chirurgii gastroenterologicznej. Jej umiejscowienie w powłokach brzucha oraz brak aparatu zwieraczowego decydują o nie-fizjologiczności, co samo w sobie implikuje powstawanie powikłań. Mogą one być w zależności od podziału wczesne lub późne, związane z techniką wykonania stomii (błąd chirurgiczny), obecnością stomii (miejscowe – alergiczne, zapalne czy wynikające z błędnej obsługi sprzętu; przepukliny okołostomijne i wypadanie stomii, zwężenie itp.), czy też metaboliczne, zwłaszcza w przypadku ileostomii. O ile wymienione wyżej stany leczą chirurdzy czy dermatolodzy, o tyle następną kategorią powikłań zajmują się psychologowie, psychiatry i seksuolodzy, gdyż dotyczy ona wymiaru duchowego, a także sfery intymnej po wyłonieniu stomii. Są to stany depresyjne, próby samobójcze czy zaburzenia obrazu własnego ciała i obniżenie samooceny poprzez obecność stomii.

W referacie poświęcono uwagę różnym aspektom powikłań stomii jelitowej ze zwróceniem uwagi na mechanizmy ich powstawania, a także możliwości leczenia. Są one niekiedy zaskakująco proste, czasami zaś, niestety, trudne, żmudne i nieprzynoszące oczekiwanych efektów, co stanowi problem dla pacjenta, jak również lekarza leczącego.

Słowa kluczowe: stomia, powikłania okołostomijne.

Stomia w chirurgii raka jelita grubego

Zbigniew Banaszkiewicz, Krzysztof Tojek, Arkadiusz Jawień

Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej, Kolorektalnej i Onkologicznej Katedry i Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii

Lekarz kierujący Oddziałem: dr n. med. Zbigniew Banaszkiewicz
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. Arkadiusz Jawień

Analizie retrospektywnej poddano 443 chorych po leczeniu operacyjnym z powodu pierwszorazowo rozpoznanego raka jelita grubego (RJG), u których jako element operacji wyłoniono stomię jelitową. W latach 1993–2013 operowano 1710 chorych z pierwszorazowo rozpoznany rakiem jelita grubego. Wiarygodną dokumentację medyczną uzyskano u 1378 (80,58%) chorych. Stomię jelitową wyłaniano znamienne częściej w pierwszym obserwowanym dziesięcioleciu (35,45% vs 29,62%), u chorych

z dużym zaawansowaniem RJG (58,47% vs 42,35%) i nieznacznie częściej u mężczyzn (34,43% vs 29,85%). W zależności od lokalizacji guza nowotworowego stomię jelitową wyłaniano z różną częstością. Najczęściej wyłaniano ją u chorych z guzem położonym w odbytnicy, a najrzadziej u chorych z guzem leżącym po prawej stronie okrężnicy. W grupie osób, u których wyłaniano stomię jelitową, znacznie częściej wykonywano zabiegi nieresekcyjne i nieradykalne. W ciągu 20 lat obserwacji operowano 230 chorych z RJG w trybie pilnym. W tej grupie chorych stomię jelitową wyłaniano znacznie częściej.

Liczba wykonywanych stomii jelitowych w leczeniu RJG powoli się zmniejsza, przede wszystkim dzięki wczesnemu wykrywaniu RJG i stosowaniu oszczędzających technik operacyjnych, ale globalnie liczba osób żyjących ze stomią rośnie w związku z coraz lepszym rokowaniem chorych na RJG i rosnącą liczbą osób z chorobami zapalnymi jelit leczonych operacyjnie.

Słowa kluczowe: rak jelita grubego, stomia.
