



## **PROGRAM EDUKACYJNY**

**Dla pacjentów po zabiegu wylonienia stomii jelitowych**



## **Cel programu**

Przygotowanie pacjenta z wylonioną stomią do powrotu aktywności i sprawności w życiu codziennym oraz przygotowanie jego najbliższych lub opiekunów do współuczestniczenia w procesie powrotu do zdrowia po zabiegu.

## **Cele szczegółowe:**

### **Edukacja w zakresie:**

1. Pielęgnacji wylonionej stomii
2. Doboru odpowiedniego dla pacjenta sprzętu
3. Ewentualnej profilaktyki powikłań
4. Diety stosowanej przy wylonionej stomii

### **Metody dydaktyczne:**

- Pogadanka z pacjentem/rodziną/opiekunem
- Dyskusja z pacjentem/rodziną/opiekunem
- Pokaz opróżnienia, wymiany worka stomijnego
- Ćwiczenia wykonywania zmiany worka przez pacjenta/rodzinę/opiekna

### **Środki dydaktyczne:**

- ulotki
- oferty i próbki wyprawki ze sprzętem stomijnym
- broszury
- poradniki

## **1. Co to jest stomia?**

Stomia jest chirurgicznie wytworzonym połączeniem, zlokalizowanym pomiędzy światłem przewodu pokarmowego (jelitem cienkim, jelitem grubym, drogami żółciowymi lub moczowodem) z powierzchnią ciała, czyli skórą. Najprościej mówiąc, stomia polega na stworzeniu podczas zabiegu chirurgicznego ujścia, które przebiega przez powłoki brzuszne, łącząc nieprawidłowo działający narząd układu pokarmowego lub moczowego z powierzchnią zewnętrzną ciała, wyprowadzając na zewnątrz organizmu między innymi: niestrawione resztki pokarmu, mocz czy kał, do wymiennego woreczka, przytwierdzonego do zewnętrznej części stomii.

### **1.1 Rodzaje stomii**

#### **Stomia stała i czasowa**

Stomie możemy podzielić ze względu na długość okresu na jaki zostały wytworzone na ciele. Wg kryterium czasowego wyróżnia się dwa rodzaje: stomie stałe oraz czasowe.

**Stomia stała**, zwana też ostateczną lub definitywną, wykonywana jest w przypadku, kiedy plan leczenia nie przewiduje możliwości jej usunięcia w przyszłości, innymi słowy, stomię traktujemy jako stałą,



jeżeli nie ma technicznych możliwości odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po zakończeniu operacji podczas której została ona wytworzona.

Najczęstszymi przypadkami wykonywania stomii stałych są operacje polegające na całkowitym wycięciu jelita grubego z powodu chorób nowotworowych lub zaawansowanych chorób zapalnych jelita grubego. W przypadku, gdy z powodów nowotworowych konieczne jest usunięcie części jelita grubego lub odbytnicy, a stan zdrowia nie pozwala na odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego po operacji na powierzchni ciała wyłaniana jest kolostomia stała.

**Stomia czasowa**, jeżeli wykonana została jako pierwszy etap leczenia. W tak zaplanowanym planie leczenia, stomia jest likwidowana podczas jednego z przyszłych zabiegów operacyjnych. Przesłanką umożliwiającą wykonanie stomii czasowej jest możliwość odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego po przeprowadzeniu operacji stanowiącej powód wyłonienia stomii. Stomię czasową najczęściej wykonuje się w celu odbarczenia zespolenia krętniczno-odbytniczego oraz w przypadku potrzeby odbarczenia niepewnego zespolenia jelitowego przy leczeniu przetoki odbytniczo-pochwowej, odbytniczo-pęcherzowej lub innych zmian zapalnych w obrębie lewej części okrężnicy i odbytnicy.

### **Stomia jednolufowa i dwulufowa**

Możemy również dokonać klasyfikacji stomii ze względu na ich zakończenie i połączenie z powierzchnią ciała. Wyróżniamy wtedy stomie jednolufowe (końcowe) oraz stomie dwulufowe (boczne).

**Stomia jednolufowa** zwana też końcową, powstaje w wyniku wyprowadzenia na powierzchnię brzucha całego przekroju światła jednego odcinka jelita. Wyłaniania jest ona najczęściej w przypadku, gdy konieczne jest usunięcie części jelita grubego – na powierzchnię ciała wyłaniany jest pozostały fragment jelita, tworzący stomię jednolufową.

**Stomia dwulufowa** zwana również boczną, powstaje poprzez wyprowadzenie pętli jelita na powierzchnię ciała. Wyprowadzona pętla jest następnie nacinana, co skutkuje utworzeniem dwóch otworów stomijnych. Stomia dwulufowa jest zazwyczaj stomią czasową. Najczęściej jest wyłaniana w celu wygojenia jelita, którego część była miejscem stanu zapalnego lub niedrożności, oraz aby zapewnić ochronę jelitowego zespolenia chirurgicznego.

Ostatnie kryterium klasyfikujące stomie zależne jest od narządu, na którym została ona wykonana. W zależności od miejsca ich wytworzenia, stomie dzielą się na kolostomie, ileostomie oraz urostomie.

### **1.2 Co to jest kolostomia?**

**Kolostomia** jest stomią wytworzoną na jelicie grubym. Stanowi ona najczęściej występujący rodzaj stomii.

Kolostomię wykonuje się poprzez operacyjne wyprowadzenie światła jelita grubego na powierzchnię ciała, najczęściej w okolicach lewej strony brzucha poniżej pępka, chociaż jej lokalizacja może w rzadkich przypadkach znajdować się w innym miejscu. Kolostomia powinna wystawać ok. 1,1-1,5cm ponad skórę i mieć okrągły lub owalny kształt.

Przyczyną wyłonienia kolostomii jest konieczność usunięcia odbytnicy i/lub fragmentu jelita grubego, w których znajdował się nowotwór, stan zapalny, niedokrwienie lub niedrożność uniemożliwiający prawidłową pracę przewodu pokarmowego.



Konsystencja treści jelitowej uzależniona jest od miejsca wyłonienia kolostomii. Najczęściej jest ona podobna do normalnego stolca, jednak im dalsze jest położenie stomii od naturalnego odbytu, tym konsystencja może być luźniejsza.

### 1.3 Co to jest ileostomia?

**Ileostomia** jest stomią wytworzoną na jelicie cienkim. Stanowi ona drugi najczęściej występujący rodzaj stomii.

Ileostomię wykonuje się poprzez operacyjnej wyprowadzenie światła jelita cienkiego na powierzchnię ciała, najczęściej w okolicach prawej strony brzucha nieco poniżej pępka. Ileostomia powinna wystawać ok. 3-4cm ponad skórę i mieć okrągły lub owalny kształt.

Najczęstszą przyczyną wyłonienia ileostomii jest konieczność całkowitego usunięcia jelita grubego i odbytnicy wskutek zaostrzającego się przebiegu chorób Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, polipowatości rodzinnej lub chorób wrodzonych i genetycznych. Wskazaniem do wykonania ileostomii może być również konieczność usunięcia fragmentu jelita cienkiego z powodu choroby nowotworowej.

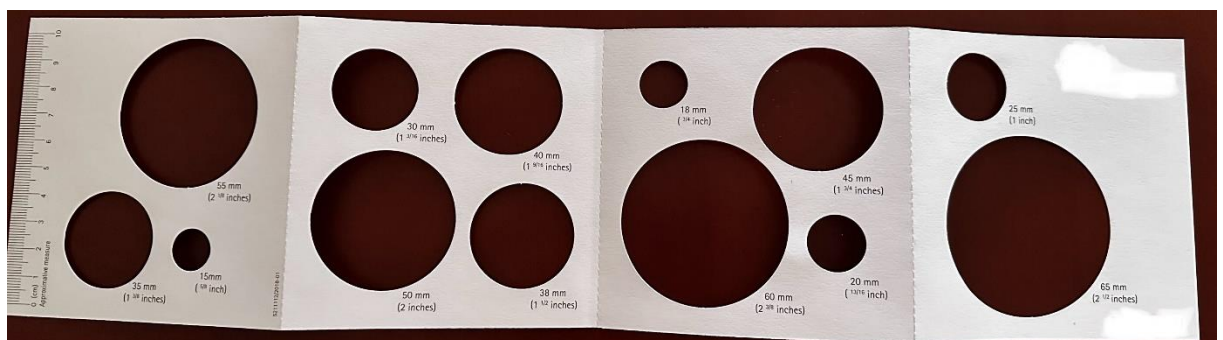
### 1.4 Co to jest urostomia?

**Urostomia** wykonywana jest najczęściej z powodu usunięcia pęcherza moczowego, gruczołu krokowego lub dróg rodnych. Operacja ta polega na połączeniu oby moczowodów ze ścianą brzucha w sposób bezpośredni lub poprzez wstawkę z jelita cienkiego. Powoduje to zmniejszenia zdolności magazynowania moczu oraz niekontrolowanemu jego wydalaniu przez pacjenta w sposób ciągły. Urostomia zaczyna swoje funkcjonowanie bezpośrednio po operacji. Dreny usadowione w urostomii powinny pozostać na okres 7 do 10 dni. Urostomia może być początkowo opuchnięta lecz w ciągu kilku tygodni po zabiegu częściowo się zmniejszy. Mocz początkowo może być krwisty, ale po 2-3 tygodniach jego kolor będzie stopniowo blednąć. Fragment jelita wykorzystywany do wytworzenia urostomii będzie nadal produkować śluz, tak jak się działa, gdy jeszcze działał jako część jelita. Ilość wydalanego przez urostomię śluzu może być różna – początkowo będzie obfita, a w miarę upływu czasu zmniejszy się, ale nie zniknie – jest to zjawisko normalne.

## 2. Pielęgnacja stomii

### Przygotowanie i pielęgnacja skóry wokół stomii:

1. Zmierz średnicę i kształt stomii wykorzystując do tego miarkę.



2. Po odrysowaniu wielkości i kształtu stomii, wytnij nożyczkami w przylepcu lub w płytce odpowiedni otwór. Kształt i rozmiar otworu powinien zostać dokładnie dopasowany do stomii.



3. W przypadku zabrudzenia skóry pozostałościami rozpuszczonego przylepca, treścią jelitową lub moczem, przeczyszc skórę wokół stomii. Do tego celu najlepiej nadawać będzie się ciepła woda z nieperfumowanym, szarym mydłem. Pamiętaj, aby do oczyszczenia skóry nie używać drażniących substancji takich jak np. spirytus, benzyna lub eter ponieważ środki te niszczą naturalne środowisko skóry, mogąc spowodować jej podrażnienie lub odparzenie.
4. Dokładnie osusz skórę wokół stomii – obecność wilgoci na skórze znacząco wpływa na pogorszenie przyczepności worków i płytek stomijnych. Pamiętaj o zachowaniu ostrożności, aby nie urazić stomii rącznikiem, paznokciem lub ostrym przedmiotem podczas wycierania.
5. Przed przyklejeniem sprzętu stomijnego polecane jest użycie płynu ochronnego w formie wygodnych w użyciu aplikatorów piankowych. Płyn ochronny zwiększa właściwości przyczepne przylepca oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia odparzeń w przypadku kontaktu treści jelitowej lub moczu ze skórą w trakcie noszenia worka.



### Założenie i wymiana worka jednoczęściowego

1. Zdejmij plastikowy dystanser znajdujący pod przylepcem, który oddziela warstwę przylepną od materiału tkaninowego na czas przechowywania worka w opakowaniu.
2. Przed założeniem worka, warto delikatnie rozgrzać jego przylepiec np. poprzez potrzymanie go pomiędzy dłońmi. Hydrokolidowy materiał, z którego wykonany jest przylepiec, pod wpływem ciepła stanie się bardziej elastyczny, a warstwa klejąca przylepca lepiej dopasuje się do skóry, co w konsekwencji przełoży się na dłuższy czas utrzymania worka na ciele.
3. Odklej folię zabezpieczającą przylepiec i zacznij przyklejać go do ciała, umieszczając otwór przylepca wokół stomii. Przyklejaj część przylepną worka zaczynając od dołu i dociskaj ją ku górze. Po przyklejeniu całego przylepca, ponownie dociśnij palcami całą powierzchnię przylepca i upewnij się, że przylega on szczelnie do skóry.
4. Worki jednoczęściowe powinny być zmieniane w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta. Worki zamknięte należy zmienić w przypadku ich napełnienia treścią jelitową, natomiast worki otwarte (odpuszczalne) lub urostomijne (z silikonowym kranikiem) mogą być opróżnione bez konieczności ich odklejenia od skóry.



5. Aby zdjąć worek jednoczęściowy, należy delikatnie odkleić jego przylepiec od skóry wokół stomii. Odklejanie zacznij od górnej części przylepca, a następnie przytrzymując skórę powyżej przylepca drugą ręką, kontynuuj aż do czasu całkowitego odklejenia warstwy przylepnej worka od ciała.
6. Zużyty worek wyrzucić wraz z normalnymi odpadami gospodarstwa domowego – nie należy wyrzucać go do toalety.



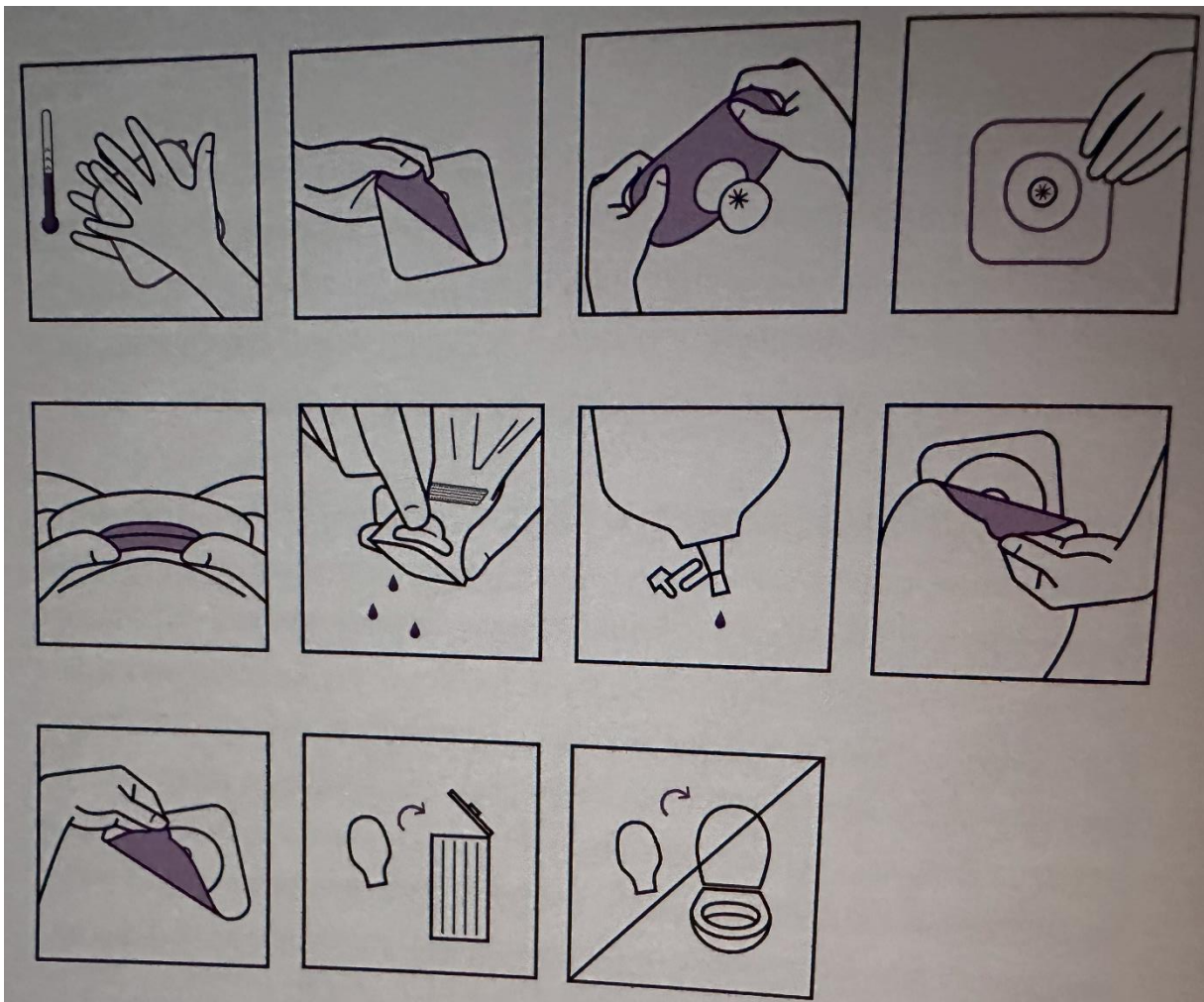
#### **Założenie i wymiana płytki wraz z workiem w systemie dwuczęściowym:**

1. Przed przyklejeniem płytki do ciała warto ją delikatnie rozgrzać, np. trzymając ją między dłońmi. Hydrokoloidowy materiał, z którego wykonana jest płytka, pod wpływem ciepła stanie się bardziej elastyczny, a warstwa klejąca lepiej dopasuje się do skóry, co przełoży się na czas jej utrzymania na ciele.
2. Odklej folię zabezpieczającą część przylepną płytki i zacznij przyklejać ją do ciała. Pamiętaj, aby stomia znalazła się w centralnie wyciętym otworze płytki. Przyklejaj część przylepną płytki zaczynając od dołu i dociskaj ją ku górze. Po przyklejeniu płytki, ponownie dociśnij palcami jej całą powierzchnię przylepną i upewnij się, że przylega ona szczelnie do skóry.
3. Po założeniu płytki do ciała, pora na podłączenie do niej worka. Dopięcie worka odbywa się poprzez delikatne dociśnięcie plastikowego pierścienia worka do pierścienia płytki stomijnej. Płytki wyposażone są w specjalny kołnierz umożliwiający bezuciskowe podłączenie worka dwuczęściowego do płytki stomijnej. Plastikowy pierścień znajduje się na końcu specjalnego kołnierza, który po odciągnięciu tworzy wolną przestrzeń pomiędzy pierścieniem, a



przyklepcem płytki. Tak powstała przestrzeń pozwala na włożenie w nią palców obu dłoni i zmotoryzowanie w pełni wywieranego przez pierścień worka nacisku na płytkę stomijną i znajdujące się pod nią ciało.

4. Płytkę powinna utrzymywać się na ciele przez kilka dni. Worki dwuczęściowe powinny być zmieniane w zależności od indywidualnych potrzeb bez konieczności odklejania płytki od ciała.
5. Aby zdjąć worek dwuczęściowy, należy delikatnie pociągnąć za specjalną zakładkę znajdującą się przy plastikowym pierścieniu aż do czasu odczepienia worka od plastikowego pierścienia płytki stomijnej.
6. Po kilku dniach noszenia, należy zdjąć płytkę stomijną poprzez delikatne jej odklejenie od skóry. Odklejanie zacznij od góry płytki, przytrzymując skórę powyżej płytki drugą ręką.
7. Zużyty worek lub płytkę wyrzucić wraz z normalnymi odpadami gospodarstwa domowego – nie należy wyrzucać ich do toalety.



### 3. Dieta po wyłonieniu stomii

#### 3.1 Dieta dla pacjentów z kolostomią i ileostomią



Jedz to co Ci smakuje – ograniczając tłuste (z wyjątkiem ryb) i słodkie potrawy. Upewnij się, że Twoja dieta zawiera odpowiednią ilość witamin i składników mineralnych. Jedz wolno, w regularnych odstępach czasowych i dokładnie przeżuвай pokarm.

Zaraz po wyjściu ze szpitala zadbaj o lekkostrawną dietę – wprowadzając stopniowo nowe produkty w kilkudniowych odstępach.

Spożywaj dużą (min. 2-2,5l) ilość płynów (unikaj: napojów słodkich powodujących nadwagę i otyłość oraz napojów gazowanych powodujących wzdęcia i zgagę). Napoje słodzone i gazowane zwiększają fermentację jelitową i mogą powodować biegunki.

Należy spożywać zwiększoną ilość płynów w czasie biegunek, gorączki lub podczas letnich upałów, a także przy zwiększonym wysiłku fizycznym. W przypadku pacjentów z ileostomią zaleca się picie większej ilości płynów ze względu na stały wyciek dużej ilości płynnej treści i zwiększone zapotrzebowanie na płyny i elektrolity.

Pamiętaj, że stomia nie zapewnia kontroli nad wydalaniem gazów – dlatego warto wiedzieć, że są produkty, które powodują ich dużą produkcję – np. groch, fasola, kalafior, kapusta, brokuły, brukselka, szpinak, słodka kukurydza, morele, banany, ogórki, cebula, czosnek, grzyby, jajka, woda gazowana, piwo, ostre przyprawy.

Włącz do swojej diety produkty:

- Z dużą zawartością błonnika, który zapobiega zaparciom np. chleb pełnoziarnisty, płatki śniadaniowe, grube kasze, owoce, warzywa;
- Produkty zawierające białko.
- Produkty zawierające bakterie probiotyczne.

### **3.2 Dieta dla pacjentów z wylonioną urostomią**

W celu zagwarantowania prawidłowego funkcjonowania Twojej urostomii, w codziennej diecie staraj się przestrzegać poniższych zaleceń:

- Pij co najmniej 2 litry płynów na dobę, by nie dopuścić do zagęszczenia moczu (zwiększenie ryzyka powstania kamieni moczowych oraz negatywny wpływ na drożność cewników).
- Ogranicz spożycie szczawianów oraz czerwonego mięsa – sprzyjają powstawaniu kamicy.
- Kontroluj wapń w diecie – nadmiar powoduje ryzyko kamicy, niedobór jest przyczyną osteoporozy.
- Ogranicz ilość soli ze względu na ryzyko rozwoju choroby nadciśnieniowej, zwłaszcza u osób starszych.
- Wprowadź dietę alkalinizującą mocz – produkty mleczne, marchew, sałata, buraki, seler, orzechy, kalafior, alkaliczne wody mineralne.
- Uwzględnij w diecie pokarmy obniżające pH moczu takie jak jaja, drób, ryby, mięso, produkty zbożowe, sery, śliwki, borówki, żurawina, rodzynki.
- Alkohol można spożywać jedynie w małych ilościach.

## **4. Epidemiologia**

Szacuje się, że w Polsce żyje około 50 tys. osób z wylonioną stomią, co stanowi ponad 1% populacji. To duża liczba – stomię ma więcej niż co setny Polak. Warto podkreślić, że sprzęt aktualnie stosowany do zabezpieczania i pielęgnowania stomii jest bardzo zaawansowany, często jednorazowy. W efekcie





możemy nawet nie mieć świadomości, że „obok” żyje osoba ze stomią, bo w żadnym stopniu nie wpływa ona na codzienne funkcjonowanie.

## 5. Przygotowanie miejsca stomii

Przygotowanie pacjenta do wyłonienia stomii jest procesem złożonym. Obejmuje zarówno przygotowanie psychologiczne, chirurgiczne jak i pielęgniarstwo. Jednym z najważniejszych momentów przygotowania pacjenta do zabiegu chirurgicznego jest wyznaczenie miejsca przyszłej stomii. Niewłaściwie zlokalizowanie stomii może uniemożliwić choremu prawidłowe jej zabezpieczenie sprzętem stomijnym, a co za tym idzie – może prowadzić do stanów zapalnych skóry wokół stomii. Najczęściej miejsce stomii wyznacza się dzień przed zabiegiem chirurgicznym w szpitalu. Pacjent musi być poinformowany przez lekarza prowadzącego o tym, że w trakcie zabiegu może być wyłonią stomia i musi wyrazić zgodę.

Wyznaczenie miejsca stomii polega na właściwej ocenie brzucha pacjenta w trzech pozycjach: leżącej, stojącej i siedzącej. Optymalne warunki na brzuchu dla przyszłej stomii to:

- gładka powierzchnia brzucha,
- miejsce widoczne dla pacjenta,
- miejsce w linii poniżej lub powyżej pasa,
- miejsce w przebiegu mięśnia prostego brzucha.

Ponadto przy wyborze miejsca przyszłej stomii należy uwzględnić, że stomia:

- musi być oddalona od cięcia operacyjnego ok. 4-5cm,
- nie może znajdować się w talii,
- powinna znajdować się w oddaleniu od kości biodrowej,
- nie może być wyłonią w fałdach i wybrzuszeniach,
- musi znaleźć się daleko od poprzednich blizn,
- nie może znajdować się w pachwinach,
- powinna być daleko od aktualnych przetok i miejsca drenażu,
- nie powinna być wyłanią pod obwisłym biustem,
- nie może znajdować się na obszarach z problemami skórnymi, np. łuszczycą,
- nie może znajdować się na obszarach, w których widoczna jest utrata masy ciała,
- nie powinna być wyłanią we wszystkich innych miejscach, gdzie nie może być dobrze zaopatrzona.

Problemy, jakie mogą wynikać ze źle zlokalizowanej stomii, są następujące:

- pacjent nie będzie w stanie zobaczyć swojej stomii i przygotować się do samoopieki,
- wycieki treści jelitowej pod sprzęt stomijny powodujące zapalenie skóry,
- powstanie przepukliny okołostomijnej,



- dyskomfort psychiczny dla pacjenta.

## 6. Kryteria oceny stomii po zabiegu

1. Miejsce stomii i jej wygląd – idealnie wyprowadzona stomia powinna znajdować się gładkiej powierzchni brzucha, być okrągła, jędrna, podobna do różowego pąka: ujście jelita powinno się znajdować w centrum stomii.
2. Śluzówka stomii – jej kolor i wilgotność:
  - czerwona i wilgotna – zdrowa, normalna,
  - bladoróżowa – anemia, niski poziom hemoglobiny,
  - błyszcząca, zbyt napięta – zaparcie stolca,
  - wysuszona, purpurowa, czarna – niedokrwienie, martwica,
  - czarny kolor – długie używanie środków rozwalniających,
  - wczesnooperacyjny obrzęk – stan normalny.
3. Połączenie śluzówkowo-skórne – szwy w miejscu połączenia śluzówki ze skórą dobrze trzymają, nie ma odczynu zapalnego.
4. Stan skóry wokół stomii – skóra prawidłowa powinna być czysta, sucha, dobrze napięta, bez zmian chorobowych, nie powinna się różnić od pozostałej skóry brzucha.
5. Obecność stolca i gazów – wydzielina ze stomii zależy od jej typu oraz od tego, z jakiej części jelita jest wyprowadzana; przy ileostomii stolec powinien się pojawić już w pierwszej dobie zabiegu, przy kolostomii później.
6. Wysokość i kształt stomii – prawidłowa wysokość stomii ułatwia pielęgnację i powinna wynosić: kolostomia 0,5-1cm, ileostomia 1,5-2cm.

**Drogi pacjencie, pamiętaj że w razie wystąpienia jakiegokolwiek niepokojącej Cię sytuacji skontaktuj się z pracownikami personelu Kliniki Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.**