

# Stomia jako sposób na kontynencję? Tak, ale w ostateczności

Violetta Madeja



Fot. taniho - stock.adobe.com

Jednym ze sposobów pomocy pacjentom zmagającym się z nietrzymaniem moczu czy nietrzymaniem kału jest wyłonienie stomii. Eksperci zwracają jednak uwagę, że tak leczony pacjent powinien być wcześniej poddany innym metodom leczenia, a wyłonienie stomii powinno być ostatecznością.

Ilu stomików mamy w kraju? O dokładne i przede wszystkim aktualne liczby jest niezwykle trudno. Jak szacuje Dorota Kaniewska, prezes oddziału regionalnego POL-ILKO w Warszawie i jednocześnie wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO, w całym kraju żyje około 50 tys. stomików.

- Dawniej dane te były osobowo sprawozdawane przez NFZ. Teraz podawane są wyłącznie kwoty, jakie przeznaczane są na refundację wyrobów wykorzystywanych przez stomików - wyjaśnia Dorota Kaniewska. Jak dodaje, ostatecznie „twarde” dane, jakimi dysponuje, pochodzą z 2012 roku. Dziewięć lat temu wyłonioną kolonostomię miało mieć 35 377 pacjentów, ileostomię - 6270, a urostomię - 7394 pacjentów. - Rocznie w tych latach wykonywano 6-7 tys. zabiegów stomii jelitowych i około 1050 urostomii - wskazuje ekspertka. Głównym powo-

dem wyłaniania urostomii jest rak pęcherza moczowego. Dotyczy to blisko 90 proc. pacjentów z urostomią.

## Stomia okiem chirurga-urologa

Klinicyści wskazują, że tak jak różne przyczyny może mieć nietrzymanie moczu i stolca, tak i różny charakter mogą one przybierać i różnego leczenia wymagać. Jak wskazuje lek. med. Maciej Oszczudłowski z Kliniki Urologii CMKP im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, za każdym razem kluczem do właściwego postępowania terapeutycznego jest wnikliwa diagnostyka mająca na celu ocenę stopnia nasilenia objawów NTM lub NTK i różnicowanie dolegliwości. - W przypadku podwójnej inkontynencji konieczna jest konsultacja zarówno urologiczna, jak również proktologiczna - w celu określenia analogicznie do NTM charakteru nietrzymania stolca - mówi. Jednocześnie przyznaje, że w chirurgii urologicznej urostomię wyłania się niezwykle rzadko. - Zazwyczaj dotyczy to pacjentów onkologicznych, u których konieczne było usunięcie pęcherza moczowego. W przypadku nietrzymania moczu są to bardzo rzadkie i skrajne przypadki. Zazwyczaj decydujemy się na takie postępowanie w ostateczności - wskazuje urolog.

Przypomina, że złotym standardem w NTM jest rozpoczęcie od leczenia zachowawczego, możliwie najmniej

inwazyjnego. Prawidłowe postępowanie powinno zatem obejmować trening behawioralny, trening mięśni dna miednicy, a następnie leczenie farmakologiczne i zabiegowe. – *Natomiast bardziej inwazyjne, chirurgiczne metody leczenia, takie jak uzupełnienie pojemności pęcherza moczowego o fragment jelita, czy też wyłonienie urostomii, zdarzają się stosunkowo rzadko i najczęściej dotyczą chorych z różnymi dysfunkcjami neurogennymi pęcherza moczowego, u których funkcja gromadzenia moczu jest upośledzona i nie ma nadziei na jej przywrócenie* – dodaje Maciej Oszczudłowski. Zastrzega jednak, że zawsze będzie to ostatni etap leczenia.

### **Stomia okiem chirurga-proktologa**

Podobnego zdania jest prof. dr hab. Tomasz Banasiewicz, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Onkologii Gastroenterologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Według niego, w przypadku podwójnej inkontynencji niezwykle ważna staje się kompleksowa diagnostyka urologiczno-proktologiczna.

– *Dopiero zebranie dokładnego wywiadu otwiera nam drzwi do dalszego postępowania. Warto jednak pamiętać, że zanim sięgniemy po metody chirurgiczne, w tym również wyłonienie stomii, podstawową kwestią jest uruchomienie i poprawa wszystkich mechanizmów wpływających na inkontynencję, w tym również żywienie, które często jest pomijane, a jego rola w problemie nietrzymania stolca jest niezwykle ważna. Wprowadzenie pacjenta na ten optymalny poziom czynników wpływających na podwójną inkontynencję stanowi punkt wyjścia do działań operacyjnych* – przekonuje prof. Tomasz Banasiewicz.

Jak podkreśla, chcąc poddać pacjenta zabiegowi chirurgicznemu, musi mieć pewność, że postępowanie diagnostyczne zostało właściwie przeprowadzone. Jednocześnie przed zabiegiem konieczne jest przygotowanie samego pacjenta, który powinien być nie tylko świadomy, ale również gotowy do radzenia sobie ze stomią.

– *Wyłonienie stomii powinno nastąpić po wyczerpaniu się wszystkich innych metod leczenia, po dokładnej rozmowie z pacjentem i upewnieniu się, że rozumie on kwestie związane ze skutkami wyłonienia stomii oraz komfortem funkcjonowania ze stomią* – wskazuje specjalista proktolog.

Dotychczas w ośrodku prof. Banasiewicza wyłoniono urostomię z powodu inkontynencji u 7 pacjentów i – jak przekonuje szef ośrodka – wszyscy są zadowoleni, bo funkcjonują ze świadomością, że inne metody zostały wyczerpane i nie było innej możliwości. – *Stomia nie powinna być traktowana jako coś zupełnie negatywnego. Pacjent musi mieć świadomość, że jej wyłonienie nie było pójściem na łatwiznę* – podsumowuje nasz ekspert.

### **Higiena to podstawa!**

Oprócz świadomości dotyczącej celu wyłonienia stomii, pacjenci muszą nauczyć się właściwych nawyków, które

pozwolą im w sposób szczególny zadbać o higienę miejsca jej wyłonienia.

Jak wskazuje pielęgniarka stomijna Agnieszka Biskup, na co dzień pracująca w Klinice Chirurgii Ogólnej i Kolorrektalnej WAM-CSW, to, w jaki sposób dbać o miejsce wyłonienia, zależy m.in. od rodzaju stomii. – *Szkoląc pacjentów chcemy, by stosowali oni higienę najbardziej zbliżoną do tej stosowanej w przypadku tej części ciała, którą stomia zastępuje* – tłumaczy Agnieszka Biskup. Jej zdaniem, w przypadku inkontynencji niepoddającej się leczeniu, wyłonienie stomii daje pacjentom poczucie kontroli. W przypadku urostomii podstawą jest właściwe dopasowanie worka do wielkości wyłonionego otworu stomijnego i odpowiednie jego założenie – oczyszczenie miejsca, gdzie będzie znajdowało się mocowanie worka stomijnego. Kluczowym jest utrzymywanie miejsca w czystości i stosowanie specjalnie przygotowanych kremów, zasypek, czy płynów pielęgnacyjnych. W literaturze specjalistycznej wskazano, że prawidłowa urostomia powinna mieć kształt zbliżony do okrągłego, różowo-czerwony kolor i wystawać około 1-3 cm ponad powierzchnię skóry brzucha. Co więcej, powinna być lekko wilgotna, wydalać odpowiednią treść (mocz oraz śluz), a skóra wokół otworu stomijnego ma wyglądać jak w innych miejscach w obrębie brzucha.

### **Pacjenci przypominają o swoich potrzebach**

Jednak Dorota Kaniewska przyznaje, że dla osób ze stomią kwestie higieny to nie jedyne wyzwanie. – *Na co dzień muszą się one borykać z wieloma problemami, począwszy od źle wyłonionej stomii (przed operacją nie zostało wyznaczone miejsce stomii w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej), poprzez wystawianie pierwszego zlecenia na 3, 6 lub 12 miesięcy, a nie na 1 miesiąc* – wskazuje. Wyjaśnia również, że w pierwszych miesiącach od wyłonienia wygląd stomii będzie się zmieniał, chodzi zarówno o jego kształt, jak i wielkość. Nie bez znaczenia będzie również to, że pacjent będzie po zabiegu przybierać na wadze.

– *W efekcie sprzęt stomijny, który pacjent otrzymał na pierwsze zlecenie, można wyrzucić do kosza, a chory musi z własnych funduszy zakupić sprzęt, który aktualnie będzie pasował do jego stomii* – mówi Dorota Kaniewska. Problemem są również niewystarczające limity na sprzęt stomijny, które nie były waloryzowane od 2004 roku.

– *Obecnie pacjent z wyłonioną stomią odbiera w ramach limitu miesięcznego mniej niż 30 sztuk worków jednoczęściowych, czyli nie ma nawet jednego worka na dzień, nie mówiąc o środkach do pielęgnacji stomii, które musi dokupić już z własnej kieszeni. Środki do pielęgnacji skóry wokół stomii nie są żadnym „widzimisię”, ale są równoważne z workami stomijnymi i bez nich żaden stomik nie mógłby funkcjonować* – wskazuje Andrzej Piwowarski, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomijnego POL-ILKO.