

# UVOD V POGLAVJE O STOMAH

Rajko Golobinek

Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec  
Gospodsvetska ulica 1, 2380 Slovenj Gradec

**Ključne besede:** stoma, kronična vnetna črevesna bolezen, polipi, rak debelega črevesa in danke

## Izvelek :

V prispevku je na splošno in iz različnih vidikov obravnavana stoma kot končna ali začasna posledica zelo različnih bolezenskih stanj različnih organov ali organskih sistemov. Preko definicije stome so prikazane različne *vrste stom* z ozirom na njihovo *funkcijo, lokacijo in trajanje*. Poudarek je na trajnih, enocevnih izločalnih stomah prebavil, to je stomah tankega in debelega črevesa. Na kratko so predstavljene bolezni in razvojne nepravilnosti debelega črevesa, ki najpogosteje zahtevajo nastavitev stom, kot redek vzrok zanje so zgolj omenjene tudi poškodbe.

## Uvod:

Stoma je grški izraz, ki v prevodu pomeni usta ali odprtino (Od tod izrazi »stomatolog«, »stomatitis«...). V praksi to pomeni vsako umetno napravljeno povezavo *dihalne, prebavne ali sečne poti* navzven. *Njen namen je zagotoviti dihanje, hranjenje in izločanje blata ali urina* v primeru, ko to zaradi bolezni ali poškodbe po naravni poti ni več mogoče. Že iz definicije je razvidno, da so možne zelo različne vrste in lokacije stom, njihova namembnost in čas trajanja pa so v odvisnosti od zelo različnih dejavnikov prav tako lahko zelo različni. Če se osredotočimo zgolj na izločalne stome prebavil vidimo, da so posledica različnih bolezni in bolezenskih stanj, kjer med malignimi zagotovo zelo izstopa rak spodnje in deloma srednje tretjine danke in manj debelega črevesa, med benignimi pa kronična vnetna črevesna bolezen.

## Delitev stom:

Stome lahko razdelimo po različnih kriterijih. Najpomembnejša je delitev **PO FUNKCIJI**, kjer stome razdelimo v tri velike skupine:

1. IZLOČALNE,
2. HRANILNE,
3. DIHALNE.

Med **IZLOČALNIMI** ločimo **črevesne stome**, ki jih delimo na:

- stome **tankega** in
- stome **debelega** črevesa,

te pa še naprej glede na segmente črevesa iz katerega izhajajo na:

- jejunostomo, ileostomo, (stomi **tankega** črevesa) in
- cekostomo, transversostomo in sigmoideostomo. (stome **debelega** črevesa)

Med izločalne stome sodijo tudi **stome uropoetskega ali sistema sečil**, ki jih prav tako glede na organ iz katerega izhajajo delimo še na *nefrostomo, ureterostomo in cistostomo*.

V drugo skupino sodijo **HRANILNE STOME**, ki jih glede na vstopno mesto hranjenja imenujemo *gastrostome* če bolnika hranimo v želodec in *jejunostome*, če ga hranimo v črevo.

Tretjo skupino predstavljajo **DIHALNE STOME**, ki so namenjene dihanju. Praviloma gre za umetno povezavo sapnice oz. traheje z zunanostjo, kar imenujemo *traheostoma*.

**PO DOLŽINI TRAJANJA** stome delimo na :

- ZAČASNE (Ko "opravijo svojo nalogo" se jih "pogrezne", bolnik pa lahko spet odvaja, se hrani ali pa diha po naravni poti.) in
- TRAJNE, ki bolniku ostanejo do konca življenja.

Samo pri **IZLOČALNIH ČREVESNIH** stomah lahko glede na način izvedbe govorimo še o **DVOCEVNIH** ali **ENOCEVNIH** stomah, pomembno pa je vedeti, da je lahko vsaka stoma ne glede na vrsto, način ali mesto izpeljave v nekem primeru **ZAČASNA**, v nekem drugačnem primeru pa na enak način narejena in na istem mestu locirana tudi **TRAJNA** !

*Zgolj po izgledu, vrsti stome ali mestu izpeljave NE moremo sklepati ali je neka stoma trajna ali začasna. Pri oblikovanju veljajo za obe vrsti enaka "tehnična" pravila.*

**Organska obolenja, ki velikokrat zahtevajo nastavitev črevesnih stom razdelimo na:**

- RAZVOJNE NEPRAVILNOSTI;
- VNETNE ČREVESNE BOLEZNI;
- POLIPOZE IN TUMORJI.

1.) RAZVOJNE NEPRAVILNOSTI (Glavni vzrok za stome pri **otročih**!)

**MALROTACIJA KOLONA** pomeni, da se debelo črevo med svojim razvojem med organogenezo pri zarodku ne »postavi« na svoje mesto. Ileocekalni prehod ostane na mestu nastanka v levi črevnični kotanji ( kompletna malrotacija ) ali pa se »ustavi« na katerikoli točki svojega potovanja proti svoji anatomski legi v desni črevnični kotanji (delna malrotacija).

**HIRSCHPRUNGOVA BOLEZEN** ali aganglionoza kolona. Gre za razvojno pomanjkanje ali odsotnost ganglijskih celic v steni posameznih segmentov debelega črevesa, ki so zato slabše ( ali pa sploh niso ) oživčeni.

**ATREZIJA ANUSA** pomeni odsotnost ali nepravilen razvoj analnega kanala s sfinktersko muskulaturo in ob popolni atreziji pomeni popolno slepo zaprtost prebavne cevi.

2.) VNETNE ČREVESNE BOLEZNI

V to skupino spadajo **ULCEROZNI KOLITIS**, **CROHNOVA BOLEZEN** ali **INTERMEDIARNI SINDROM** kadar histološka slika ni povsem značilna ne za eno, ne za drugo bolezen.

Pri **ULCEROZNEM KOLITISU** so vnetne spremembe lokalizirane le v debelem črevesu in danki, tankega črevesa pa praviloma ne zajemajo. Vnetje prizadene zgolj sluznico, ki v akutni fazi

krvavi, nabrekne in ustvarja videz številnih psevdopolipov. Poleg krvavitev, krčev, pogostih diarej, izgube apetita in hujšanja je lahko bolnik tudi septično prizadet z beljakovinskim in elektrolitskim neravnovesjem. V akutni fazi lahko zaradi vnetja poleg vsega naštetega pride tudi do enormne dilatacije kolona ( t.i. toksični megakolon ), ki ob ekstremni bolnikovi prizadetosti zahteva takojšnje kirurško zdravljenje. Že preživeta je nastavitev ene ali več razbremenilnih kolostom, praviloma je potrebna totalna kolektomija z nastavitvijo trajne ileostome.

CROHNOVA BOLEZEN lahko prizadene katerikoli segment prebavne cevi od ust do zadnjika, najpogostejša je v končnem delu tankega črevesa ( ileitis terminalis ) ali zadnjiku in danki (proktološka oblika ). Vnetje za razliko od ulceroznega kolitisa prizadene celotno debelino stene, zato so pogoste fistule med posameznimi črevesnimi vijugami, sosednjimi organi (mehur, uterus, vagina ) ali na kožo kot perianalne fistule. Značilna je tvorba abscesov. Vnetje sčasoma zabrazgotini sluznico, ki dobi značilen izgled rimske kalderme oz. tlakovane ceste. Siptomi so razen fistul in abscesov podobni siptomom ulceroznega kolitisa, le da je pojava toksičnega megakolona pri crohnovi bolezni manj.

Pri obeh boleznih prihaja v kronični fazi do brazgotinjenja in zoženja lumnov prizadetih segmentov, kar praviloma vodi do slabše prehodnosti oz. do zapore prizadetega segmenta. Obe bolezni predstavljata tudi prekancerozi, saj je pojavnost kolorektalnega raka v vnetno spremenjenem črevesu po daljšem obdobju ( cca 20 let ) bistveno večja od pojavnosti pri zdravi populaciji.

### 3.) POLIPOZE IN TUMORJI

Debelo črevo in danka sta organa v katerem se pogosto pojavljajo t.i. **polipi**. Polip je nespecifičen izraz za skupek tkiva, ki zraste v sluznici črevesa in lahko histološko predstavlja različne vrste tkiv.

Najpogostejši so benigni polipi s histološko zgradbo črevesne sluznice z žleznim epitelijem, ki jih imenujemo ADENOMI. Ločimo jih po obliki ( pecljati, širokobazni...) in po njihovi stopnji displazije, kar pomeni histološko podobnost z zgradbo normalne črevesne sluznice.

Če je stopnja displazije blaga, je sluznica polipa praktično enaka normalni črevesni sluznici, medtem ko vedno večja stopnja displazije polipa pomeni vedno manjšo podobnost celic njegove sluznice normalnim celicam. V primeru zadnje, pete stopnje ne govorimo več o adenomu ampak o adenokarcinomu ( in situ in kasneje invazivnem), ki že predstavlja maligno obolenje.

V črevesju so možni tudi hiperplastični polipi ki so vnetne narave, možni so hamartomi, psevdopolipi, ki predstavljajo le privzdignjenja vnete sluznice pri kroničnih črevesnih boleznih in druge redke oblike polipov ( karcinoid ).

Adenomi, deloma tudi hiperplastični polipi, veljajo za t.i. prekanceroze. S svojo rastjo ( meja je nekako nad 2 cm ) vedno podležejo displaziji, ki se z rastjo stopnjuje do rakavega tumorja. Značilno je da se polipi črevesja velikokrat dedujejo. Pri posameznih polipih gre zgolj za dedno dispozicijo ( če so polipe imeli starši je bistveno večja možnost da jih bodo imeli otroci oz. kasnejše generacije ), medtem ko obstajajo prava dedna obolenja, pri katerih se polipi po zakonitostih dedovanja prenašajo iz generacije v generacijo. Največkrat gre za tako imenovano Familiarno polipozo kolona ali pa Gardenerjev sindrom. V obeh primerih je v debelem črevesu lahko prisotnih več sto ali celo več tisoč različnih adenomov iz katerih se do 40. leta praviloma v 100% vedno razvije rak. V teh primerih je edina možna terapija čim zgodnejša odstranitev debelega črevesa v celoti še pred razvojem maligne bolezni.

V debelem črevesu in danki se pojavljajo tudi različni **tumorji**. Kot povsod jih delimo na **benigne**, nenevarne kamor sodijo že omenjeni adenomi sluznice, ter lipomi, fibromi in miomi v plasteh črevesne stene. Razen adenomov so vsi drugi silno redki.

Precej pogostejši v debelem črevesu in danki so **maligni**, nevarni oz. zločesti tumorji. Njihova značilnost je lokalna infiltrativna rast, preraščanje stene črevesa in sosednjih organov ter zasevanje po celem telesu ( jetra, pljuča, možgani, kosti...).

Daleč najpogostejša oblika malignega tumorja debelega črevesa je žlezni rak oz. že omenjeni adenokarcinom, ki praviloma zraste iz prej normalne sluznice ali pa predhodno benignega adenoma preko različnih stopenj displazije.

Bistveno bolj redki kot rak so limfomi in druge maligne oblike tumorjev mehkih tkiv črevesne stene, ki pa so glede na število epidemiološko zanemarljivi ( liposarkom, fibrosarkom, leiomiosarkom ).

### **Zaključek:**

Stoma lahko pomeni dokončno stanje z invalidnostjo in telesno okvaro, vendar pa lahko večkrat pomeni tudi popolno ozdravitev najrazličnejše patologije danke in debelega črevesa in kot taka večkrat predstavlja most med življenjem in smrtjo.

Kakršnikoli tumorji spodnje in deloma srednje tretjine danke, ali druge lokacije različnih obolenj, kjer je zaradi onkoloških principov ali bolezni same potrebno odstraniti tudi sfinktersko muskulaturo analnega kanala, vedno privedejo do stalne enocevne kolostome.

Pri segmentnih resekcijah višje so velikokrat potrebnečasne DERIVACIJSKE, večinoma dvocevne stome, prav tako so RAZBREMENILNE stome večkrat potrebne v primeru zapore oz. ileusa prebavne cevi iz kakršnegakoli razloga. Če gre le za reševanje akutnega zapleta in je kasneje s terapijo mogoče bolezen, ki je zaplet povzročila pozdraviti, je taka stoma lečasna. Če je zaporo povzročila bolezen ki je napredovala do te mere, da kasnejše zdravljenje ni več mogoče ( npr. ileus ob napredovalem raku ), ali pa že ob načrtovanem posegu odstranitev tumorja ni več mogoča, predstavlja taka stoma le paliacijo in je v tem primeru trajna in dokončna, bolnik pa v takem primeru osnovne bolezni seveda ni ozdravljen.

Ne glede na vrsto, namen, trajanje in lokacijo stome se velja pri »izdelavi« le-te kar najbolj potruditi, saj lahko za nego problematična stoma bistveno poslabša kvaliteto življenja bolnika. To velja ne glede na čas, ki bolniku zaradi vrste in stadija obolenja še preostaja do konca življenja. Žal to kljub vestnosti, natančnosti in skrbnosti kirurga zaradi narave, lokacije in napredovalosti obolenja ni vedno mogoče.

### **Literatura:**

1. Sabiston DC. Textbook of surgery. 15th edition. Philadelphia: W. Saunders Company; 1997.
2. Petersdorf RG, Adams RD, Braunvald E, Isselbacher KJ, Martin JB, e tal. Harrison's Principles of internal medicine 2. 11th edition. Auckland Bogota: McGraw-Hill Book Company 1987.
3. Štulhofer M. Kirurgija probavnog sustava. Samobor, Zagreb: Poduzeće za graf. Djelat; 1992