

„Wydawało mi się, że nic mnie już nie zaskoczy. A jednak!”

Magdalena Swojak

Coloplast®
Professional



Pracuję w zawodzie już 38 lat. Od zawsze związana jestem z chirurgią, a od ponad dwudziestu lat z chirurgią kolorektalną. Wydawało mi się, że nic mnie już nie zaskoczy.

A jednak!

Po urlopie i powrocie do pracy usłyszałam od lekarza prowadzącego prośbę o pomoc w ocenie stomii. Odklejam worek, patrzę i sama nie wiem co powiedzieć...





Widzę pętlę jelita cienkiego, a nad nią martwicę. Oceniam: ileostomia pętlowa i jedna pętla w stanie martwiczym. Okazuje się jednak, że to nie martwica, a kolostomia. Z jednego cięcia wyłoniono stomię na jelicie grubym i jelicie cienkim. Z informacji od lekarza wynika, że obie pętle po zabiegu były dobrze ukrwione, a pasaż treści jelitowej „prowadziła” pętla jelita cienkiego.

Pacjent, został przyjęty w ramach ostrego dyżuru z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego. W 3 dobie po zabiegu w drenie brzuszonym pojawiła się treść jelitowa. Skutek kolejnego zabiegu: perforacja i martwica jelita grubego. Wyłoniono ileostomię. Po zabiegu chory został przekazany na oddział intensywnej opieki medycznej. Doszło jednak do kolejnych powikłań, co skutkowało koniecznością wykonania następnej operacji i po około 7 dniach pacjent wrócił na oddział chirurgii.

Na taki stan pacjenta miały wpływ choroby współistniejące tj. astma oskrzelowa, przewlekła sterydoterapia, miażdżycy naczyń i amputacja kończyny dolnej prawej w roku 2000 (rany bez cech gojenia, ropnie, rozejście się brzegów ran, martwica kolostomii). W konsekwencji zdecydowano o terapii VAC i usunięciu martwicy.



Początkowo zabezpieczałam miejsce po kolostomii opatrunkiem ze srebrem i pierścieniami uszczelniającymi w paskach. Zastosowałam także jednoczęściowe worki w systemie jednoczęściowym, które trzymały się na skórze około trzech dni. Martwica jednak postępowała, dlatego zdecydowano o terapii VAC również w okolicy samej stomii.

Niestety, pojawiły się powikłania brzuszne i niezbędna była kolejna operacja. Wycięto martwicę jelita grubego na znacznym obszarze wokół stomii i zamknięto ileostomię. Kolejnym etapem było powtórne wyłonienie ileostomii i nadal kontynuowano terapię VAC.



Wraz z lekarzem prowadzącym sądzimy, że leczenie będzie teraz jeszcze bardziej skuteczne i przyniesie oczekiwane efekty i poprawę ogólnego stanu zdrowia pacjenta.



W związku z tym, że nowa ileostomia została wyłoniona dość wysoko, w przyszłości rozważam zastosowanie worków dedykowanych stomii o zwiększonym wydzielaniu oraz sprzętu typu convex (pacjent posiada orzeczenie o niepełnosprawności co skutkuje możliwością uzyskania zwiększonego limitu na sprzęt stomijny).

Ponieważ pacjent porusza się na wózku inwalidzkim, kolejnym wsparciem będzie dla niego zaproponowanie pasa stomijnego stabilizującego.



Magdalena Swojak

Jestem pielęgniarką od 38 lat od zawsze związaną z chirurgią. Pracuję w Wojewódzkim Szpitalu Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu na oddziale CHIRURGII OGÓLNEJ ONKOLOGICZNEJ I KOLOREKTALNEJ jak również w poradni proktologicznej tego szpitala. Obecnie kierownikiem oddziału jest prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Karoń, a wcześniej był nim prof. dr hab. n. med. Piotr Krokowicz.