

Opieka nad noworodkiem ze stomią

Katarzyna Majewska

Coloplast®
Professional

Noworodek przekazany do oddziału chirurgii dziecięcej w 1 dobie życia, z powodu podejrzenia wrodzonej niedrożności przewodu pokarmowego. Wykonano zabieg operacyjny, stwierdzając zarośnięcie jelita cienkiego. Najbardziej rozdęty fragment jelita resekowano. Ze względu na dużą dysproporcję szerokości końców jelita, uniemożliwiającą ich pierwotne zespolenie, wszyto oba końce w powłoki brzuszne wytwarzając czasową przetokę jelitową (ileostomia dwulufowa).

fot. 1



Ze względu na bardzo trudne umiejscowienie stomii, wynikające z problemów anatomicznych dziecka oraz nieprawidłowe gojenie się kikuta pępownicy (fot.1), w początkowej fazie leczenia zrezygnowano z zakładania worków stomijnych. Śluzówkę stomii natłuszczano, a skórę wokół smarowano tłuszczowo-cynkową maścią na przetoki.

W dniu przekazania z oddziału intensywnej terapii na oddział chirurgiczny, w 11 dobie po zabiegu operacyjnym, rana pooperacyjna oraz pępek były prawidłowo wygojone (fot.2), co umożliwiło podjęcie prób zabezpieczenia workiem stomijnym.

fot. 2



Występowały trzy główne problemy z założeniem i utrzymaniem płytki stomijnej.

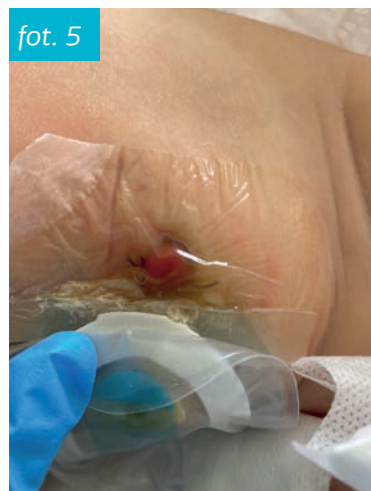
- 1) Bliska odległość pępka i obu stomii
- 2) Częste płukanie stomii nieczynnej
- 3) Skóra wokół śluzówek była zaczerwieniona z widocznymi nadżerkami wokół stomii

Biorąc pod uwagę powyższe problemy pielęgnacyjne, stomię wydalającą zabezpieczano pastą stomijną oraz sprzętem Sensura Mio Baby, jednak nawet tak niewielkich rozmiarów płytka musiała być przycinana co zmniejszało powierzchnię przylepca. Ponadto, po płukaniu nieczynnej przetoki, przez wiele godzin wpuszczony płyn wyciekał i podciekał pod płytkę. Połączony z maścią natłuszczającą, którą pielęgnowana była lufa dystalna, powodował odklejanie się przylepca i zaciekanie treści na skórę. Podejmowano próby zabezpieczania drugiej lufy gazikami, a nawet półprzepuszczalnym opatrunkiem foliowym (fot. 3, 4, 5) jednak ciągłe podciekanie powodowało, że sprzęt stomijny się nie utrzymywał, a skóra wokół śluzówek nadal była zaczerwieniona i posiadała nadżerki.

fot. 3



fot. 5



fot. 4



Zdecydowano się na zaopatrzenie obu stomii osobnymi workami. Aby było to możliwe, zabezpieczono skórę dużym, cienkim opatrunkiem hydrokoloidowym z wyciętymi otworami o średnicy odpowiadającej obu lufom. By wyrównać poziom skóry, pępek wyłożono wcześniej pastą stomijną, doszczelniono nią również przestrzeń wokół śluzówki. Następnie założono odpowiednio docięte płytki (fot. 6, 7).

fot. 6



fot. 7



Po kilku dniach stan skóry dziecka znacząco się poprawił. Naskórek był wygojony, śluzówki zaczerwienione i nawilżone (fot.8).

fot. 8



Z powodu niechirurgicznych komplikacji, stan dziecka wymagał przekazania go do innego oddziału, w którym przebywało 14 dni. Przy ponownym przyjęciu do oddziału chirurgii

dziecięcej zaobserwowano pogorszenie się stanu skóry. **Widoczne były nadżerki wokół obu stomii** (fot. 9).

fot. 9



Podjęto próby leczenia ubytków, jednak występowały problemy z zabezpieczeniem.

Wilgotne łóżysko nadżerek utrudniało utrzymanie się płytek stomijnych, co skutkowało koniecznością częstych zmian w ciągu doby. Ponadto choroby współistniejące stanowiły dodatkową komponentę utrudniającą proces gojenia. Nadżerki nie zmniejszały się. Z uwagi na brak postępów, zdecydowano się podjąć próbę wygojenia ran wokół stomii przy użyciu dedykowanej maści tłuszczowo-cynkowej (fot. 10). Nie uzyskano zadowalającego efektu. Częste wydzielanie treści pokarmowej przez ileostomię, a tym samym konieczność wzmożonego jej zmywania, spowodowało dodatkowo mechaniczne uszkodzenie naskórka. Po krótkim okresie przyjętej metody, zaobserwowano zwiększony obszar podrażnienia skóry, obejmujący okolicę obu luf i pępka oraz nadmierną suchość. Dodatkowo pogorszył się stan samych śluzówek (fot. 11).

fot. 10



fot. 11



Postanowiono niezwłocznie powrócić do prób zaopatrzenia przetok przy użyciu sprzętu stomijnego. W pierwszych dobach nie uzyskiwano zadowalającego efektu, mimo korzystania z dostępnego asortymentu, takiego jak puder, krem barierowy, spray ochronny, opatrunki hydrokoloidowe, płytki ochronne oraz pasta stomijna pod różną postacią (fot. 12, 13, 14).

fot. 12



fot. 13



fot. 14



fot. 15



Zastosowane zabezpieczenie nadal wymagało kilkakrotnych zmian w ciągu doby, jednak konsekwentnie dążono do wygojenia, nie rezygnując z przyjętej metody. Z czasem, okres utrzymania sprzętu wydłużał się, śluzówka

stomii regenerowała, a skóra wokół stomii stopniowo goiła. Na początku poprawa widoczna była głównie wokół przetoki dystalnej (fot. 15), lecz w kolejnych dobach osiągnięto poziom wygojenia skóry, pozwalający na podjęcie próby wykonania zabiegu odtworzenia ciągłości jelit.

W trakcie operacji, biorąc pod uwagę zastane warunki anatomiczne, zdecydowano o zespoleniu jelita cienkiego i wytonieniu przetoki Bishop-Koop na jelicie cienkim (stomia jednolufowa).

Powstały nowe problemy pielęgnacyjne.

- 1) bliska odległość rany pooperacyjnej
- 2) pierwotnie dwa, później jeden dren umieszczony w stomii
- 3) dość płaski kształt śluzówki stomii oraz bliska odległość od uda dziecka

fot. 16



fot. 17



Ze względu na długość drenów, początkowo nie było możliwości zaopatrzenia przetoki w sprzęt stomijny. Skórę wokół śluzówki stomii zaopatrywano maścią tłuszczowo-cynkową, lecz mimo to dość szybko pojawiła się nadżerka (fot. 16, 17).

W siódmej dobie po wytonieniu stomii jednolufowej, zdecydowano o usunięciu drenu i podjęto próby zaopatrzenia przetoki sprzętem stomijnym. Zaopatrywanie utrudnione było przez ranę, z której sączyła się wydzielina, przez co nie było możliwości zastosowania na nią cienkiego opatrunku hydrokoloidowego, zwiększającego powierzchnię klejenia.

Konieczne były natomiast opatrunki z maści zawierającej powidon jodu. Tłusta maść wraz z wydzieliną zaciekała pod płytkę i odklejała ją. Zrezygnowano więc z tej formy i wybrano opatrunki siateczkowe nasączone jodopowidonem, co zniwelowało skutki podciekania.

fot. 18



fot. 19



Kolejnym wyzwaniem okazały się ziarniniaki (fot. 18), które utworzyły się na śluzówce stomii i utrudniały ocenę rozmiaru przetoki przy wycinaniu otworu, a także dopasowanie wyciętej płytki. Zabezpieczano je pastą w taki sposób, aby w całości przykryć powstałe narośla i wyrównać tym samym nierówności wokół stomii (fot. 19). Ze względu na niewielki dostępny obszar skóry, ograniczony raną pooperacyjną oraz udem dziecka,

użyto ponownie płytek Sensura Mio Baby. Dodatkowo, uszkodzoną skórę wokół śluzówki zabezpieczano przy użyciu pudru, sprayu ochronnego oraz odpowiednio dociętego opatrunku hydrokoloidowego (fot. 19). Taki sposób działania kontynuowano przez 10 dni, z dobrym rezultatem, do momentu wypisu dziecka do domu. Rodzice pacjenta zostali przeszkoleni teoretycznie i praktycznie w zakresie pielęgnacji stomii, możliwych powikłań i sposobu radzenia sobie z nimi. Na pierwszej wizycie kontrolnej, po 14 dniach, ziarniniaki zostały przyżegane azotanem srebra (fot. 20). Podczas kolejnej wizyty, miesiąc po wypisie, nie zaobserwowano żadnych nieprawidłowości. Skóra była czysta, niepodrażniona, a stomia żywotna i nawilżona (fot. 21).

fot. 20



fot. 21



Katarzyna Majewska

Magister pielęgniarstwa. Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.

Pielęgniarka z 10-letnim doświadczeniem w pracy na oddziałach pediatrycznych. Uczestniczka Pediatrycznej Akademii Stomijnej. Od 2 lat pracuję na Oddziale Chirurgii Dziecięcej, Ortopedii i Urologii z Pododdziałem Centrum Leczenia Oparzeń w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „ZDROJE” w Szczecinie.