

Mag. dr. Pavle Košorok  
KC — kirurška gastroenterološka klinika  
v Ljubljani

## Nega bolnika z ileo in kolostomo\*

UDK 616.348-089.86-083+  
616.344-089.86-038

**IZVLEČEK.** *Stoma je nova (umetna) odprtina, narejena za iztok črevesne vsebine. Imamo več vrst stom: začasne, trajne, končne ali na vijugi. Tudi izločanje je zaradi dolžine odstranjenega črevesa različno. Lego stome izberemo že pred operacijo in jo preizkusimo v različnih položajih.*

*Bolnika moramo pripraviti na operacijo: obrazložimo mu nujnost operacije, okrevanje in možnosti rehabilitacije. Pri tem sodeluje zdravnik, medicinska sestra in po možnosti še rehabilitirani bolnik. Pomembno je stopnjevanje bolnikovega sodelovanja za čimprejšnjo samostojno nego; o negi stome poučimo tudi starše oziroma bolnikove svojce. Bolnika spremljamo v stoma ambulanti — odkrivamo komplikacije in ga seznanimo s potrebnimi novostmi iz nege.*

**CARE OF PATIENTS WITH ILEO-AND COLOSTOMA.** *Stoma is an artificial surgically created opening through which bowel contents are discharged. The stomas used may be either temporary, permanent or terminal or stomas of the loop. Discharge varies with the length of the bowel portion removed. Stoma location is determined preoperatively and tested in bowel portion removed. Stoma location is various positions. Prior to surgery the patient should be given both by a doctor, nurse and, if possible, one who has effectively managed his own stoma for years. The patient should be gradually instructed how to become independent in managing his stoma the soonest possible. His family must be acquainted with the stoma hygiene too. The patient is followed in a stoma clinic, where any possible sequelae are detected and he is told of the last advances in the stoma management.*

Stoma je umetna odprtina, narejena za iztok črevesne vsebine.

Operiramo navadno zato, da sprostimo zaporo v prebavilih ali naredimo novo odprtino za izločanje potem, ko je bil odstranjen večji ali manjši del črevesa.

V kirurgiji trebušnih organov se srečujemo z ileostomo (stoma na tankem črevesu) in s stomami na debelem črevesu. Ozko povezane s temi stomami so tudi stome na sečnih izvodilih.

Napačno je pojmovanje, da je vsak bolnik s stomo že bolnik z rakom. To pojmovanje vzbuja strah in bolnika dodatno psihično obremenjuje.

---

\* O nekaterih novostih iz nege stom in o delu »enterostomalnega terapevta« (ZDA) poroča tudi višja medicinska sestra Metka Foltn v rubriki »novosti — izkušnje — pobude« — stran 77.

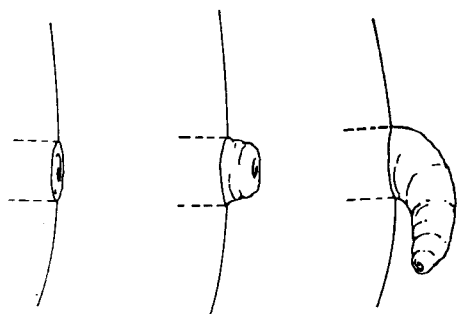
Stomo zahtevajo številne bolezni: divertikuloza, megakolon, ulcerozni kolitis, Crohnova bolezen debelega in tankega črevesa, nevrogene okvare izločanja urina, polipoza debelega črevesa, poškodbe črevesa ter končno rak na mehurju, maternici in debelem črevesu.

Nepoučenemu se zdijo vse stome enake. Če hočemo bolnika pravilno negovati, moramo poznati delovanje črevesa in različne vrste odprtin. O tem mora biti pravilno poučen tudi bolnik. Bolnik s stomo, ki se je ni naučil negovati, in ki nima učinkovitega in dobro izbranega pripomočka, je prav tak invalid kot amputiranec brez proteze. Pravilno rehabilitirana pa imata oba enake možnosti za normalno življenje.

## VRSTE STOM IN NJIHOVO DELOVANJE

Poleg razlike med črevesno in sečno stomo se zelo razlikujejo tudi same črevesne stome.

Stoma je narejena z izpeljavo konca črevesa ali z izpeljavo črevesne vijuge skozi trebušno steno in ponovnim izginotjem vijuge v trebušno votlino. Velikost stome variira od bolnika do bolnika. Stome so lahko trajne ali začasne.

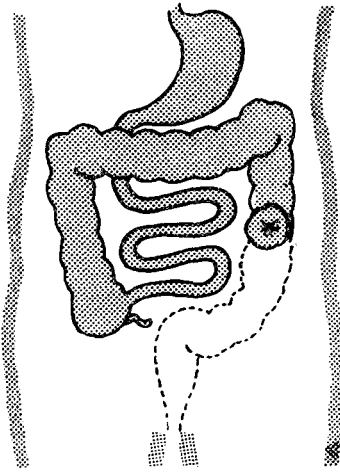


*Različne oblike stom: ploska, zmerno izbočena, viseča stoma*

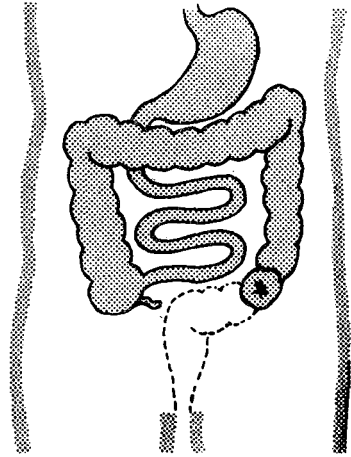
Stoma, ki jo srečamo najpogosteje je **kolostoma**. To je nova odprtina za debelo črevo. Debelo črevo je rezervoar blata in organ, ki absorbira vodo. Konsistenca blata, ki se izloča skozi stomo, je torej v veliki meri odvisna od tega, kolikšen del črevesa je bil odstranjen. Vsebuje tudi različno količino encimov, ki lahko okvarijo kožo. Tudi tehnika nege kolostome je odvisna od tega, ali stoma zajema descendentni, trasverzalni ali ascendentni kolon.

**Descendentno ali sigmoidno kolostomijo** naredimo, kadar je bolezen omejena na končni del debelega črevesa ali danko. Ta stoma je lahko končna, tako da je ostali del črevesa izrezan, ali pa je na sigmoidni vijugi, kjer se ostali del črevesa nadaljuje do danke in ga ne izrežemo. Leži na levi strani spodnjega dela trebuha. Izloček te, tako imenovane suhe kolostomije je podoben normalnemu iztrebljanju in ga je navadno možno kontrolirati že s samo dieto.

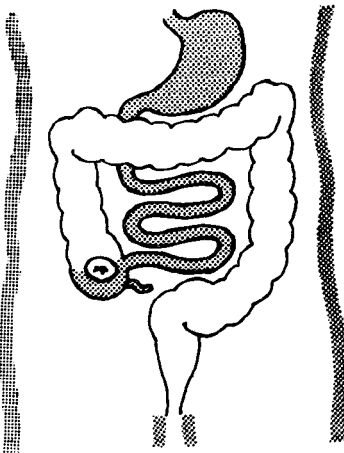
**Ascendentna kolostomija** je zelo podobna **cekostomiji**, kjer je stomalna odprtina v cekumu. Izloček je skoraj tekoč in navadno stalno izteka tako kot pri ileostomi. Vsebuje prebavne encime, ki dražijo kožo. Ascendentne kolostomije



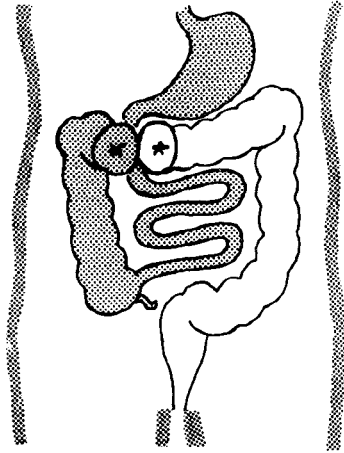
ODSTRANJENI  
DEL ČREVESA



*Descendentna terminalna stoma, sigmostoma*



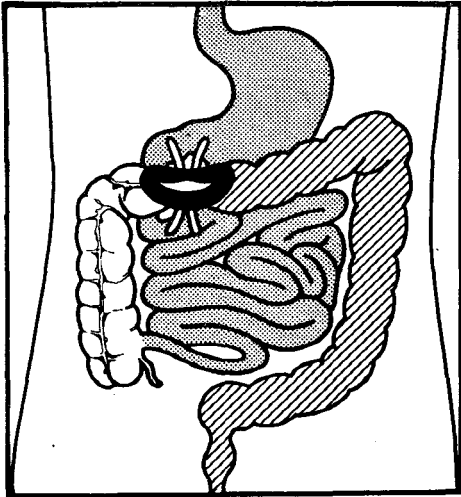
IZKLJUČENI  
DEL ČREVESA



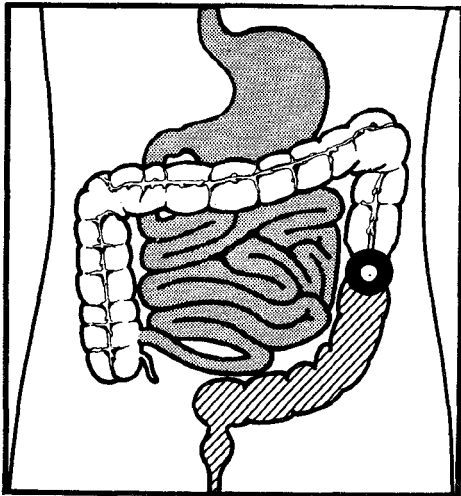
*Razbremenilne stome — začasne ali trajne — cekostoma, transverzostoma*

oziroma cekostomije ni možno oskrbovati na enak način kot descendentne in sigmoidne kolostomije.

**Stoma v obliki zanke** je posebna oblika, ki jo srečamo v kirurgiji debelega črevesa. Narejena je v predelu transverzalnega kolona ali sigme. S to metodo trajno ali začasno izključimo prizadeti del črevesa. Namesto, da bi črevo povsem prerezali kot pri navadni kolostomiji ali ileostomiji, pri tej metodi izpeljemo skozi kožo le črevesno vijugo. Na ta način omogočimo sorazmerno enostavno praznje-

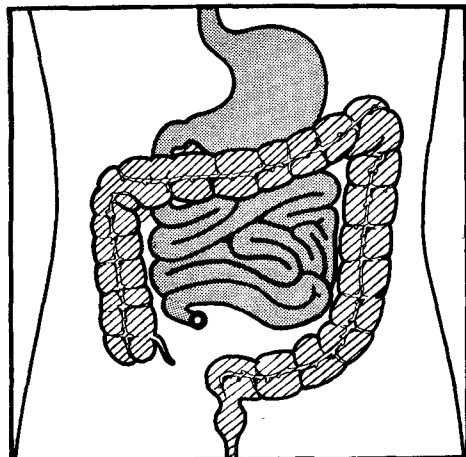


*Transverzalna kolostomija na vijugi s podpornim mostičkom (črtkani del je izključen iz funkcije)*



*Končna descendantna kolostomija — anus praeter je trajen (črtkani del je odstranjen)*

nje črevesa, medtem, ko se oboleli del zdravi. Tako izpeljano zanko podpremo s plastičnim mostičkom ali drugim pripomočkom, ki ga vstavimo pod črevesno vijugo. Črevesna vsebina se prazni skozi odprtino na zunanji površini zanke. Takšno začasno stomo lahko naredimo za 10 dni do 10 mesecev, lahko pa je tudi stalna. Pogosto je to nujen poseg, ki mu sledi večja operacija, ko se bolnikovo stanje izboljša. Izloček transverzalne kolostomije ni trd, kot je izloček descendantne oziroma sigmoidne kolostomije. Zaradi različne količine encimov lahko izloček kožo draži ali pa tudi ne.



*Trajna ileostoma — debelo črevo je v celoti odstranjeno*

**Ileostomo** navadno naredimo pri bolnikih z ulceroznim kolitisom, boleznijo, katere žrtve so zlasti mladi, aktivni ljudje ali mladostniki. Ileostoma je oblikovana iz ileuma, to je dela tankega črevesa, ki se izprazni v kolon. Pri tem posegu ne ostane nič debelega črevesa, ki bi posrkalo vodo in oblikovalo blato, tako da je izloček vedno tekoč ali v najboljšem primeru poltrda pasta. Važno je tudi, da izloček vsebuje precej prebavnih encimov, ki izredno dražijo kožo. Ileostoma je daljša kot tipična kolostoma, in sicer zato, da odprtina stome sega dlje v odprtino vrečke in usmerja izloček navzdol, stran od kože.

## **PRIPRAVA BOLNIKA NA OPERACIJO**

Da se bo bolnik po ozdravitvi lažje ponovno vključil v normalno življenje, mu moramo razložiti: kaj je stoma, kakšna je in kako deluje. Pojasniti mu moramo tudi razloge za operacijo. Neznanje rodi strah, ki je gotovo naš največji sovražnik, ker odvrča bolnika od sodelovanja.

Že pred operacijo mora bolnik poznati vse pripomočke za svojo bodočo invalidnost, kot pozna invalid svojo protezo: vrečke za enkratno uporabo, vrečke na izpus, podloge in zaščitna sredstva za nego kože. Vrečke so različnih barv in vzorcev, imajo prevleko, ki skriva črevesno vsebino; možno je uporabljati tudi deodorante in razna lepila. Bolnik mora vedeti, da je ravnanje z vsemi naštetimi sredstvi preprosto. Operacija je za bolnika uspešna, če je stoma dobra, na pravem mestu in jo je lahko negovati. Bolnika ne zanimajo najrazličnejši posegi v trebuhu. On vidi le končni rezultat — svojo stomo. Kirurg mora zbuditi zaupanje bolnika. Mirno in ne prehitro naj mu razloži vse o predlagani operaciji in o vzrokih, zakaj jo svetuje. Bolnik mora razumeti vse, kar mu pove. To pa zahteva včasih še en ali dva nadaljna pogovora, kajti prestrašen in zaskrbljen bolnik je sposoben dojeti le posamezne dele pogovora, v katerem mu zdravnik pojasni njegovo prihodnost. Razumeti mora, da bo njegovo bodoče življenje s stalno stomo normalno, da bo lahko nadaljeval s svojim prejšnjim poklicem in normalnim družabnim življenjem.

Poleg kirurgovega pojasnila je priporočljivo, da bi se bolnik pogovoril tudi z enim izmed bolnikov, ki že imajo kolostomo oziroma ileostomo. Tak **bolnik-svetovalec** naj bi bil istega spola kot bolnik in po možnosti istih let in socialnega porekla. Tak svetovalec oziroma ozdravljenec naj se ne bi spuščal v klinično razlago, temveč naj bi utrdil bolnikovo sodelovanje.

### **Izbira lege stome in operacija**

Da bi imel bolnik z nego čim manj težav, je zelo pomembna pravilno izbrana lega stome, in sicer že pred operacijo, ko imamo možnost preizkusiti izbrano lego v različnih položajih. Slabo izbrana lega in slabo oblikovana stoma lahko zasenčita uspeh še tako dobro opravljene operacije.

Tako se »prava nega« (narekovaje je dodalo uredništvo!) začne že s kirurškim oblikovanjem stome. Kirurg, ki se ni potrudil, da bi naredil dobro stomo ali pa je zaradi neizkušenosti ni znal narediti, je že vnaprej povzročil bolniku številne težave, ki jih bo morda lahko popravila le ponovna operacija.

Kirurg, ki se ukvarja z oblikovanjem stome, ne sme pozabiti, da je lahko operacija tehnično še tako popolna, vendar bo za bolnika uspešna le takrat, če mu stoma ne bo delala težav pri negi. Navadno je oblikovanje stome zadnji del dolge operacije; ta pa je za bolnika najpomembnejši.

Po končani operaciji naj bolnik takoj dobi dobro zbiralno vrečko, ki naj ostane na operiranem mestu čim dlje, tako da se bo rana lahko celila. Priporočljive so vrečke s stalno podlogo (karaja) ali vrečke z izpustom. Tako odpade odvečno in pogosto menjavanje vrečk, ki je zaradi sveže rane boleče. Prve dni po operaciji je tako bolniku prihranjen stik s stomo, ki mu je prej zbujala strah. To je čas, ko bolnik spet dobiva zaupanje vase in samozavest. Kirurg naj se zanaša zanj, medicinske sestre pa naj mu pomgajo pri previjanju. Spodbujajo naj ga, da bo pri previjanju sodeloval. Sodelovati naj začne čimprej, kajti **le samostojen bolnik je rehabilitiran bolnik.**

### **POOPERATIVNA NEGA BOLNIKA**

Bolnik potrebuje stalno spodbudo, da bo sprejel in negoval stomo. Težave teh bolnikov prav gotovo niso izmišljene. 46 odstotkov jih ima eno ali dve iztrebljanji na dan. 46 odstotkov ima stalno diarejo ali več kot 5 iztrebljanj na dan. Manj kot polovica bolnikov lahko uživa normalno hrano. Četrtnina vseh bolnikov trpi zaradi depresije. Kot je pričakovati, je zaradi obsežnosti posega 49 odstotkov moških impotentnih. Veliko bolnikov postane socialno izoliranih.

Začetne težave, kot npr. velika količina iztrebkov ileostome ali diareja pri kolostomijah, ki se vselej pojavlja v zgodnjem pooperativnem obdobju, povzročajo različne reakcije bolnika, vključno z vznemirjenostjo, obupavanjem, celo s psihološkim zanikanjem stome.

Že na vsem začetku je treba bolnika uvajati in opogumljati, da prevzame nego stome. Začetni program naj bo vedno enostaven. Ni slabšega za bolnika kot

nasprotujoči si nasveti o dieti, vrstah lepilnih sredstev, o negi kože in drugem. Priporočljivo je, da se z nego stome ukvarja »posebna medicinska sestra« (narekovaj je dodalo uredništvo!), ki je o možnostih nege poučena, ima pregled nad vso bolnikovo problematiko in zna bolnika čimprej pritegniti k sodelovanju (avtorjevo mnenje! — op. uredništva).

Uporaba sredstev za nego zahteva posebna pojasnila. Trenutno so na trgu različni vzorci za ileostome in kolostome. Izbira je postala tako velika, da ji tudi najbolj izkušeni kirurg ali medicinska sestra ne moreta slediti. Vendar je potrebno pri tem vztrajati, da bi lahko bolnike seznanjali z napredkom na tem področju.

Kdor se ukvarja z nego ileo in kolostomo, bo opazil veliko razliko med dvema glavnima skupinama bolnikov. Skoraj vsi bolniki z ileostomo so predhodno zelo bolni zaradi ulcerozega kolitisa ali drugega dolgotrajnega obolenja. Pogosto iztrebljajo, izgubljajo veliko tekočine in soli ter imajo pogoste in hude bolečine.

Ponovno dobro počutje po operaciji debelega črevesa vlije bolniku zaupanje v uspeh operacije. Zaradi ileostome veliko težav lažje prenašajo, kot pa stanje pred operacijo. Nasprotno pa pri bolniku z rakom bolezni pred operacijo ni huda. Tako bolnik ne more razumeti, zakaj od njega zahtevamo tako obsežen poseg in je po operaciji njegovo sodelovanje slabše. Ti bolniki so navadno tudi starejši od bolnikov z ileostomo, ki so se že zaradi mladosti bolj pripravljani spoprijeti z novim načinom življenja.

Vsak kirurg, ki se ukvarja z oblikovanjem stalne kolostome in ileostome, mora razumeti, da ni osebno odgovoren samo za pripravo na operacijo, ampak tudi za kasnejše kontroliranje bolnika. Tega ni mogoče preložiti na mlajše zdravnike, ki ne morejo zagotoviti življenske kontinuitete, niti nimajo dovolj izkušenj, da bi si pridobili in ohranili bolnikovo zaupanje. Zato je zelo priporočljivo, da v stoma ambulanti poleg medicinske sestre sodeluje tudi kirurg.

### **Vrste pripomočkov za nego**

Osnovni pripomoček bolnika s stomo so zbiralne vrečke za blato, ki izteka skozi novo nastalo odprtino v trebušni steni. Poznati moramo vse pripomočke, da bomo znali bolniku svetovati in ga naučiti ravnanja z njimi, saj bo moral tudi sam uporabljati ta sredstva.

Najbolj razširjena je uporaba **zaprtih samolepilnih plastičnih vrečk**. Te vrečke so prozorne, motne, vzorčaste. Novejše so izdelane iz plastike, ki ne prepušča plinov, ali pa imajo vdelan poseben filter, ki prepušča pline, hkrati pa zadržuje smrad. Ko se napolnijo, jih zavržemo.

**Samolepilne vrečke z izpustom** (drenažne) dobimo v enakih izvedbah. Njihova prednost je v tem, da jih ni treba tako pogosto menjavati. S tem varujemo kožo. Primerne so za nego ileostome ali v kombinaciji s podlogami za nego fistul, pooperativno nego vseh stom, zlasti še velikih stom na čreveni vijugi.

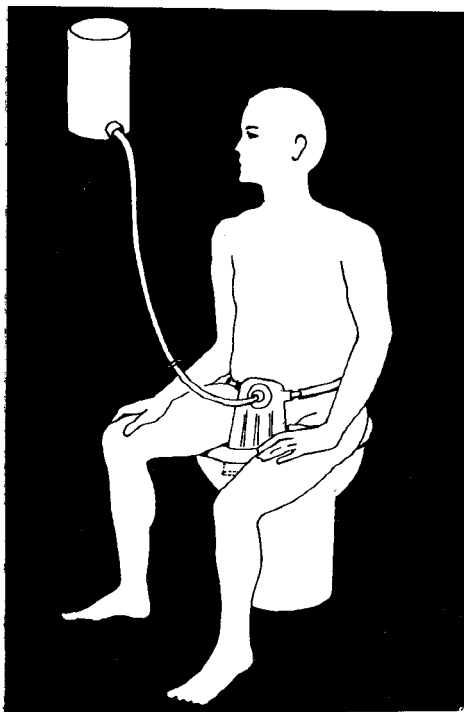
**Vrečka s podlogo** je primerna, kadar je koža okvarjena. Drenažna vrečka s podlogo je danes skoraj nepogrešljiva pri negi ileostome in kolostome. Kožne podloge (karaja, stomahesive) s plastičnim nastavkom za vrečke kljub visoki ceni

čedalje bolj osvajajo tržišče. Ker najboljše zaščitijo kožo, so pri negi ileostome nepogrešljive. Pogosto jih uporabljamo tudi po operaciji in za začetno nego vseh stom. Lahko jih kombiniramo tudi z navadnimi samolepilnimi vrečkami.

Ker se srečujemo z bolniki, ki imajo stomo že dalj časa, moramo poznati tudi starejše vrste zbiralnih pripomočkov: **gumijaste rezervoarje** oziroma **tesnilne obroče s pasom**, na katerih je mogoče menjati navadno plastično vrečko.

Še vedno lahko srečamo bolnike, ki ne uporabljajo zbiralnih vrečk, ampak uporabljajo podloge (staničevino, pleničke). Te seznanimo le z novimi pripomočki, za katere se lahko odločijo ali pa prepustimo izbiro njim samim.

**Stoma kozmetika** kot so deodoranti, lepilni kožni spreji, paste za nego in izravnavo kože, kožni gel za zaščito kože, zaščitni prah so pripomočki, dajejo bolniku dodaten občutek samozavesti in varnosti. Mnogi med njimi so nepogrešljivi, zato se tudi industrija prilagaja zahtevam in psihologiji tržišča.



*Irigacija — izvedba klizme je možna in uspešna pri bolnikih z nizko stomo (na descendntnem kolonu)*

**Irigatorji** se uporabljajo za kontrolirano izpraznjevanje nizke stome debelega črevesa skupaj s posebnimi drenažnimi vrečkami na izpust. Ta metoda pri nas ni tako znana, veliko pa jo uporabljajo v Ameriki.

Številni pripomočki imajo tudi pas in varnostni obroč, na katerega je pritrjena vrečka, oboje pa daje bolniku dodaten občutek varnosti. Redko se uporablja tudi stoma z magnetnim zaklopom.



## Nega posameznih vrst stom

### Osnovna pravila pri oskrbi katerekoli stome so:

1. najprej je potreba preprečiti kožne okvare. To dosežemo s skrbno nego, čistočo in izbiro vrečk;
2. bolnika je treba prepričati, da ga stoma ne bo ovirala v aktivnem življenju;
3. spodbujati ga je treba, da čimprej preide na samostojno oskrbo;
4. naučiti ga je treba tehnike oskrbovanja, ki jo mora stalno izpopolnjevati.

Osrednjo pozornost pri negi katerekoli stome namenjamo čiščenju kože okoli odprtine. Le-to mora biti temeljito in nežno. Uporabljamo mlačno vodo in milo ter kožo dobro osušimo. Ne smemo uporabljati nobenih snovi, ki bi puščale oljne ali milne ostanke ter dražile oziroma izsuševale kožo (kreme, detergenti, alkohol, bencin, eter).

Najpogostejša komplikacija pri bolnikih s stomami je okvara kože. Preprečimo jo lahko le s pravilnim negovanjem stome in kože ob njej.

## NEGA KOLOSTOMIJE

Najpogosteje se srečujemo s stomo na levi spodnji strani trebuha. To je končna — **sigmoidna stoma**. Izloček je najbolj podoben normalnemu blatu, zato je z nego tudi najmanj težav. Po zacelitvi rane in vraščanju črevesa na kožo preidemo na oskrbo z zaprtimi samolepilnimi vrečkami, ki naj jih bolnik menjava, kadar se vrečka napolni. Pazimo, da je odprtina za črevo primerno velika in dobro nameščena, tako da črevesna vsebina ne odteka na kožo. Posebno pomembna je velikost odprtine pri sodobnih podlogah (karaja, stomahesive). Bolnik lahko zbira izločke, ki se spontano izpraznjujejo v vrečko ali pospeši in ureja izločanje z izpiranjem črevesa. Z izpiranjem lahko dobro kontrolira izločanje; zadovoljivo kontrolo pa je pri tej vrsti stome mogoče doseči tudi z dieto.

**Izpiranje črevesa** — za to uporabljamo klizmo, ki si jo bolnik sam vnese skozi odprtino stome. Klizma izprazni črevo v zaželenem času. Bolniki, ki se navadijo klizme, lahko sčasoma kontrolirajo izpraznjevanje črevesa v takšni meri, da ne potrebujejo navadne vrečke. Izpiranje je primerno za bolnike z descendentno ali sigmoidno stomo. Pri nas je izpiranje manj znana metoda, v nekaterih deželah pa je precej razširjeno. Bolniki, ki so se sposobni naučiti te metode, lahko dosežejo zavirljivo stopnjo samostojnosti. Pri izpiranju naj bo voda mlačna, teče naj počasi, sicer bo bolnik dobil krče. Izpiralno cevko je treba vložiti do izbrane globine in začeti izpuščati vodo v črevo. Ko vsa voda izteče, je treba cevko izvleči, bolnik pa naj se prične gibati. Gibanje pospeši delovanje črevesa. V 45 minutah se črevo popolnoma izprazni. Črevesna vsebina se nabira v zbiralni vrečki, ki jo nato bolnik odstrani. Kožo ob stomi je treba očistiti in osušiti. Do ustrezne ureditve prebave naj nosi bolnik zbiralno vrečko tudi med irigacijami. Za kolostomo, ki je povsem regulirana, zadostuje majhna staničevinasta pokrovna kapica, ki je na eni strani zaščitena pred iztekanjem s plastično površino in ujame še druge slučajne izločke. Skozi filter pa prepušča pline. Po operaciji verjetno bolnik ne bo sposoben uporabljati take pokrovne kapice, dokler ne bo zapustil bolnišnice. Mora pa biti o njej poučen.

**Cekostoma in ascendentna kolostomija** izločata redko blato, ki vsebuje še precej prebavnih encimov, zato je priporočljiva vrečka z drenažo — po možnosti podlogo. Zaradi nevarnosti kožnih okvar moramo biti zelo pozorni. Te stome ni mogoče kontrolirati, niti z dieto. Izločanje je stalno kot pri ileostomiji, zato irigacija ne pride v poštev.

Poseben problem, zlasti v pooperativnem obdobju, je nega **stome v obliki izpeljane zanke**. Navadno je to transversalna, včasih pa tudi sigmoidna stoma.

Če je črevesna zanka izpeljana klasično s palčko, je vrečko težko dobro namestiti, ker je prečna palčka debela in dokaj dolga. V zadnjem času uporabljamo plastične mostičke, ki so bolj ploske oblike. Čez ta mostiček lahko pooperativno namestimo drenažno vrečko, tako da izloček ne odteka po koži ob stomi. Luknjice ob koncu mostička omogočajo, da ga lahko prišijemo na kožo. Namesto teh podpor včasih uporabljamo kot podporo kožni reženj, ki ga izrežemo na mestu trepanacijske odprtine.

Medicinske sestre morajo dobro poznati pooperativno nego. Taka črevesna zanka ne začne delovati, dokler kirurg ne naredi odprtine na steni izpeljanega črevesa. To odprtino navadno naredi že med operacijo; nekateri kirurgi pa raje počakajo dan ali dva in jo nato naredijo kar v sobi bolnika. V tem primeru je bolje, če se nastavek z vrečko lahko namesti okoli izpeljane črevesne zanke, še preden je črevo odprto. Ko je podloga nameščena, je možno drenažne vrečke menjati tako pogosto kot je potrebno, ne da bi bilo treba premikati sam nastavek. Le-tega je treba zamenjati, ko kaže znake razpadanja in pušča.

Nega te vrste stoma postane enostavnejša, ko se stoma vraste in podporno palčko ali mostiček odstranimo. Pogosto je to začasna stoma in jo med zdravljenjem zapremo.

Bolnik z **ileostomo** mora nositi vrečko, ki jo je možno dobro izpraznjevati. Nositi jo je treba stalno, kajti ta vrečka nima samo zbiralne vloge, ampak mora tudi dobro zaščititi kožo okoli stome. Najvažnejše načelo nege ileostome je zaščita kože pred odtekajočo vsebino. Vsebina tankega črevesa vsebuje številne prebavne encime, ki lahko kožo dobesedno razjedo, če jim dovolimo, da pridejo v stik z njo. Čim krajša je stoma, tem bolj pazljivi moramo biti pri preprečevanju razlivanja črevesne vsebine na kožo. Ko je koža že okvarjena, se znajdemo v začaranem krogu. Na okvarjeno kožo se vrečka več ne lepi dobro, posledica je še močnejše razlivanje in še hujša okvara kože. Včasih smo tako kožo prekrivali s kislimi pastami, vendar na tako površino ni možno nalepiti zbiralne vrečke. Zato se je izloček razlival v širšo okolico stome in dodatno okvarjal kožo. Danes imamo že številna zaščitna sredstva, predvsem izdelke iz karaje oziroma njej podobne izdelke. Karaja se uleže okoli stome in tudi na razjedeni predel. Tako prepreči razlivanje in koži obenem omogoči, da se pod njo zaceli.

Tesnenje je pri ileostomi izredno pomembno. Včasih stik s kožo ni mogoč zaradi brazgotine ali neravne površine. Takrat izravnamo ležišče s posebno pasto. Pasto je treba nanesti v tankem sloju; če je potrebno, jo nanesemo tudi dva ali trikrat, vmes pa počakamo, da se naneseni sloj osuši. Priporočljivo je, da začne bolnik takoj po operaciji nositi vrečko, ki jo je mogoče izpraznjevati. Vrečka s karaja nastavkom se pritrdi kot vrečka pri kolostomi, karaja obroč pa je treba močno pritisniti na kožo okoli stome, tako da popolnoma tesni. Lepilne površine

vrečke moramo lepiti zelo pozorno, in sicer tako, da pritisnemo najprej spodnjo površino, nato pa zgornjo, končno pa oba stranska dela. Močno moramo pritisniti, da se ne naredijo gube, po katerih bi se razlivala črevesna vsebina, kar bi razjedalo kožo. Vedno pazimo, da je stoma točno na sredini odprtine. Priporočljivo je, da bi bolnik nosil še varnostni pas. Če ga ne želi, lahko uporablja eno izmed samolepilnih vrečk. Seveda pa te vrečke povsem ne zaščitijo kože kot karaja nastavek, zato je potrebna še dodatna zaščita (tanka plast zaščitne paste, kožni gel). Kožni gel ščiti kožo pred okvarami, ki jih povzroča pogosto menjanje vrečk, saj lepljiva plast vrečk mehanično okvarja kožo.

Drenažne vrečke za ileostomijo pa se izpraznjujejo. Izpraznjevanje jih moramo pogosto. Ne smemo namreč dovoliti, da bi prišlo do nesreče zato, ker bi bila vrečka prepolna in bi se odtrgala.

Pri bolniku, ki leži, naj drenažni del vrečke leži ob telesu; pri izpraznjenju jo je treba odpreti v nočno posodo. Pri tem je treba samo dvigniti dno vrečke, tako da se vsebina ne razliva po obroču in stomi, zatem odpreti zaponko in spustiti vrečko v zbiralno posodo. Nato je treba otrepi rob vrečke s toaletnim papirjem in zaponko ponovno pritrčiti.

V abdominalni kirurgiji se večkrat srečujemo s **fistulami** (pankreatična duodenalna, črevesna). Tudi tu je izcedek močno dražeč in okvarja kožo. Nega z moderno zaščitno podlogo je enostavna. Izrežemo le majhno odprtino, skozi katero secernira fistula, okoli pa nalepimo zbiralno vrečko z izpustom. Na ta način je koža dobro zaščiten. Obenem imamo možnost meriti količino izločenega prebavnega soka, kar je pomembno za nadomeščanje tekočine pri bolniku.

Rana v presredku le redko zaceli brez komplikacij. Tudi ta je potrebna posebne pozornosti. Izpiramo jo s peroksidom (3 % hydrogen) ali antiseptiki (flamazin) 2 do 3 krat na dan, obenem pa naj bolnik uporablja še sedeče kopeli (hipermangan, aseptol). Rana v presredku lahko celi precej dolgo (do pol leta). Dolgotrajno izločanje pa je sumljivo za ponovitev bolezni (recidiv).

## KOMPLIKACIJE STOME

**Vnetje kože** — obliži, mikropor in posebna lepila sodijo med sredstva, ki lahko povzročijo kontaktni dermatitis. Pogosto je to vnetje videti pri ljudeh, ki so imeli stomo že nekaj let kot modrina. Včasih pa se vnetje kože razvije tudi zaradi razlivanja črevesne vsebine po koži. Če tako vnetje ni takoj zdravljeno, se lahko razširi in se ponovno okuži. Če se to zgodi, ni mogoče pričakovati, da bi se vrečka dobro lepila na kožo. Tako prizadeta koža zavrača lepljivo površino; ob njej nato črevesna vsebina odteka po koži in jo še bolj okvarja. Danes skušamo zaščititi kožo s sodobnimi podlogami, v katere izrežemo odprtino, ki je dovolj velika, da objame stomo. Podlogo pustimo nameščeno nekaj dni, nato jo odstranimo. Ko se koža ponovno umiri, zamenjamo vrečko, ki je povzročila vnetje, z drugo.

**Kila ob stomi** pogosto pripelje bolnika v ambulanto. Bolniku povzroča probleme z nego zato, ker se koža okoli stome izboči in je nanjo težko lepiti vrečko. Stoma se lahko skrije pod kilo in je bolnik, zlasti, če gre za nekoliko debelejšo

osebo, ne more videti. Za nego je včasih potrebno veliko časa, vendar se je treba potruditi, kajti operacija kile ob stomi ni priporočljiva, dokler ni zares nujna.

**Stenoza** — včasih se stoma prične zaradi brazgotin na koži okoli stome ožiti in ovira izločanje blata. Takrat si pomagamo z širjenjem stome s prstom. Preiskovalno rokavico namažemo z želatinastim mazilom, da gladko drsi. Prst uvajamo pazljivo, uporabljamo masažne gibe na prehodu v trebušno votlino, da zmehčamo mišičje na steni stome.

**Vgreznjenje stome** — stenoza je pogosto združena z vgreznjenjem stome. Tako stomo je zelo težko negovati. Pogosto je treba bolnika ponovno operirati in oblikovati novo stomo. Problem je zlasti pomemben pri ileostomi, kjer je črevesna vsebina zelo jedka.

**Prolaps** — včasih se srečamo z bolnikom, ki ima močno zdrknjeno stomo. Crevo je izpostavljeno draženju, oteka in krvavi, zato se lahko pri bolniku pojavijo motnje pri izločanju. Tudi to komplikacijo je potrebno največkrat operirati.

**Ulceracija** — lahko nastane na spodnjem robu ileostome zaradi pritiska nepravilno nameščene podloge ali zbiralne vrečke. Če jo zanemarimo, lahko pride do nastanka fistul.

**Fistule** — nastanejo zaradi zanemarjene ulceracije, nepravilnega šivanja ali zaradi nadaljevanja bolezni (zlasti Crohnove bolezni). Lahko so združene z abscesi. Navadno je potrebna ponovna operacija.

**Slaba nameščenost stome** — stome naj ne bi nikoli bile oblikovane blizu kostnih izrastkov, vgreznin, brazgotin, popka, razen, kadar zares ni druge možnosti; kajti v teh predelih je izredno težko dobro namestiti vrečko. Problema slabe lege stome pa pogosto ni možno rešiti brez ponovnega kirurškega posega.

**Diareja** — je občasna težava predvsem pri bolnikih z ileostomo in navadno mine. Uspešno jo je možno zdraviti s kodein fosfatom. Bolnik naj uživa več tekočine in soli. Če je izguba večja, je potrebna hospitalizacija in zdravljenje z infuzijami.

**Krvavitev** — stoma včasih tudi krvavi. Manjšim krvavitvam ne pripisujemo posebnega pomena. Če pa se krvavitev ponavlja ali je močnejša in pomešana z blatom, pa zahteva natančen pregled zaradi možnosti, da bi se bolezen ponovila.

**Zapora črevesa — ileus** — je najpogostejša med hujšimi komplikacijami. Srečamo jo pri 10 odstotkih bolnikov s stomo. V glavnem se pojavi v prvem letu zaradi zarastlin v trebuhu.

Pri vseh naštetih komplikacijah je potrebno najti najboljši način za nego stome oziroma izbrati primerno vrečko. Kadar obstaja sum, da se je bolezen ponovila, ali je potreben ponoven kirurški poseg za odpravo komplikacije, pa mora nujno bolnika pregledati še zdravnik.

## ORGANIZACIJA NEGE BOLNIKA PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

Po odpustu iz bolnišnice mora imeti bolnik možnost, da se kadarkoli obrne na nas po ponoven nasvet. V ta namen je priporočljivo organizirati posebno **ambulantno za nego**, kjer je bolniku na razpolago medicinska sestra (v ZDA ima naziv »stomaterapevt«) ali pa obravnavamo te bolnike v kirurški ambulanti, kjer

sodelujeta medicinska sestra in zdravnik. Bolnika poučimo o novih možnostih za nego stom, o novih preparatih in skrbno pregledamo stomo zaradi morebitnih komplikacij.

Ena izmed najvažnejših stvari, ki se jih mora naučiti bolnik s stomo, je **merjenje stome in izbira pravilne velikosti vrečke**. V pooperativnem obdobju se velikost stome spremeni, zato mora bolnik vselej ponovno izmeriti njeno velikost, ko dobi novo zalogo vrečk. Nekatere vrečke imajo odprtino že vnaprej določeno, pri drugih jo je treba posebej izrezati v želeni velikosti in jo sproti pomerjati na stomi. Odprtino položimo čez stomo, dokler ne najdemo najmanjše odprtine, ki se ji natančno prilaga, vendar tako, da se ne dotika sluznice. Če je odprtina okoli stome prevelika, je predel kože ob njej izpostavljen draženju zaradi razlivanja črevesne vsebine.

Še vedno se prepogosto dogaja, da bolnike ob odhodu iz bolnišnice oskrbijo le z eno vrsto vrečk, ki so na razpolago oziroma, kar je še slabše, da odpustijo bolnike skorajda brez slehernih napotkov, kje lahko dobijo potrebne pripomočke. Če ljudje lahko izbirajo obleko, zakaj ne bi tudi različnih pripomočkov. Bolnik mora imeti pravico do te izbire. To veliko prispeva k njegovemu zaupanju. Posameznim ljudem ustrezajo različne oblike pripomočkov in vsak ima svoje osebne želje. Če je smrad glavni problem kolostome, je bolnik razumljivo potr, če ni na razpolago primernega deodoranta. V tem primeru je potrebna vrečka, ki tesni pline, čeprav je nekoliko dražja. Kljub temu je to boljša rešitev, kot da bi bolniku dajali antidepresivna zdravila in tablete za spanje. Nekatere pa zelo moti črevesna vsebina, zato si bodo izbrali motne vrečke. Če živahne barve dvigajo bolnikovo moralo, potem je prav, da mu pri tem pomagamo. **Najdražji vzorci so pogosto najcenejši**, če gledamo daljnosežno. Samolepilne vrečke niso tako nevtralne sestave, kot so moderne; poleg tega pa tudi pogosto menjanje in grobo trganje močno okvari kožo. To kasneje podraži navidezno cenenost samolepilnih vrečk. Med bolniki pa so priljubljene, ker jih po uporabi zavržejo z vsebino vred.

Včasih se bolnik ne bo mogel negovati sam. Takrat bo družina tista, ki bo potrebovala nasvete, kako mu pomagati, kako se pripraviti na nego doma. Družinskim članom pojasnimo, da je kirurški poseg odpravil bolnikovo težavo. Bolnik je zdaj spet zdrava oseba in v vsem normalen razen v tem, da drugače odvajajo izločke. Če je bolnik otrok, se moramo prepričati, ali smo povedali staršem vse, kar morajo vedeti. Eden izmed načinov vzgoje staršev je ta, da v bolnišnici pogosteje menjamo vrečke kot je potrebno, namesto, da bi jih pustili predolgo. Tako si bo mati lahko večkrat ogledala postopek menjanja. Čeprav je ta način navidezno drag, pa se bo obrestoval kasneje, ko bodo starši zavrgli zaradi neznanja manj vrečk.

Priznati moramo, da imajo ti bolniki veliko psiholoških in negovalskih problemov. Velik napredek je že, da se številni med njimi uspešno borijo z novim načinom življenja, medtem, ko so bili včasih na milost in nemilost prepuščeni samim sebi in bolezni. Naš cilj je pomagati tem bolnikom, da se vrnejo v normalno življenje, in če je mogoče, da se v celoti osamosvojijo. Ko bomo razumeli, da so to prav tako invalidi kot tisti ljudje, ki jim manjkajo posamezni udi, bomo dojeli dejanski smisel rehabilitacije, ki mora imeti v obeh primerih enak cilj — vrniti bolnika v normalno življenje.

Včasih se bolniki in njihovi svojci obrnejo na nas samo zato, ker potrebujejo podporo in pogum. Nihče jim ni nikoli po resnici povedal, kako je potekala operacija. Že samo to, da jih poslušamo, ko razkrivajo svoje skrbi, jih lahko pomiri. Bolniki s stomo potrebujejo psihološko pomoč enako kot nego kože in nego stome. Ti bolniki se imajo dejansko česa bati. Predstava, ki jo imajo o operaciji, vzbuja še hujši strah. Morda le težko sprejemajo spremembo na svojem telesu in jih skrbi, kako jih bo sprejelo okolje. Bolnikom povemo, da imajo tisoči ljudje po svetu stomo, ki opravljajo najrazličnejše poklice. Ambulanta omogoča bolnikom srečanja, medsebojno opogumljanje in izmenjavo izkušenj.

V svetu obstajajo **klubi bolnikov s stomo**, kjer se le-ti seznanijo z novimi pripomočki in izmenjajo izkušnje. Tudi pri nas razmišljamo o tem. Zaenkrat pa se srečujemo le v naši ambulanti,\* kamor se lahko bolniki vedno zatečejo.

---

\* Stoma ambulanta Kliničnega centra v Ljubljani je odprta vsak četrty četrtek v mesecu na polikliniki v okviru Gastroenterološke kirurške klinike.

#### Literatura:

1. Kissner J. B., R. G. Shorter: Inflammatory Bowel disease. Febiger 1975, Philadelphia, 409—417.
2. Lemberg E. S., M. Weiner: A very Private Matter. The ostomy Handbook a professional Resource. New Engl. Deaconess. Hosp. Boston Mass. Publ. by UOA, 1973.
3. Norma N. Gill, W. Victor Fazio M. D.: Ostomy Care. The Cleveland Clinic. Printing Dept. 1, 1979, 73—74.
4. Painter N. S., M. S. Fres-Facs.: Diverticular Discasse of the Colon. Published by Norgine. LTD, London 1977.
5. Care of Stoma Patients. The Proceedings of a Day conference held at the Royal Hospital of Saint Bartolomew. Published by Abbott lab ltd 1975.
6. Managing a Urostomy — a professional guide for persons having urinary diversion surgery Hollister Inc 1974.

---

**ČLOVEK POTUJE PO SVETU, DA BI NAŠEL, KAR POTREBUJE IN SE VRAČA DOMOV, DA TO NAJDE**

**Moore**