



САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ

УХОД ЗА СТОМАМИ

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

УХОД ЗА СТОМАМИ

Учебно-методическое пособие

Санкт-Петербург
2026

УДК 616–083, 616.34–089.86

Уход за стомами: учебно-методическое пособие. — СПб.: Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. — 2026. — 100 с.

Авторы: Тихач И.И., Бабков О.В., Лаврова Е.А.

Редактор: профессор В.Е. Парфенов

Рецензенты: д.м.н. Батыршин И.М., проф. Суров Д.А.

Утверждено в качестве учебного пособия

*проблемной комиссией СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе №1
от 9 октября 2025года, выписка из протокола №9*

В пособии, на основе анализа данных современной литературы и собственных наблюдений авторов, рассматриваются вопросы ухода, диагностики и лечения осложнений стом кишечника и уростом, в том числе в послеоперационном периоде, и обучения стомированных пациентов.

Пособие предназначено для медицинских сестёр, врачей-хирургов, а также обучающихся по программам основного и последипломного профессионального образования.

Содержит 45 рисунков и одну таблицу.

ISBN 978-5-907834-50-7



ISBN 978-5-907834-50-7

© ГБУ Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СТОМАХ	4
КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СТОМИРОВАНИЯ	5
КЛАССИФИКАЦИЯ СТОМ	8
– Кишечные стомы	8
– Уростомы	12
ПРИЧИНЫ СТОМИРОВАНИЯ	14
ВИДЫ СТОМИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ	16
СРЕДСТВА ДЛЯ УХОДА ЗА СТОМАМИ	18
– Виды стомных систем	18
– Уходовые средства и аксессуары	29
УХОД ЗА СТОМОЙ	40
– Смена кало-/уроприёмника	40
– Уход за стомой в послеоперационном периоде	50
– Основные причины плохой фиксации и протеканий стомных систем	60
ОСЛОЖНЕНИЯ	62
– Осложнения со стороны стомы	62
– Осложнения со стороны перистомальной кожи	71
– Причины осложнений и их профилактика	76
ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА	78
ОЦЕНКА СТОМЫ И ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ПОДБОРА СРЕДСТВ УХОДА	80
ПРОБЛЕМЫ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, РЕАКЦИЯ НА СТОМИРОВАНИЕ	82
ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ	84
ПИТАНИЕ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	88
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	92

ОБЩЕЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СТОМАХ

«Стома» – слово греческого происхождения и в переводе означает «рот» или «устье». В хирургии этим термином обозначают искусственно созданное отверстие, которое соединяет какой-либо полый орган с внешней средой.

Целью формирования разных видов стом может быть:

- Выведение из организма каких-либо выделений (кал, моча, желчь и др.) при невозможности их нормального прохождения по естественным путям. Пример: коло- и илестомы (выведение кишечного содержимого), уростомы (выведение мочи) и пр.
- Обеспечение дыхания (трахеостома)
- Необходимость введения в организм питательных веществ (гастростома, энтеростома).

Внешний вид стом и способы их формирования также имеют значительные отличия в зависимости от органа, на котором было выполнено стомирование, и назначения стомы. В некоторых случаях стома создаётся путём подшивания слизистой оболочки внутренней части органа к коже (колостомы, илеостомы и др.), а в других случаях стома может фактически представлять собой трубку (катетер), введённую в полость стомированного органа (нефростома, гастростома и др.).

Название каждого вида, как правило, состоит из названия того органа, который соединили с внешней средой и самого слова «стома». Так, гастростома соединяет с внешней средой желудок, холецистостома – желчный пузырь, колостомы – толстую кишку и так далее.

Если же употребляются просто слова «стома», «стомированный пациент», без уточнения, то речь, чаще всего, идёт о стомах кишечника. Особенность стомы в том, что в отличие от ануса и уретры она не имеет замыкательного аппарата, что лишает такого пациента возможности контролировать выделение стула или мочи.

Другими названиями кишечных стом, иногда употребляемыми в хирургической практике, являются:

- Anus praeternaturalis (противоестественный задний проход, искусственный анус)
- Искусственный наружный кишечный свищ.

В данном пособии мы рассмотрим уход за кишечными стомами, а также за уростомами.

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ СТОМИРОВАНИЯ

Сама мысль о создании хирургическим путём отверстия для отведения кишечного содержимого наружу при невозможности его нормального пассажа приходила врачам еще в глубокой древности. Были известны случаи формирования кишечных свищей при ранениях брюшной полости или как исход ущемлённых грыж за счёт самостоятельного отграничения раны от брюшной полости, причём такие пациенты могли прожить достаточно долгое время, что позволяло предполагать, что при необходимости можно создать такой свищ специально, путём хирургического вмешательства.

Подобные методы применялись (и применяются) для лечения домашних животных, например коров; несмотря на то, что в этом случае отверстие проделывают не в кишке, а в одном из отделов желудка для выхода скопившихся газов, сам принцип был известен.

В конце XVIII и XIX вв. уже проводились стомирующие операции. Их было ещё немного; хирурги лишь искали пути подобного лечения — часто такие попытки заканчивались смертью пациента, однако известны и случаи, когда люди жили по несколько лет после этих вмешательств.

Первоначально стомы создавали в основном при ранениях брюшной полости, выводя на переднюю брюшную стенку повреждённую часть кишки, и лишь потом хирурги начали формировать стомы из неповреждённой кишки. Начиная с конца XIX века, когда в медицинскую практику вошло применение наркоза, а также стали широко внедряться принципы асептики и антисептики, были разработаны различные методики и виды стомирующих операций, которые в наши дни считаются рутинными.

Тем не менее, несмотря на успехи медицинской науки, положение таких пациентов долгое время оставалось незавидным. Даже после успешно проведённой операции такой человек зачастую оказывался в социальной изоляции, так как средств ухода, позволяющих герметично собирать кишечное содержимое не существовало, к тому же стома могла располагаться не на передней брюшной стенке, как это принято сейчас, а в поясничной области, что значительно затрудняло самостоятельный уход за ней. Такое расположение стомы связано с тем, что во времена, когда антибиотиков ещё не существовало, а принципы асептики и антисептики только начинали внедряться в медицинскую практику, любое вхождение в брюшную полость грозило развитием перитонита; поэтому стому толстой кишки накладывали, проходя забрюшинно, хирургический доступ при этом делался в левой поясничной области.

В XX веке таких пациентов становилось всё больше, стомирование позволяло спасать множество жизней и само по себе уже не было столь опасной операцией, и проблема дальнейшего ухода за стомами

становилась всё более актуальной. Долгое время такие люди вынуждены были пользоваться различными устройствами (зачастую самодельными), которые не обеспечивали должной герметичности, были неудобны в использовании и заметны под одеждой. Чаще всего это были пояса с прижимными кольцами различной конструкции, которыми фиксировали емкость для сбора содержимого.

В то время врачи пытались решить проблему дальнейшего ухода за стомой хирургическим путём, для чего появлялись методики наложения континентных, то есть удерживающих стом. Чтобы стома могла выполнять функцию удерживания кишечного содержимого, применялись различные приёмы — от выведения стом вблизи гребня подвздошной кости и придавливания её бандажом, до попыток имитировать работу сфинктеров, выводя кишку особым образом через мышцы передней брюшной стенки. Были также попытки создания искусственных сфинктеров и различных вариаций кишечных резервуаров, однако сложность таких вмешательств, риски осложнений и неудовлетворительные в большинстве случаев функциональные результаты привели к почти полному отказу от таких операций. К тому же в середине XX века стали появляться средства ухода за стомой, которые значительно улучшали качество жизни таких пациентов и позволяли им вести практически обычный образ жизни.

Калоприёмник современного типа, а именно полиэтиленовый мешок с прикреплённой к нему клеевой основой появился в середине 1950-х годов. Изобретение было сделано датской медсестрой Элизой Соренсен для того, чтобы помочь своей родной сестре, перенесшей стомирующую операцию. Эта конструкция была доработана супругами Луис-Хансен, к которым Элиза обратилась со своей идеей (муж — бизнесмен, производитель пластиковых изделий, жена — медсестра) и с 1955 г. такие калоприёмники стали производить уже массово.

Это производство выросло в одну из крупнейших компаний, производящих средства для ухода за стомами — Coloplast.

Чуть позже в мире стали появляться программы по обучению стоматерапевтов — специалистов со средним медицинским образованием, занимающихся помощью стомированным людям. В нашей стране в силу исторических и экономических причин служба помощи таким пациентам начала развиваться с начала 1990-х годов, преимущественно в центральных регионах страны, на базе крупных специализированных колопроктологических и онкологических клиник. Первый кабинет по уходу за пациентами с кишечными стомами был создан в СССР в 1989 году на базе ГНЦ колопроктологии по инициативе академика РАМН, профессора Г.И. Воробьёва.

В Санкт-Петербурге стома-кабинет появился в 1992 г. на базе одной из поликлиник Калининского района по инициативе Р.Н. Оршанского;

в 2003 г. стома- кабинет был реорганизован в отделение реабилитации стомированных пациентов при городском клиническом онкологическом диспансере (ГКОД), где сейчас оказывается медицинская, социальная и психологическая помощь пациентам и их родственникам.

Во многих странах национальные ассоциации стомированных пациентов появились ещё в середине двадцатого века — например, в 1951 году в Дании, в 1966 г. — в Австралии, в 1970 году была основана Всемирная Ассоциация стомированных пациентов, в которую на сегодняшний день входят десятки стран.

В 2000 году в неё вошла российская ассоциация стомированных пациентов «АСТОМ». Интересен и тот факт, что в ряде стран, в том числе в Японии, Великобритании и др. для стомированных пациентов создаются максимально комфортные условия в общественных местах — в туалетных комнатах для инвалидов даже устанавливаются специальные раковины для обработки стомы.

КЛАССИФИКАЦИЯ СТОМ

КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ

1. По участку кишечника, который выводится наружу

- Илеостома – при выведении тонкой (подвздошной) кишки
- Колостома – при выведении толстой кишки, в зависимости от отдела толстого кишечника различают: цекостому (когда выведена слепая кишка), асцендостому (восходящая), трансверзостому (поперечно-ободочная), десцендостому (нисходящая) и сигмостому (сигмовидная).

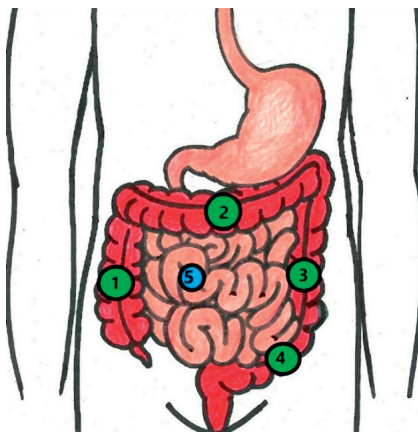


Рис. 1. Кишечные стомы (схема)

Толстокишечные стомы: 1 – асцендостом, 2 – трансверзостом,
3 – десцендостом, 4 – сигмостом
Тонкокишечная стома: 5 – илеостом

2. По технике наложения

- а) Илеостомы:
- Одноствольная (по Бруку)
 - Резервуарная (карман Кока)
 - Петлевая
 - Раздельная

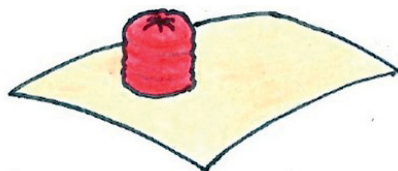


Рис. 2. Одноствольная концевая илеостом

б) Колостомы:

- Концевая
- Петлевая
- Раздельная
- Разгрузочная(пристеночная)

Пристеночные стомы в настоящее время накладывают крайне редко (вообще такой тип стомы не прекращает пассаж содержимого по кишке, а только позволяет частично отвести содержимое наружу и выполнить декомпрессию). Чаще всего встречаются стомы концевые или петлевые.

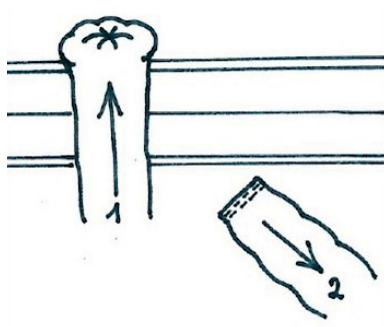


*Рис. 3. Концевая стома (схема)
1 — приводящая часть кишки, 2 — отводящая*

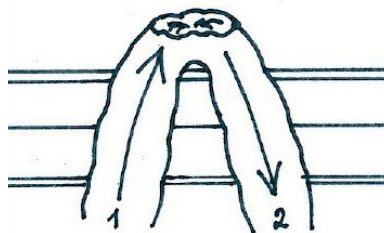


*Рис. 4. Петлевая стома (схема)
1 — приводящая часть кишки, 2 — отводящая*

Что касается петлевых и раздельных стом, то, несмотря на имеющиеся между ними различия в технике формирования и в некоторых других моментах, они имеют, по сути, одинаковое предназначение. Дело в том, что кишечное содержимое состоит не только из поступающей в организм пищи (неважно, съеденной или введенной в зонд либо гастростому), но и из того, что продуцирует сама кишка — это слизь, слущенные клетки кишечного эпителия, мёртвая кишечная микрофлора; соответственно, даже если какой-то участок кишечника выключить из процесса пищеварения,

в нём всё равно будет накапливаться содержимое. Петлевые и раздельные стомы как раз и позволяют в том числе обеспечить отток образующегося содержимого из отключённых участков кишечника. В литературе для таких стом (при раздельном наложении) встречается название «Слизистая стома».

3. По форме выведенной кишки (для колостом):

- Выпуклая
- Плоская

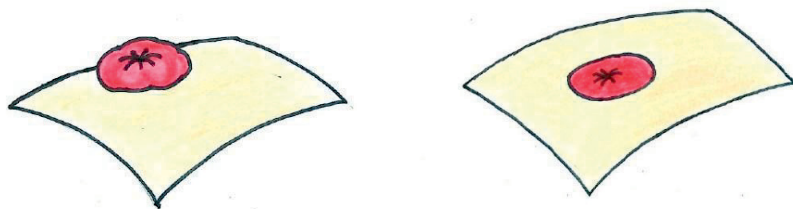


Рис. 5. Колостомы — выпуклая (слева) и плоская (справа)

4. По количеству стволов:

- Одноствольная
- Двуствольная

5. По прогнозу в плане восстановления непрерывности кишки:

- Постоянная
- Временная

В настоящее время хирурги стремятся к тому, чтобы большинство стом были временными, однако это возможно не во всех случаях.

Стома может стать постоянной в следующих случаях:

- При тяжёлом состоянии пациента и невозможности устранения той причины, которая привела к стомированию (чаще всего это онкопациенты с неблагоприятным прогнозом, которым стома была наложена по жизненным показаниям, например, при непроходимости).
- При тяжёлых сопутствующих соматических патологиях (например, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), когда операция несёт слишком большие риски для пациента.
- При нежелании пациента проводить восстановительную операцию.
- При хронических воспалительных заболеваниях кишечника, когда у пациента полностью удалена толстая кишка, илеостома может быть

постоянной. Хотя в этих случаях возможны низведение тонкой кишки в малый таз и создание специального «кармана» («сумки»), не всегда такая операция приводит к повышению качества жизни и в некоторых случаях пациент возвращается к илеостоме.

- При технической невозможности восстановления, как правило, когда в связи с распространённостью онкологического процесса в результате операции удаляется не только часть кишечника, но и запирающий аппарат прямой кишки. Следует сказать, что существуют методы восстановительных операций и в таких случаях — есть способы создания искусственных сфинктеров, например, из мышц бедра (фактически создаётся промежностная стома — кишка низводится в промежность и с помощью различных методик формируется искусственный сфинктер); однако в настоящее время такие операции практически не производятся.

Во-первых, состояние пациентов, которым были выполнены такие радикальные вмешательства, далеко не всегда позволяет выполнить эту достаточно сложную и объёмную операцию, во-вторых, такие операции требуют не только специальных умений хирурга, но и вовлечённости и большой ответственности пациента, так как искусственный сфинктер нужно тренировать (и даже при этом он не будет настолько же надёжен как естественный), соблюдать диету и режим питания и проч.

6. По количеству:

- Одиночные
- Множественные (два и более)

Две стомы (кишечные) могут быть у пациента при формировании отдельных стом, как уже было рассказано выше.

Но чаще несколько кишечных стом встречаются у пациентов после повторных операций при наличии каких-нибудь осложнений, когда либо необходимо «отключить» ранее сформированную стому — тогда проксимальнее неё накладывают стому петлевую, либо когда нужно сохранить несколько изолированных участков кишки, которые в данный момент невозможно соединить анастомозами (при перитоните, сепсисе и проч.). Цель их создания — такая же, как и у петлевых и отдельных стом: для оттока образующегося в кишке содержимого. Иногда, в чисто практических целях (для подбора средств ухода), проводится деление стом по форме — круглые, овальные или неправильной формы.

УРОСТОМЫ

Это стомы, предназначенные для отвода мочи, термином «уростомы» чаще всего называют илеоконduit (реже колоконduit), то есть стома, сформированная из изолированного участка тонкой (реже толстой) кишки с подшитыми к нему мочеточниками, хотя иногда под этим же названием объединяют ещё один вид мочевых стом — уретерокутанеостомы.

Илеоконduit создаётся следующим образом: во время операции вырезается небольшой участок тонкой кишки, при этом он остаётся на брыжейке, то есть иннервация и кровоснабжение сохраняются. Далее на тонкую кишку накладывается анастомоз, чтобы восстановить её непрерывность; один конец этого изолированного отрезка ушивается, а другой выводится на переднюю брюшную стенку, то есть из него формируется стома столбиком. К проксимальной части илеокондуита подшивают оба мочеточника.

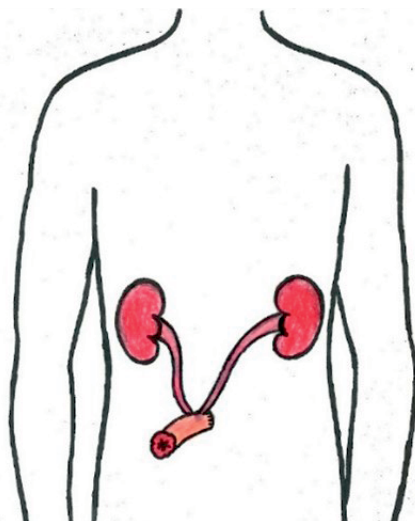


Рис. 6. Уростома — илеоконduit (схема)

По внешнему виду такая стома не отличается от кишечной, к её плюсам относят удобство для пациента, а также снижение риска возникновения восходящих инфекций мочевых путей.

На переднюю брюшную стенку могут быть выведены также непосредственно мочеточники — один или оба; связано это может быть с состоянием пациента либо с технической невозможностью формирования илеокондуита. Иногда, как уже было сказано выше, такой вывод тоже называют уростомой, хотя более корректный термин в данном случае — уретерокутанеостома (от лат. слов *ureter* — мочеточник и *cutis* — кожа).

При использовании таких стом повышается риск возникновения восходящих инфекций, кроме того, они могут быть менее удобны в уходе по следующим причинам:

- Две отдельные стомы вместо одной
- Могут находиться не на передней поверхности живота, а практически на боках
- Не всегда выступают над уровнем кожи.

ПРИЧИНЫ СТОМИРОВАНИЯ

Подавляющее большинство операций, заканчивающихся выведением стомы, проводится по поводу онкологических заболеваний или их осложнений — около 94%; оставшиеся 6% — при травмах (ножевые, пулевые ранения; дорожно-транспортный и производственный травматизм с повреждением кишечника и развитием перитонита), болезни Крона, неспецифическом язвенном колите и других заболеваниях.

Эти заболевания менее распространены, чем рак, но зачастую требуют полного удаления толстого кишечника в связи с тотальным его поражением. При язвенном колите это поражение воспалительного характера, с развитием язв вплоть до перфорации кишки; при болезни Крона в стенке кишки также образуются язвы и характерные гранулёмы, при длительном течении приводящие к перфорациям, образованию свищей и стриктур. При семейном полипозе в толстой кишке образуется большое количество предзлокачественных полипов. Эти факторы приводят к значительному ухудшению качества жизни пациентов, а так как консервативное лечение при этих заболеваниях часто оказывается малоэффективным, то единственным выходом остаётся хирургическая операция с наложением стомы. Следует также отметить, что эти заболевания, особенно при длительном течении, могут приводить к развитию рака толстой кишки.

Показаниями к наложению илеостомы являются:

- Неспецифический язвенный колит.
- Болезнь Крона.
- Ишемический колит.
- Травмы и ранения кишечника при наличии перитонита.
- Осложнения воспалительных и опухолевых заболеваний толстого кишечника (колиты, дивертикулиты, злокачественные новообразования).
- Осложнения после операций на толстом кишечнике (несостоятельность анастомозов, перитонит, кишечная непроходимость и др.).
- Превентивная разгрузочная илеостома для защиты толсто-толстокишечных анастомозов.

Показаниями для наложения колостомы являются:

- Рак толстой кишки и анального канала.
- Осложнения при заболеваниях толстой кишки — перфорации кишки с развитием перитонита и др..

- Семейный кишечный полипоз.
- Превентивное наложение колостомы при низких колоректальных анастомозах.
- Травмы толстой кишки с повреждением её стенки.
- Тяжёлые ожоги промежности, ягодиц, требующие оперативного лечения.
- Опухолевые инфильтраты в малом тазу (при раке прямой кишки, мочевого пузыря, тела и шейки матки).
- Ректовагинальные и ректовезикулярные свищи (после лучевой терапии или травм).
- Постлучевые проктиты (чаще всего при лечении рака шейки матки);
- Аноректальное недержание.
- В педиатрии — при болезни Гиршпрунга и врождённых аномалиях (атрезия ануса, расщелина позвоночника и др.)

Показаниями к наложению уростом являются:

- Рак мочевого пузыря, полового члена.
- Злокачественные опухоли других органов малого таза или кишечника с прорастанием в мочевой пузырь, образованием опухолевых конгломератов и т.д.
- Врождённые аномалии (эктопия мочевого пузыря, расщелина позвоночника).
- Сморщенный мочевой пузырь.
- Травмы с повреждением органов малого таза.
- Свищи, в том числе после лучевой терапии и др.

ВИДЫ СТОМИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Различают операции экстренные, которые выполняются в хирургическом стационаре при травмах, развитии осложнений существующих заболеваний (например, при острой кишечной непроходимости, перфорации дивертикула и т.д.) и плановые, которые проводятся в профильных (хирургических или онкологических) учреждениях после соответствующей подготовки.

Операция при онкологическом заболевании может быть:

- Радикальной, если удаляется кишка с опухолью и нет отдалённых метастазов, а также радикальной комбинированной, если вместе с кишкой удаляется соседний орган, также поражённый опухолью.
- Паллиативной, если после удаления кишки с опухолью в организме имеются отдалённые метастазы.
- Симптоматической, если выполняется наложение разгрузочной колостомы по жизненным показаниям (для ликвидации кишечной непроходимости), но поражённый опухолью орган невозможно удалить.

Операции, приводящие к наложению илеостомы:

- а) Тотальная колопротэктомия с формированием постоянной илеостомы.
- б) Субтотальная колопротэктомия, при которой оставляется часть прямой кишки, которую иногда используют для восстановительной операции, соединяя впоследствии с тонкой кишкой.
- в) Разгрузочная (петлевая) илеостома накладывается обычно при осложнениях некоторых заболеваний (рака кишечника, колитов и др.) или для страховки кишечных анастомозов, как правило, такие илеостомы временные.

Операции, приводящие к наложению колостомы:

- а) Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, при которой удаляется вся прямая кишка вместе с замыкательным аппаратом; колостома при ней обычно постоянная.
- б) Гемиколэктомия, которая в свою очередь подразделяется на:
 - Правостороннюю, при этом удаляется правая половина толстой кишки (слепая, восходящая ободочная, правый изгиб и правая треть поперечно-ободочной кишки);
 - Левостороннюю, при которой удаляется левая половина толстой кишки (левая треть поперечно-ободочной кишки, нисходящая и сигмовидная кишка).

- в) Резекция толстой кишки по Гартману (удаляется часть толстой кишки, как правило, сигмовидная кишка, культя прямой кишки ушивается наглухо, а из проксимального отдела ободочной кишки формируется колостома, чаще всего временная)
- г) Раздельная колостомия, при которой после удаления части толстой кишки оба конца выводятся в виде отдельных стом. Проводится чаще всего при тяжёлой кишечной непроходимости, в дальнейшем проводится восстановительная операция
- д) Петлевая (разгрузочная) колостома может быть и временной, и постоянной, накладывается при тяжёлых травмах таза с повреждением внутренних органов или при запущенном неоперабельном опухолевом процессе в малом тазу
- ж) Эвисцерация малого таза задняя, при которой производится удаление гениталий и прямой кишки с оставлением мочевого пузыря; или тотальная — удаление всех тазовых органов единым блоком.

Операции, приводящие к наложению уростомы:

- а) Радикальная цистэктомия с формированием илеокондуита по Брикеру
- б) Эвисцерация малого таза — передняя или тотальная с созданием илеокондуита либо формированием уретерокутанеостом
- в) Формирование илеокондуита или уретерокутанеостом.

СРЕДСТВА ДЛЯ УХОДА ЗА СТОМАМИ

ВИДЫ СТОМНЫХ СИСТЕМ

Стомные системы — это общее название для всех видов каловых урочищников. В настоящее время существует большой выбор такой продукции как российского, так и зарубежного производства, предназначенной для различных видов стом и разных потребностей пациентов.

Все стомные системы, независимо от их вида, являются одноразовыми и повторному использованию не подлежат!

Все стомные системы делятся на:

- а) Однокомпонентные
- б) Двухкомпонентные

Однокомпонентные стомные системы

Однокомпонентные системы представляют собой мешок для сбора кала или мочи, к которому уже прикреплена клеевая пластина для фиксации к коже пациента. В свою очередь данные системы могут быть:

А) Недренируемые калоприёмники

Такие мешки не имеют сливного отверстия для опорожнения и при заполнении их необходимо заменять на новые; при этом они обязательно имеют встроенный фильтр для выхода газов (для избежания надувания и отклеивания такого мешка, запах при этом отсутствует).



*Рис. 7. Недренируемый калоприёмник
(в верхней части виден встроенный фильтр)*

Такой вид калоприёмника подходит только тем пациентам, которые имеют колостому и при этом оформленный стул. Как правило, это люди со стомами нисходящей или сигмовидной кишки, у которых выделение стула происходит 1–2 раза в сутки.

Кроме того, использование такого вида калоприёмников может быть неудобно и для лиц со сниженной способностью к самоуходу, так как для них процедура смены калоприёмника может представлять большую трудность, чем периодическое опорожнение мешка.

Другие люди напротив отдают предпочтение недренируемым калоприёмникам, мотивируя это нежеланием «пачкаться, возиться со сливом»; для таких пациентов замена мешка на новый представляется более простой и гигиеничной процедурой.

При илеостомах и даже стомах толстой кишки, расположенных проксимальнее, то есть ближе к переходу из тонкой кишки, такие калоприёмники не используют.

Такие мешки меняются по мере наполнения; смена как правило, требуется 1–2 раза в сутки.

Недренируемые калоприёмники чаще всего непрозрачные, телесного (бежевого) цвета, имеют нетканую подложку со стороны, прилегающей к коже, либо покрыты ею с обеих сторон. Такая подложка обеспечивает комфортное прилегание к коже, имеет антистатические свойства, минимизирует «шуршание» пластика.

Они не подходят также для послеоперационного периода, независимо от того, какая именно стома наложена, поэтому в условиях стационара этот вид стомных систем практически не используется.

Б) Дренируемые калоприёмники

Основная особенность этой группы калоприёмников — они имеют в нижней части мешка специальный слив, который позволяет опорожнять калоприёмник по мере необходимости, не отклеивая его от кожи.

Такой вид стомных систем является наиболее универсальным и распространённым, так как подходит людям с разными типами стом.

Несмотря на то, что такие калоприёмники иногда называют «илеостомическими», они подходят и для людей с колостомами, особенно в тех случаях, когда стома сформирована из проксимальных отделов толстой кишки; у пациента полуоформленный стул или диарея, а также в послеоперационном периоде.

При этом разные модели таких калоприёмников могут быть:

- Со встроенным фильтром или без него
- Стандартной формы или так называемой анатомической, при этом мешки отличаются для стом, расположенных справа или

слева на передней брюшной стенке, слив у них смещён в сторону (по направлению к середине живота)

- С разным устройством зажима на сливном отверстии — это может быть отдельный пластиковый зажим, зажим в виде «закрутки», как уже прикреплённый к мешку, так и требующий предварительного приклеивания, либо встроенная застёжка на липучке (у наиболее современных модификаций).

Дренируемые калоприёмники могут быть непрозрачные, телесного (бежевого) цвета или сделанными из прозрачного пластика; также как и недренируемые имеют нетканую подложку со стороны, прилегающей к коже, либо покрыты ею с обеих сторон. Такая подложка обеспечивает комфортное прилегание к коже, имеет антистатические свойства, минимизирует «шуршание» мешка.



Рис. 8. Дренируемые калоприёмники с различными видами застёжек

Необходимая частота плановой замены таких калоприёмников составляет от одних до трех суток, в зависимости от ситуации. Производители, как правило, советуют менять такой мешок один раз в сутки, при условии, что пациент не имеет каких-либо проблем с перистомальной кожей и не испытывает неприятных ощущений, срок плановой замены может быть увеличен до 2—3 суток.

Важно! Некоторые производители выпускают дренируемые калоприёмники без встроенных застёжек на сливе, к которым прилагаются пластиковые зажимы не индивидуально для каждого мешка, а 1-2 зажима на коробку калоприёмников, то есть из расчёта 1 зажим как минимум на 5, а то и на 10-15 мешков; что делает использование таких калоприёмников в условиях стационара крайне неудобным.

в) Послеоперационные калоприёмники

Это однокомпонентные дренируемые калоприёмники с некоторыми конструктивными особенностями, специально предназначенные для использования в раннем послеоперационном периоде.



Рис. 9. Послеоперационный калоприёмник

В отличие от стандартных моделей:

- Имеют более широкое клеевое основание (если в обычных калоприёмниках максимальный размер вырезаемого отверстия составляет, как правило, 60–70 мм, то в послеоперационных моделях этот параметр увеличен до 100–115 мм)
- Всегда сделаны из прозрачного пластика
- Сам мешок также имеет больший объем
- Слив в виде широкой трубки с пробкой (при этом в комплекте может идти отдельная застёжка). При необходимости нижнюю часть со сливной трубкой можно срезать и закрывать такой калоприёмник либо закруткой, либо зажимом как стандартные модели.
- Эти калоприёмники имеют над областью стомы также ревизионное окно с крышкой (диаметром около 10 см), которую можно открывать и закрывать неограниченное число раз, что позволяет осматривать стому и производить необходимые манипуляции, не снимая калоприёмника.
- Наклеивают такой калоприёмник сразу после наложения стомы в операционной, срок его ношения до пяти суток.

г) Мини-капы (стомные крышки)

Представляют собой однокомпонентные недренируемые калоприёмники минимального объёма, имеющие встроенный фильтр. Диаметр самого мешка фактически равен диаметру клевого основания, поэтому такие калоприёмники не предназначены для сбора содержимого, а используются либо для закрытия слизистых стом с низкой продукцией (для защиты стомы от травматизации), для закрытия колостом, когда пациент использует метод ирригации, а также для кратковременного закрытия колостом при занятиях спортом, плавании, сексуальной активности и т.п.

д) Уроприёмники

Предназначены для сбора мочи у пациентов с уростомами либо уретерокутанеостомами.

Имеют в своей конструкции **принципиально важные отличия** от калоприёмников:

- Слив сделан в виде сливной трубки с пробкой (при необходимости к нему можно присоединять ножной или прикроватный мочеприёмник)



Рис. 10. Однокомпонентный уроприёмник

- Иногда встречаются уроприёмники с другой конструкцией слива, он сделан в виде клапана, который открывается и закрывается поворотом нижней части этого клапана либо сдвиганием цветной части клапана в сторону
- Не имеют фильтра
- Всегда имеют антирефлюксный клапан (внутри мешок уроприёмника состоит из нескольких отсеков и специальной спайки между

стенками уроприёмника; при этом моча стекает в нижнюю часть и остаётся там, даже если уроприёмник перевернуть «Вверх ногами». Такая система не даёт моче попадать обратно на область стомы и клеевой пластины, что, во-первых, снижает риск возникновения раздражений кожи, протеканий и отклеивания мешка, а, во-вторых, снижает риск возникновения восходящих инфекций мочевых путей).



Рис. 11. Антирефлюксный клапан (выделен чёрным)



Рис. 12. Принцип работы антирефлюксного клапана

Так же как и калоприёмники, уроприёмники могут быть прозрачными (чаще всего) либо телесного цвета, имеют нетканую подложку с прилегающей к коже стороны или по всей поверхности.

Важно! Категорически запрещено использовать калоприёмники у пациентов с мочевыми стомами и наоборот.

Все однокомпонентные стомные системы имеют на защитной плёнке (бумаге) клеевого слоя круговую маркировку с указанием размеров отверстия в миллиметрах. Как правило, максимальный размер отверстия составляет 60 либо 70 мм для стандартных калоприёмников. У большинства однокомпонентных кало-/уроприёмников на клеевой пластине имеется специальное «ушко» — небольшой выступ без адгезивного слоя, который предназначен для отклеивания мешка.

Важно! Нельзя вырезать отверстие большего размера, чем максимально допустимое для данной модели, это будет приводить к отклеиванию мешка.

В настоящее время некоторые производители выпускают дренируемые калоприёмники увеличенного объема, такие модели имеют и клеевое основание большего диаметра.

Двухкомпонентные стомные системы

Состоят, как следует из названия, из двух частей — клеевых пластин и сборных мешков; при этом могут применяться у пациентов с любыми видами стом, так же как и в случаях с однокомпонентными системами.

К достоинствам таких систем можно отнести то, что пластины рассчитаны на более длительный срок ношения, нежели адгезивы однокомпонентных кало-/уроприёмников, что позволяет применять их при многих видах осложнений, когда требуется минимизировать травматизацию перистомальной области. В среднем адгезивную пластину двухкомпонентной системы следует заменять один раз в 3–5 дней; смена мешков на пластине при этом может производиться от нескольких раз в сутки до одного раза в 2–3 дня. Эти системы позволяют также получить доступ к стоме, не отклеивая пластину с кожи, а только отсоединив сборный мешок. Некоторые пациенты, обладающие чувствительной кожей, считают этот вид стомных систем наиболее удобным.

К недостаткам этого вида стомных систем можно отнести то, что многие пластины имеют достаточно небольшой максимальный диаметр вырезаемого отверстия — до 35–45 мм, что ограничивает их применение. Кроме того, пластины с фланцевым соединением обладают большой жёсткостью, что делает неудобным или невозможным их применение в некоторых случаях (например, при нахождении стомы вблизи костных выступов).

Что касается мнения пациентов, то одни считают такой вид кало-/уроприёмников наиболее удобным для себя в связи с относительно

нечастой необходимостью замены пластин, тогда как для других процесс наклеивания пластины, а потом надевания на неё сборного мешка представляется сложным и неудобным в сравнении с однокомпонентными системами.

а) Двухкомпонентные системы с фланцевым соединением

Наиболее распространённый тип стомных систем, в которых сборные мешки крепятся на пластину с помощью фланца — при этом на обеих частях системы есть жесткие пластиковые кольца, иногда с дополнительной защёлкой для надёжности, которые и обеспечивают соединение.

Что касается сборных мешков, то их устройство и назначение аналогично однокомпонентным кало-/уроприёмникам с той лишь разницей, что вместо клеевого слоя они имеют фланец (пластиковое кольцо) определённого диаметра для крепления на пластину. На фланце мешков чаще всего имеется пластиковое ушко для снятия мешка с пластины.



Рис. 13. Двухкомпонентная система с фланцевым соединением

Для кишечных стом существуют сборные мешки:

- дренируемые (с фильтром или без), с разными типами застёжки
- Недренируемые
- Сборные мешки-уроприёмники для мочевых стом.

При этом ассортимент адгезивных пластин достаточно разнообразен и предусматривает пластины для разных ситуаций.

1. Плоские пластины

Похожи на клеевой слой однокомпонентных кало-/уроприёмников, при этом такие пластины могут быть:

- Полные (клеевой слой имеет одинаковую толщину на всем диаметре пластины), такие пластины подходят для использования на ровной поверхности вокруг стомы
- Облегчённые (края пластины при этом сделаны из нетканого материала, аналогичного тому, из которого изготавливают пластыри и послеоперационные повязки). Такое устройство помогает закрепить пластину на выпуклой перистомальной области за счёт гибкого края, который лучше подстраивается к особенностям рельефа передней брюшной стенки; при необходимости его можно также надрезать, сделать нахлест и т.п.

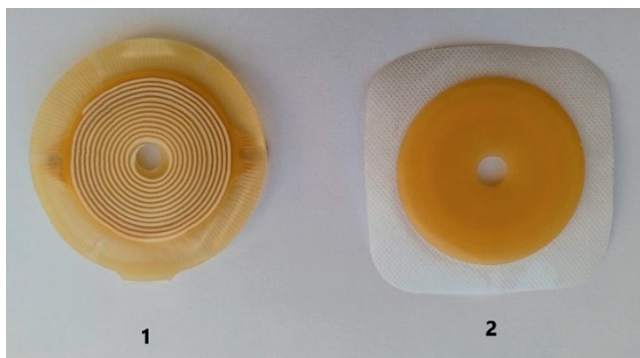


Рис. 14. Пластины: полная (1) и облегчённая (2)

2. Конвексные пластины

Данные пластины предназначены для втянутых (находящихся в углублении) стом. Середина конвексных пластин как бы выгнута в сторону передней брюшной стенки, что позволяет ей плотно прилегать к коже в том случае, если стома находится в углублении, причём некоторые фирмы выпускают пластины с разной степенью выпуклости (более или менее выгнутые). Такая пластина напоминает по форме суповую тарелку.

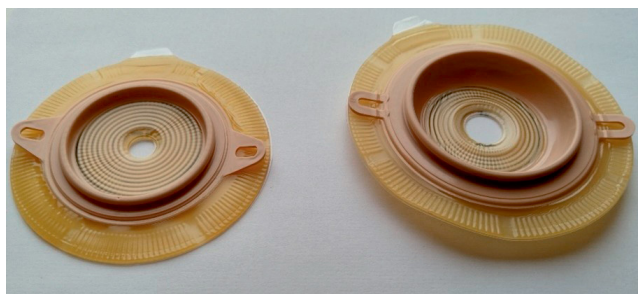


Рис. 15. Плоская (слева) и конвексная (справа) пластины

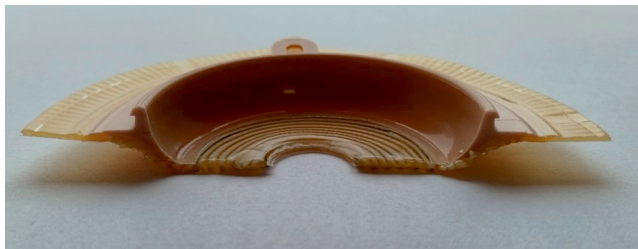


Рис. 16. Конвексная пластина в разрезе

Сейчас у некоторых производителей имеются и однокомпонентные системы с конвексным адгезивом.

Пластины (и плоские, и конвексные) могут различаться:

- **По диаметру**
Важно! Диаметр фланца пластины и сборных мешков должны соответствовать друг другу:
- **По составу адгезива.** Все пластины, независимо от их вида, можно использовать и для кишечных, и для мочевых стом, тем не менее некоторые производители выпускают пластины из более устойчивых адгезивов, которые специально предназначены для уро- и илеостом. Такие клеевые пластины могут быть сделаны из прозрачного адгезива, что позволяет контролировать состояние перистомальной области, не снимая пластины.
- **По наличию креплений для пояса.** Практически все двухкомпонентные стомные системы с фланцевым соединением имеют возможность крепления пояса, что позволяет обеспечить дополнительную фиксацию стомной системы при необходимости. Чаще всего специальные ушки для пристёгивания пояса находятся на фланце самой пластины с двух сторон. Однако, следует знать, что некоторые производители используют в своей продукции другой принцип — ушки для пояса могут располагаться не на адгезивной пластине, а на фланце сборного мешка.
- **Полные или облегчённые.**

Пластины, так же как и клеевое основание однокомпонентных стомных систем, имеют нанесённую на защитную плёнку маркировку для вырезания отверстия нужного диаметра. Но в последние годы появились и исключения из этого правила — на рынок были выпущены пластины с так называемым моделируемым устьем, которые не требуют вырезания отверстия — адгезивный слой таких пластин растягивается пальцами до нужного диаметра и формирует своеобразный «воротничок» вокруг стомы.

б) Двухкомпонентные системы с бесфланцевым соединением

Основной отличительной чертой таких систем является система соединения адгезивной пластины и сборного мешка, здесь, в отличие от предыдущего типа, нет жёстких пластиковых деталей, сами пластины мягкие и гибкие (иногда это называют «мягким фланцем»); крепление мешка осуществляется за счёт его приклеивания к пластине. Такое соединение меньше выступает над поверхностью передней брюшной стенки, обладает значительной гибкостью и эластичностью, что позволяет его использовать при неровностях рельефа перистомальной области.

Сборные мешки для таких систем выпускаются таких же типов, как и для систем с фланцевым соединением и отличаются только типом крепления к пластине (мягкое клеевое кольцо вместо фланца).

Пластины при таком типе соединения также могут быть полными, облегчёнными, конвексными, с моделируемым устьем.

Однако такие системы, в отличие от фланцевых, не имеют возможности для крепления пояса.

Важно! Дренируемые стомные системы, как одно- так и двухкомпонентные могут использоваться не только при уходе за стомами, но и при наличии у пациента различных свищей — кишечных, мочевых, желчных. Также кало- или уроприёмники используются в некоторых случаях для ран с большим количеством отделяемого, либо при наличии дренажей, когда есть значительное подтекание мимо дренажной трубки; в таких ситуациях стомные системы фактически выполняют роль раневых мешков (Wound Pouch).

Педиатрическая продукция

У большинства производителей стомных систем и сопутствующих товаров есть линейки кало-/уроприёмников, а иногда и специальных уходовых средств для педиатрической практики. Некоторые производители выпускают даже стомные системы, рассчитанные не просто на детей, а именно для новорождённых.

Ассортимент продукции по большому счёту не отличается от такового для взрослых пациентов. В уходе за стомированными детьми используются те же виды кало-/уроприёмников и сопутствующих средств; разница заключается в размере стомных систем и иногда в использовании более щадящих адгезивов и уходовых средств, адаптированных под особенности детской кожи.

УХОДОВЫЕ СРЕДСТВА И АКСЕССУАРЫ

В этом разделе мы рассмотрим основные виды таких средств, которые предлагают зарубежные и отечественные производители.

1. Очистители (клинзеры)

Это жидкости, предназначенные специально для обработки кожи вокруг различных видов стом. Эффективно удаляют выделения, а также остатки других уходовых средств, при этом не сушат и не раздражают кожу.

Выпускаются либо в виде жидкости во флаконе — с распылителем или без, либо в виде уже пропитанных жидкостью салфеток в индивидуальной упаковке. При попадании на слизистую стомы не оказывают на неё негативного воздействия.

Способ применения: нанести жидкость на салфетку (марлевую или нетканую), аккуратно очистить кожу. Данные очистители также хорошо подходят для обработки кожи промежности при недержании, а также очистки кожи от слизи, гноя и проч. вокруг различных свищей и ран.

Важно! Большинство очистителей не требуют смывания водой. После их применения кожу достаточно протереть насухо либо дать ей высохнуть естественным путём.

Однако у некоторых производителей встречаются составы, которые необходимо смывать водой с мылом, поэтому необходимо предварительно изучить инструкцию.

2. Очистители для удаления адгезивов

Иногда их называют растворителями для клея кало-/уроприёмников. Основное их отличие от «обычных» очистителей состоит в том, что они предназначены именно для удаления с кожи клеевого слоя, а также уходовых средств, обладающих адгезивными свойствами (паст-герметиков, защитных колец и проч.). Данные средства выпускаются также в двух видах — в виде спрея и пропитанных очистителем салфеток в индивидуальной упаковке (блистере). Сделаны они на силиконовой основе, не содержат масел, спирта и других раздражающих кожу веществ; легко и быстро позволяют удалить адгезивы с кожи, при случайном попадании на слизистую не вредят ей.

Способ применения: спрей наносят непосредственно на место контакта клеевого слоя с кожей (прямо по краю клеевой пластины, одновременно плавно отделяя её от кожи). Салфетками удобнее удалять с кожи остатки пасты и других адгезивов.

Не требуют смывания с кожи, после высыхания не препятствуют приклеивания кало-/уроприёмников!

Данные средства могут быть использованы также и для удаления других клеевых составов, используемых в медицинской практике, — например, фиксирующих пластырей, самоклеющихся повязок и тому подобных изделий, если есть сложности с их снятием.

3. Кремы, увлажняющие и заживляющие

Предназначены для профилактического ухода за перистомальной областью. Увлажняют кожу, обеспечивают её эластичность, поддерживают нормальный уровень рН, снижают риск развития раздражений. Некоторые кремы имеют, помимо вышеперечисленных профилактических свойств, также и заживляющее действие и могут применяться при уже имеющихся на коже раздражениях или небольшой мацерации.

Способ применения: на предварительно очищенную и высушенную кожу крем наносят тонким слоем и оставляют на 10–15 минут, после чего остатки крема, которые не успели за это время впитаться в кожу, следует удалить сухой салфеткой и только после этого можно наклеивать кало-/уropriёмник.

Следует отметить, что такие кремы применяются чаще всего пациентами в домашних условиях, так как необходимость выжидать после нанесения некоторое время делает их неудобными для использования в условиях стационара.

Кроме того, они плохо подходят для применения в тех случаях, когда из стомы практически постоянно выделяется содержимое (уростомы и часто илеостомы). И даже при чётком соблюдении всех рекомендаций производителя в некоторых случаях такие кремы всё равно препятствуют хорошему сцеплению клеевой пластины с кожей.

Тем не менее в условиях стационара такие кремы могут с успехом применяться для обработки кожи промежности и ягодич у пациентов с недержанием, при возникновении других раздражений на коже — например, при подтекании гноя, возникновении опрелостей в складках кожи или под подгузниками и пр.

3. Защитные плёнки (защитные спреи, гелевые салфетки)

Эти средства предназначены для защиты кожи от мочи, кишечного содержимого и пр. Все они представляют собой жидкость, которая при высыхании образует на коже тонкую прозрачную плёнку, эффективно защищающую кожный покров перистомальной области, иногда их ещё называют «Вторая кожа». Выпускаются в двух видах — в виде спрея или пропитанных жидкостью салфеток в индивидуальной упаковке.

Спреи сделаны на силиконовой основе, не раздражают кожу, не вызывают неприятных ощущений при нанесении.

Способ применения: распылить на сухую, предварительно очищенную кожу вокруг стомы, подождать 0,5–1 мин, за это время плёнка успевает высохнуть и далее на неё можно клеить кало-/уropriёмник. Можно наносить на кожу с раздражениями; при попадании на слизистую средство также не причиняет ей вреда.

Защитные плёнки в виде салфеток с пропиткой могут быть двух видов:

- а) На силиконовой основе (как спрей)
- б) Со спиртовым растворителем

Способ применения: салфеткой обработать (смазать) предварительно очищенную сухую кожу вокруг стомы. Плёнка высыхает за 0,5–1,5 мин, далее на неё можно клеить кало-/уроприёмник.

Что касается плёнок, содержащих спиртовой растворитель, то они могут вызывать кратковременные неприятные ощущения (жжение, покалывание) при нанесении в том случае, если у пациента чувствительная или раздражённая кожа. При сильных раздражениях и тем более мацерации применять их не следует.

Однако в случае плохой фиксации адгезивов на коже плёнки, содержащие спиртовой растворитель, иногда дают лучший эффект, чем плёнки на силиконовой основе. Это связано с тем, что, во-первых, они слегка обезжиривают и подсушивают кожу, а, во-вторых, после нанесения и до момента полного высыхания становятся очень липкими, что позволяет улучшить адгезию клеевого слоя к коже. В таком случае, кало-/уроприёмник наклеивают, не дожидаясь полного высыхания состава.

Применение защитных плёнок в профилактических целях особенно рекомендуется пациентам с уростомами и илеостомами.

Данные уходовые средства являются также не только весьма эффективными, но и удобными в применении, в том числе и в условиях стационара.

4. Порошок (пудра) для стом

Выпускается чаще всего во флаконах, реже в пакетиках в виде белого мелкодисперсного порошка. Представляет собой гидроколлоид, который, реагируя с влагой на эрозированной поверхности, образует плёнку, позволяющую наклеивать кало-/уроприёмник и обладающую заживляющими свойствами.

Способ применения: кожу вокруг стомы предварительно очищают, высушивают; эрозии можно дополнительно промыть неспиртовыми антисептиками (хлоргексидин, мирамистин и т.п.) и также подсушить стерильной салфеткой. Далее на мокнущую поверхность наносится тонким равномерным слоем порошок из флакона (можно аккуратно разровнять его шариком или салфеткой). Далее следует выждать 1–2 минуты – за это время на эрозии образуется белая плёнка, после чего салфеткой аккуратно стряхивают остатки порошка. Делать это следует аккуратно, смахивающими движениями, ни в коем случае нельзя тереть образовавшуюся плёнку, чтобы не повредить её. После удаления остатков порошка на эту плёнку можно клеить кало-/уроприёмник.

У некоторых производителей встречаются порошки на основе смолы карайя (Karaya) — способ применения их аналогичен обычным порошкам, но они обладают более выраженным заживляющим действием.

Кроме применения по прямому назначению, в уходе за стомами, данными порошками/пудрами можно обрабатывать и другие мацерации или эрозии на коже — опрелости в кожных складках, мацерации при недержании и проч.

5. Пасты-герметики

Предназначены для выравнивания кожи вокруг стом при наличии складок, неровностей и пр.; герметизации швов в перистомальной области после операции, обеспечения герметичного прилегания внутреннего края адгезива для защиты кожи от агрессивных биологических выделений.

Выпускается в двух видах:

а) Паста в тюбике

Используется наиболее часто, в зависимости от производителя может быть разной консистенции, — более или менее густой. Такие пасты чаще всего содержат спиртовой растворитель, поэтому при нанесении на область швов, а также на чувствительную или раздражённую кожу могут вызывать жжение, которое быстро проходит.

В настоящее время у некоторых производителей есть пасты без содержания спирта; кроме того, такие пасты зачастую обладают и другими дополнительными характеристиками: хорошей заживляющей способностью, повышенными адгезивными свойствами, что в сочетании с отсутствием спиртов в составе позволяет успешно наносить их даже на эрозированные поверхности. Такие пасты могут содержать также и вещества, нейтрализующие пищеварительные ферменты, они не растворяются и не смываются с поверхности кожи едкими жидкими выделениями, что особенно важно для пациентов с илеостомами.

Способ применения: кожу вокруг стомы предварительно очищают и высушивают. Пасту можно наносить и разравнивать шпателем, обратной стороной пинцета и т.п. Ею заполняют складки на коже, замазывают линию швов, также можно нанести пасту непосредственно вокруг стомы, создавая «воротничок» для герметичного прилегания клеевой пластины. Соприкосновение пасты со слизистой не представляет опасности.

Бесспиртовые пасты с заживляющими свойствами можно наносить на предварительно очищенные и хорошо высушенные эрозии. Далее следует подождать 1–3 мин, чтобы паста слегка подсохла и «схватилась», после чего на неё можно клеить кало-/уроприёмник.

При использовании бесспиртовых паст выжидать не нужно, наклеивать мешок или пластину можно сразу.

Существует ещё один способ нанесения паст, который можно использовать в тех случаях, когда паста нужна только для герметизации

внутреннего края клеевой пластины. В этом случае в кало-/уโรปриёмнике вырезают отверстие необходимого диаметра, снимают защитную плёнку с клеевой пластины и далее пасту непосредственно из тюбика наносят по краю вырезанного отверстия валиком толщиной около 0,5 см, после чего мешок или пластину с нанесённой пастой приклеивают на кожу. Далее необходимо хорошо прижать пальцами по всей окружности внутренний край клеевой пластины для равномерного распределения пасты и надёжного приклеивания, движения при этом направлены от края клеевой пластины к стоме. Данный способ требует некоторого навыка, но к его плюсам следует отнести то, что он может быть удобнее в тех случаях, когда есть постоянное выделение содержимого из стомы (например, при уростомах).

б) Паста в полосках

Имеет тот же состав, что и паста в тюбике, но не содержит растворителей, соответственно не вызывает жжения при нанесении на кожу. Представляет собой небольшие полоски шириной около 1 см в индивидуальной упаковке. По консистенции такие пасты похожи на пластилин, и перед нанесением им можно придать любую необходимую форму, просто размяв их пальцами, либо отделив от полоски нужное количество состава. Из-за более плотной структуры такие пасты удобнее использовать для выравнивания глубоких складок и неровностей, однако их нанесение чуть сложнее — такой пасте нужно больше времени, чтобы хорошо схватиться с кожей, её необходимо хорошо прижимать к поверхности, а также из-за меньшей пластичности она хуже распределяется по мелким неровностям; поэтому желательно комбинировать её для большей надёжности с пастами в тюбике.



Рис. 17 Паста в полоске, наложенная вокруг стомы

Важно! Иногда можно встретить средства для перистомальной кожи, которые называются «паста», но при этом не имеют ничего общего с пастами-герметиками!

У них действительно пастообразная консистенция, однако способ их применения и действие ближе к заживляющим кремам, о которых было рассказано выше. Такие составы наносятся на сильно раздражённую или

эрозированную кожу на 15–20 мин, после чего их необходимо тщательно смывать. Данные пасты делаются на масляной основе и наклеивание на них мешка или пластины невозможно!

6. Защитные кольца и пластины

Могут также называться кольцевыми прокладками для стом, кожными барьерами, кольцевыми кожными барьерами. Защитные пластины некоторые продавцы могут называть также «Второй кожей», что создаёт некоторую путаницу в терминологии, потому что, как было сказано выше, «второй кожей» называют обычно защитные плёнки.

По своему назначению они близки к пастам-герметикам и применяются для выравнивания кожи и защиты от попадания мочи или кала под клеевую пластину. Они обладают высокой пластичностью, устойчивостью к агрессивным биологическим жидкостям, хорошими адсорбирующими свойствами. Материал, из которого делаются данные кольца и пластины, по сути является адгезивом и по своему составу может быть очень близок либо к пастам, либо к материалам клеевых пластин кало-/уроприёмников.

Кольца представляют собой круглую пластину (могут быть разного диаметра) толщиной 2–3 мм с небольшим отверстием посередине. Пластины имеют как правило толщину 1–2 мм, представляют собой прямоугольник или квадрат площадью примерно с ладонь и в отличие от колец не имеют отверстий. И пластины, и кольца находятся в индивидуальной герметичной упаковке для предотвращения высыхания и покрыты с обеих сторон защитной бумагой.

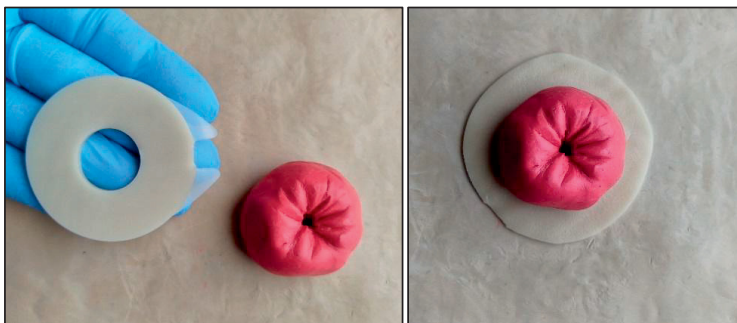


Рис. 18. Защитное кольцо

Способ применения: кожу вокруг стомы следует предварительно очистить и хорошо высушить. Кольцо можно согреть (например, подержав между ладонями) до того, как удалить с него защитную бумагу; это придаст ему большую эластичность. После снятия защитной бумаги отверстие в кольце можно аккуратно растянуть до нужного для конкретной стомы диаметра,

далее кольцо накладывается вокруг стомы и хорошо прижимается пальцами по всей окружности.

Что касается защитных пластин, то ими можно покрывать как всю перистомальную область, так и отдельные её участки по необходимости. Пластину можно разрезать, придавая ей необходимую форму, наклеивать, пластины также можно моделировать подобно пасте в полоске — например, скатать край пластины, чтобы сделать её толще для заполнения глубокой складки. Так же как и кольцо после приклеивания пластину необходимо прижать пальцами к коже в течении 0,5—1 мин.

Кало-/уроприёмники наклеивают прямо поверх колец или пластин.

Таковыми пластинами, помимо этого, можно защищать кожу вокруг ран, свищей или дренажей, если имеется высокий риск повреждения кожи агрессивными биологическими жидкостями.

7. Нейтрализаторы запаха

Иногда их также называют дезодорантами для стом. Они представляют собой жидкость во флаконе без запаха, либо с очень слабо выраженным приятным ароматом. Нейтрализуют запах в калоприёмнике на несколько часов.

Некоторые производители выпускают так называемые лубриканты-нейтрализаторы запаха, которые, помимо дезодорирующих свойств, могут облегчать опорожнение дренируемых мешков за счёт того, что при использовании действуют как смазка между стенками калоприёмника и его содержимым.

Как правило, необходимости в их использовании нет, так как современные стомные системы не пропускают запах даже при наличии фильтра. Появление запаха обычно свидетельствует о том, что калоприёмник по какой-то причине потерял герметичность.

Таким образом, применение данного вида средств целесообразно скорее для психологической поддержки стомированного пациента.

Способ применения:

а) При наклеивании нового калоприёмника (надевании нового мешка на пластину) внутрь перед заменой наливают 6—10 капель нейтрализатора и распределяют их по всей внутренней поверхности, потеряв калоприёмник/мешок между ладоней.

б) При опорожнении дренируемого мешка можно развести 6—10 капель в стакане воды комнатной температуры и после удаления содержимого аккуратно промыть этим раствором мешок через сливное отверстие с помощью спринцовки. При этом желательно промывать только нижнюю часть мешка, так, чтобы вода не попадала изнутри на клеевой слой (это может способствовать отклеиванию калоприёмника).

Непосредственно на стому нейтрализатор запаха наносить нельзя!

8. Измерители (трафареты) для стом

Представляют собой трафарет из плотной бумаги или картона с отверстиями (или полукруглостями) разного диаметра с указанием их размера в миллиметрах. Многие производители вкладывают такие трафареты в упаковки с кало-/уроприёмниками.



Рис. 19. Трафарет для стом

Используются такие трафареты для измерения размера стомы и соответственно индивидуального размера отверстия, вырезаемого в клеевой пластине стомных систем.

9. Пояса

Применяются для дополнительной фиксации кало-/уроприёмников, как правило, двухкомпонентных, хотя у некоторых производителей стали появляться и однокомпонентные стомные системы, которые имеют крепления для пояса (однокомпонентные калоприёмники с жестким конвексным клеевым слоем).

Пояса сделаны из эластичного материала, регулируются по длине, их можно стирать при необходимости. Крепится такой пояс к специальным ушкам, расположенным либо на фланце пластины двухкомпонентных систем, либо на фланце сборного мешка для такой системы.

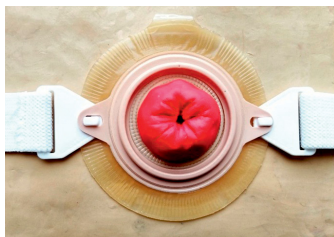


Рис. 20 Крепление пояса к пластине

Перед надеванием пояса регулируется по размеру, при этом необходимо, чтобы он плотно прижимал клеевую пластину к коже, но при этом не передавливал живот пациента. В некоторых случаях, когда есть серьёзные проблемы с фиксацией или под пластину дополнительно нанесены различные средства (например, пасты или защитные кольца), можно воспользоваться следующим приёмом: изначально отрегулировать натяжение пояса сильнее, а через 30—40 минут немного ослабить его до комфортного для пациента состояния. Такое непродолжительное, но сильное давление на пластину позволяет обеспечить надёжное «схватывание» клеевых составов с кожей и их надёжную фиксацию.

10. Абсорбирующие пакетики для стом

В последние годы среди разнообразного ассортимента средств ухода за стомами появились пакетики (саше), которые сделаны из специальной растворяющейся бумаги и содержат мелкие гранулы, которые превращают жидкое содержимое калоприёмника в гель. Таким образом, снижается вероятность протечек и отклеивания, содержимое более равномерно распределяется в сборном мешке, а не скапливается в нижней части, не разбрызгивается при опорожнении калоприёмника; также минимизирует запахи.

Способ применения: пакетик вкладывается в калоприёмник или мешок двухкомпонентной системы при их смене или при опорожнении (после того как из калоприёмника удалено содержимое, через слив туда помещают пакетик).

Важно!

- Пакетик-саше не вскрывают при вкладывании в калоприёмник!
- При их использовании стул будет тёмным, так как активный компонент, содержащийся в пакетиках, имеет чёрный цвет!

11. Тампон для стомы

Представляет собой тампон длиной около 3,5 см, покрытый растворимой плёнкой для более лёгкого введения и закреплённый на адгезивной пластине с фильтром. Такой тампон предназначен для временного закрытия колостом. Внутри кишки защитная плёнка под действием влаги растворяется и тампон надёжно блокирует просвет стомы. Фактически, он предотвращает выделение слизи наружу и защищает саму стому от травмирования. Тампоны можно устанавливать на несколько часов для занятий спортом, купания, сексуальной активности и пр.

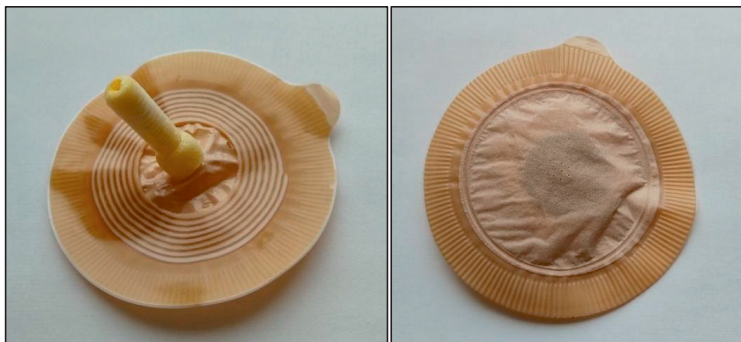


Рис. 21. Тампон для стомы – вид с внутренней (слева) и наружной(справа) сторон

Важно! Тампоны могут использовать исключительно пациенты со стомами толстой кишки и с оформленным стулом (как правило, это те пациенты, у которых стома сформирована из сигмовидной либо нисходящей ободочной кишки). При уростомах и илеостомах использование тампонов запрещено!

12. Стержни для стом

Предназначены для временной (в раннем послеоперационном периоде) фиксации петлевых стом и являются удобной и современной альтернативой традиционным самодельным «балкам», использующимся обычно в таких случаях. В отличие от балок, стержень не требует фиксации к коже с помощью швов, так как удерживается на месте за счёт поперечин на обоих концах; его можно сдвигать под петлёй кишки в обе стороны, что удобно при уходе за стомой и наклеивании калоприёмника.

Стержень сделан из прочного пластика, выпускается в индивидуальной стерильной упаковке в разобранном виде (2 части).

Способ применения: во время операции под сформированную петлю кишки, выведенную на переднюю брюшную стенку, заводится длинная часть стержня, после чего к ней присоединяется короткая часть и фиксируется с помощью встроенной защёлки. Для удаления балки короткая часть поворачивается относительно длинной на 90° и отсоединяется, после чего стержень легко вытаскивается из-под петли кишки.

12. Фиксирующие полукольца и полоски для стом

Сделаны из тонкого эластичного адгезива, представляют собой либо небольшие полоски шириной 2,5–3 см, либо полукольца такой же ширины. Иногда полукольцами называют также изогнутые полоски, которые на самом деле являются ¼ кольца. Предназначены данные изделия для дополнительной фиксации наружного края клеевых пластин одно-

и двухкомпонентных систем, что бывает необходимо в некоторых случаях — например если стома находится на выпуклой поверхности.

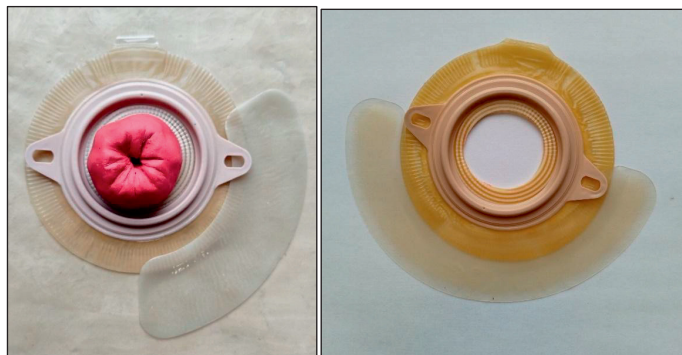


Рис. 22 Фиксирующие полукольца на пластине

Способ применения: после снятия защитной плёнки с липкой стороны полоски/полукольца их наклеивают на внешний край клеевой пластины с нахлёстом около 1 см. При необходимости можно фиксировать клеевую пластину кало-/уроприёмника либо по всей окружности, либо в определённых местах, где есть отставание края пластины.

14. Фильтры

Предназначены для использования при необходимости с теми видами калоприёмников, которые не имеют встроенного фильтра.

Выпускаются в виде наклейки около 2,5 см в диаметре и толщиной 2—3 мм.

Способ применения: фильтр плотно приклеивается снаружи на верхнюю часть калоприёмника, затем наружная стенка мешка с фильтром слегка оттягивается (чтобы не задеть стому и/или другие части калоприёмника) и фильтр посередине прокалывают прилагающейся булавкой вместе со стенкой мешка; при необходимости можно сделать не один, а несколько проколов. Лучше всего делать это перед наклеиванием калоприёмника или надеванием сменного мешка на пластину, но можно выполнить данную манипуляцию и на пациенте, соблюдая необходимую осторожность при прокалывании фильтра.

15. Наборы для ирригации

Предназначены для промывания кишечника через стому, как правило самими пациентами в домашних условиях.

Набор состоит из ёмкости для воды с мерной шкалой и встроенным термометром, трубки с регулятором потока воды и воронкой для введения в стому, рукава для отвода кишечного содержимого и пластины с поясом для фиксации рукава.

УХОД ЗА СТОМОЙ

СМЕНА КАЛО-/УРОПРИЁМНИКА

В данном разделе будут изложены основные принципы ухода за стомами при отсутствии осложнений.

Кратность плановой замены стомной системы зависит от того, какими именно кало-/уроприёмниками пользуется пациент.

Для однокомпонентных систем:

- Недренируемые калоприёмники – 1–2 раза в сутки (по мере наполнения)
- Дренируемые калоприёмники и уроприёмники – 1 раз в 1–3 суток

Для двухкомпонентных систем:

- Смена пластины 1 раз в 3–5 суток
- Смена сборных мешков – по необходимости (недренируемые по мере наполнения, дренируемые 1 раз в 1–3 суток)

При отклеивании, протекании или возникновении неприятных ощущений в перистомальной области смена кало-/уроприёмника производится немедленно!

Важно! При выборе времени для плановой замены калоприёмников нужно учитывать, что при наличии илеостомы менять его нужно либо утром до завтрака, либо через 3–4 часа после еды, так как после еды стимулируется активная перистальтика и из стомы будет поступать содержимое, что мешает процессу ухода и может привести к быстрому отклеиванию калоприёмника.

При стомах толстой кишки такая связь практически не прослеживается, а при уростомах/уретерокутанеостомах моча выделяется из стомы постоянно, но понемногу, поэтому достаточно производить смену быстро, при этом по необходимости аккуратно промакивая мочу салфеткой, чтобы она не стекала на обработанную кожу.

1. Приготовить всё необходимое:

- Подходящие кало-/уроприёмники
- Очиститель (либо вода и мягкое мыло в домашних условиях)
- Уходовые средства, если они используются
- Трафарет для стом
- Ножницы (лучше всего с закруглёнными концами и изогнутые – в условиях стационара наилучший вариант – ножницы Купера)
- Полиэтиленовый пакет для утилизации (в стационаре – отходы класса Б)
- Салфетки – сухие марлевые либо нетканые

- Нестерильные перчатки (в домашних условиях пациент либо его родственники могут выполнять все уходовые манипуляции без перчаток)
- Зеркало (в домашних условиях). Многим пациентам удобнее выполнять дома самостоятельную замену стомной системы перед зеркалом; однако следует сказать, что в некоторых отделениях стационаров, которые оказывают помощь большому количеству стомированных пациентов, предусмотрены специальные комнаты для ухода за стомами, где есть в том числе и зеркала для удобства пациентов.
- Для лежачих пациентов может также потребоваться судно и подкладная пелёнка

Вообще, следует помнить, что после окончания послеоперационного периода, когда на передней брюшной стенке и вокруг стомы нет швов, уход за стомой не требует соблюдения правил асептики и антисептики.

2. Снятие старого кало-/уроприёмника

При использовании дренируемых мешков их следует опорожнить перед снятием!

Однокомпонентные системы

Для того, чтобы отклеить однокомпонентный кало-/уроприёмник необходимо взяться рукой за специальное ушко в верхней части мешка, а если его нет, то просто слегка подцепить верхний край и аккуратно отклеить мешок движение сверху вниз, при этом придерживая кожу второй рукой. Все движения должны быть плавными и аккуратными, чтобы не травмировать перистомальную область.

Двухкомпонентные системы

Пластины отклеиваются аналогичным образом, вместе со сборным мешком или без него. Если при использовании двухкомпонентных систем нужно заменить только сборный мешок, то его снимают следующим образом: открывают защёлку на фланце (если она предусмотрена конструкцией) и затем аккуратно снимают мешок, взявшись за пластиковое ушко в верхней части фланца мешка. Второй рукой при этом придерживают пластину на коже.

В домашних условиях все компоненты стомных систем и уходовых средств утилизируются как бытовые отходы, при этом нельзя выбрасывать в унитаз не только сами кало-/уроприёмники, но и остатки паст-герметиков, защитных колец и т.п.!

3. Очистка кожи

Далее необходимо очистить перистомальную область – предпочтительнее использовать для этого специальные очистители. Таким составом

смачивают салфетку и аккуратно обрабатывают кожу вокруг стомы, после чего вытирают насухо.

Важно! Большинство очистителей не требуют последующего смывания, однако бывают и исключения, поэтому необходимо ознакомиться с инструкцией производителя.

Важно! Нельзя использовать для очистки кожи спирт, бензин и другие агрессивные вещества, так как они повреждают кожу и могут приводить к появлению дерматита.

Использование антисептиков, даже неспиртовых, для этих целей нежелательно, так как уход за стомой по завершении послеоперационного периода не требует их применения; напротив, при длительном использовании они могут сушить кожу и нарушать её микробиом.

Для удаления остатков адгезива, паст-герметиков и т.п. используют очистители (растворители) на силиконовой основе либо аккуратно удаляют остатки таких средств механическим путём.

Важно! Нельзя использовать для ухода за стомами обычные влажные салфетки, так как их пропитка как правило, оставляет на коже плёнку, которая препятствует приклеиванию кало-/уроприёмника.

Саму слизистую стомы очищать, как правило, не требуется, однако при необходимости можно просто убрать густые каловые массы с неё сухой салфеткой; тереть слизистую или надавливать на неё нельзя!

Важно! В домашних условиях стомированные люди могут мыть кожу вокруг стомы обычной водой из-под крана и принимать душ БЕЗ КАЛОПРИЁМНИКА. Можно использовать при этом щадящие мыло или гель для душа. Люди, использующие двухкомпонентные системы, могут мыться с пластиной, но без сборного мешка; пластина сделана таким образом, что не размокает от воды. Однако не рекомендуется использовать при этом слишком горячую воду или посещать баню, так как высокие температуры могут способствовать отклеиванию пластины.

Что касается людей, имеющих уретерокутанеостомы (то есть мочеточники, непосредственно подшитые к коже передней брюшной стенки), то им лучше принимать душ, не снимая уроприёмника, а потом уже заменять его на новый. Это связано с повышенным риском возникновения восходящих инфекций мочевых путей при таком методе стомирования.

После очищения любым способом кожу следует тщательно просушить. Если на перистомальной коже есть волосы, то лучше всего подстригать их ножницами над поверхностью кожи; сбрасывать или удалять их с помощью кремов-депиляторов нежелательно, так как это может вызвать раздражение и воспаление кожи. Вообще следует отметить, что при длительном ношении калоприёмника у многих пациентов волосы в перистомальной области практически перестают расти и необходимость их удалять исчезает.

4. Измерение стомы

Далее необходимо определить размер вырезаемого отверстия. Для этого стому измеряют с помощью картонного трафарета. Особенно важно это в первые 4–6 недель после операции, когда размер стомы меняется.

Размер вырезаемого отверстия должен быть:

- Для колостом на 2–3 мм больше размера стомы
- Для уростом и илеостом на 1–2 мм больше размера стомы или строго по размеру стомы.

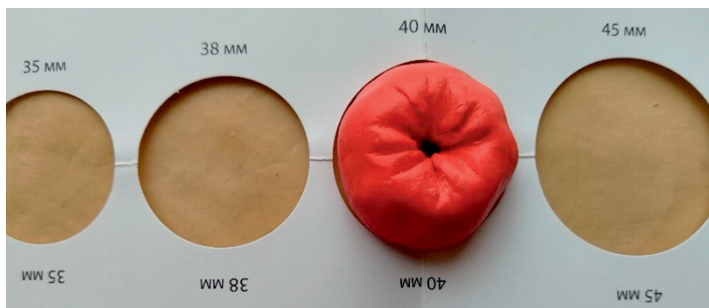


Рис. 23. Измерение стомы с помощью трафарета

При стомах, которые имеют не круглую, а овальную или иную форму, лучше изготовить индивидуальный трафарет. На стому накладывается прозрачная плёнка, очертания стомы обводятся маркером и далее эта форма переносится на картон, из которого уже вырезается трафарет. В дальнейшем по этому трафарету рисуется разметка для отверстия на кало-/уроприёмнике.

Вырезание неподходящих по размеру отверстий может привести:

- При слишком большом отверстии: к быстрому отклеиванию, раздражению кожи
- При слишком маленьком (особенно если адгезивная пластина относительно жёсткая)
- К травматизации слизистой стомы и как следствие — к кровотечениям, а при длительно существующей ситуации — к возникновению псевдополипов на слизистой)

5. Подготовка стомной системы

Следующим шагом является вырезание отверстия, соответствующего размеру и форме стомы в клеевом слое однокомпонентной системы либо в пластине. Делать это необходимо аккуратно, чтобы не повредить ножницами сам мешок.



Рис. 24. Калоприёмник с вырезанным отверстием

Важно! Вырезаемое отверстие не должно выходить за пределы маркировки.

В некоторых случаях перед снятием с адгезива защитной плёнки можно слегка согреть его в течение нескольких минут либо между ладонями, либо на теле пациента.

В большинстве случаев это не требуется, однако, если калоприёмники хранились в холодном помещении, то такое действие может сделать адгезив более пластичным и упростить его фиксацию на коже.

6. Контроль состояния стомы и перистомальной области

На данном этапе тот, кто осуществляет уход за стомой, обязательно должен оценить состояние стомы и перистомальной области. В домашних условиях это выполняет непосредственно сам пациент или же те, кто ему помогает.

В норме стома красно-розового цвета (как слизистая во рту), мягкая (наощупь, как мочка уха), гладкая, влажная.

Колостома может выступать немного (на 1–2 см) над кожей или находиться на уровне кожи. Илеостомы и уростомы в норме должны выступать над кожей «столбиком» высотой 2–3 см.

Уретерокутанеостомы чаще всего либо выступают над кожей незначительно, либо находятся на одном уровне с ней. Здесь следует отметить, что слизистая в уретерокутанеостомах может быть практически не видна, стома чаще выглядит просто как небольшое (около 1 см) отверстие.

Кожа перистомальной области должна быть нормального цвета и влажности, ровная, сама перистомальная область мягкая, безболезненная при пальпации.

Через стому должны беспрепятственно проходить стул и газы (или моча).

Что касается ухода при различных проблемах и осложнениях, то о нём подробно будет рассказано в соответствующем разделе.

7. Применение уходовых средств

Данный этап нужен не во всех случаях. Пациенты с колостомами, не имеющие каких-либо проблем и осложнений, могут пользоваться профилактическими средствами по желанию (увлажняющие кремы, плёнки и пр.), но это не является обязательным.

Пациентам, имеющим илеостомы либо уро-/уретерокутанеостомы, желательно даже при отсутствии проблем использовать дополнительно защитные средства, так как моча и тонкокишечное содержимое являются достаточно агрессивными жидкостями.

Таким пациентам лучше всего использовать защитные плёнки (в виде спрея или салфеток), а также любые удобные для них средства для герметизации кожи (пасты, защитные кольца).

8. Наклеивание кало-/уроприёмника

После того как перистомальная область подготовлена должным образом, можно приступить к фиксации стомной системы на кожу.

Однокомпонентная система — после снятия защитной плёнки клеевой слой кало-/уроприёмника сгибается по нижнему краю вырезанного отверстия (верхняя часть клеевого слоя отгибается при этом наружу) и низ отверстия совмещается с низом стомы. Далее адгезивный слой приклеивается движением снизу вверх, при этом можно слегка(!) натянуть кожу. Пальцами необходимо прижать и прогладить клеевой слой по всей поверхности, убедившись, что он везде плотно прилегает к коже и не имеет складок; после чего можно прижать область клеевой пластины ладонью и поддержать её так 3—5 мин. для хорошего сцепления адгезива с кожей.

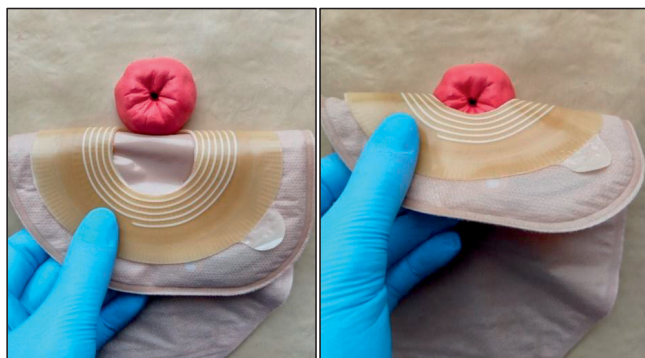


Рис. 25. Наклеивание калоприёмника (слева — совмещение нижней части вырезанного отверстия с низом стомы, справа — наклеивание движением снизу вверх)

Важно! «Низ» стомы — понятие вариабельное и зависит от того, куда будет направлена нижняя часть (слив) кало-/уроприёмника.

Общий принцип таков: у пациентов, которые большую часть времени проводят в вертикальном положении, слив (или нижняя часть недренируемого мешка) направлен к ногам.

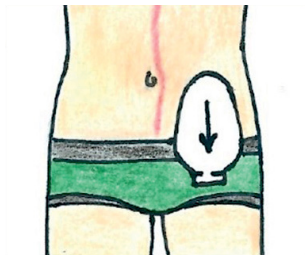


Рис. 26. Калоприёмник у пациента, проводящего больше времени стоя или сидя

У лежачих пациентов слив должен быть направлен к поверхности кровати, что позволяет опорожнять мешок в судно.

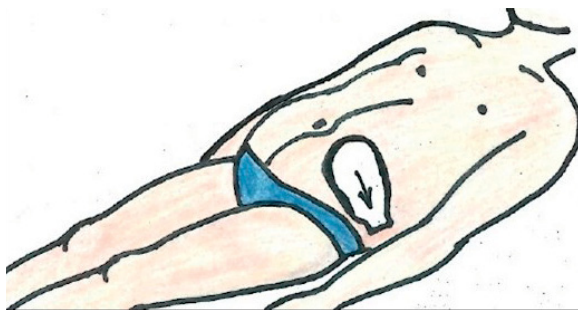


Рис. 27. Ориентация калоприёмника у лежачего пациента

У тех, кто находится в вертикальном и горизонтальном положениях примерно равное количество времени в течении дня, можно клеить кало-/уроприёмник наискосок, под углом примерно 45° , слив при этом ориентирован по направлению к гребню подвздошной кости.

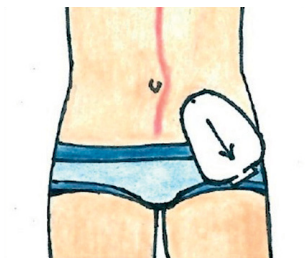


Рис.28. Ориентация калоприёмника у пациента на полупостельном режиме

Лучше всего удобное положение наклеивания определять индивидуально, часто бывает, что и лежащим, и тем, кто ходит, удобнее клеить мешок под небольшим углом.

Неправильная ориентация кало-/уроприёмника, во-первых, делает неудобным его опорожнение и ношение, во-вторых, при заполнении мешка содержимым на пластину будет оказываться «закручивающее» усилие, что приводит к отклеиванию.

Двухкомпонентная система — пластина после снятия защитной плёнки наклеивается так, чтобы стома точно попадала в вырезанное отверстие и затем по всей окружности плотно прижимается к коже.

Важно! Если пластина имеет крепления для пояса, то они обязательно должны быть ориентированы в стороны, независимо от активности пациента и его состояния (если провести между ушками для крепления пояса линию, то она должна быть всегда параллельна линии талии пациента). Это нужно для того, чтобы при необходимости можно было прикрепить пояс.

Далее на установленную пластину надевается сборный мешок, нижняя часть (слив) которого ориентируются по таким же правилам, как и у однокомпонентных систем; причём при использовании систем с фланцевым соединением уже надетый на пластину мешок можно поворачивать в разные стороны (при открытой защёлке).



Рис. 29. Плоская пластина на коже

Сборные мешки надеваются на пластину следующим образом:

- При бесфланцевом соединении — с адгезивного слоя мешка снимается защитная плёнка и он приклеивается на пластину подобно тому, как однокомпонентные системы приклеиваются на кожу.
- При фланцевом соединении — совмещают пластиковое кольцо на мешке с фланцем пластины и надевают мешок, надавливая с некоторым усилием по всей окружности фланца. Для того, чтобы это было проще сделать, пластиковое кольцо (фланец) пластины или

мешка можно смазать минимальным количеством увлажняющего крема и т.п. После того как мешок надет на пластину, следует убедиться, что он надёжно держится — для этого нужно слегка потянуть его по направлению от пластины. Далее, если на мешке или пластине имеется защёлка, её закрывают до щелчка.

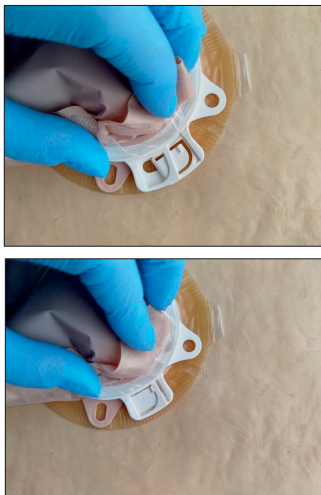


Рис.30. Защёлка на фланце двухкомпонентной системы в открытом (верхнее фото) и закрытом (нижнее фото) состоянии

При использовании любых дренирующих систем обязателен контроль слива — после наклеивания или установки сборного мешка он должен быть закрыт.

9. Опорожнение дренируемых мешков

Главным принципом является своевременное опорожнение кало-/уроприёмников. Переполнение мешка (неважно калом, мочой или газами) может привести к отклеиванию и протеканию, поэтому удалять содержимое следует, когда он наполнен примерно на $1/3$, максимум на $1/2$.

При наличии у пациента уро-/уретерокутанеостомы можно также использовать ножные или прикроватные мочеприёмники в сочетании с уроприёмниками для удобства. В таком случае к открытому сливу уроприёмника подсоединяют мочеприёмник — для лежачих пациентов прикроватный, для тех, кто ходит, особенно в дневное время, лучше использовать ножной — он имеет меньший объём, более короткую трубку и специальные эластичные ремешки, за счёт которых крепится к бедру. Использование мочеприёмников предотвращает переполнение и отклеивание уроприёмника.

10. Метод ирригации

Ирригация — это метод очистки кишечника за счёт периодического промывания водой с целью искусственного регулирования его опорожнения. Проводится такая процедура в среднем раз в 48 часов и позволяет пациенту не использовать калоприёмник, а закрывать стому мини-капом или тампоном, так как после промывания (фактически клизмы) в течении некоторого времени нет выделения стула. Для данной процедуры используются специальные наборы, о которых было сказано в разделе «Аксессуары для стом».

Однако данный метод подходит ограниченному числу пациентов и может применяться только после консультации и обучения у врача.

Важно! Проводить ирригацию можно только людям со стомами нисходящей или сигмовидной кишки.

Противопоказаниями к проведению ирригации являются:

- Илеостомы, стомы восходящей и поперечно-ободочной кишки
- Заболевания кишечника — такие, как дивертикулёз, болезнь Крона, рак и др.
- Некоторые сердечно-сосудистые заболевания, сопровождающиеся нестабильной гемодинамикой
- Прохождение лучевой и химиотерапии
- Наличие осложнений со стороны стомы
- Недостаточная способность к самоуходу
- Детский возраст.

Кроме того, для выполнения ирригации пациенту требуется определённое время (в среднем около одного часа), а также наличие подходящих бытовых условий.

УХОД ЗА СТОМОЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Уход за стомированными пациентами в раннем послеоперационном периоде имеет ряд особенностей, которые будут рассмотрены в этом разделе.

1. Использование стомных систем

- Кало-/уโรปриёмник наклеивается в операционной сразу после завершения операции.

Ранее существовала практика, когда калоприёмник наклеивался через 2–3 суток после оперативного вмешательства, так как считалось, что раннее использование стомных систем провоцирует некоторые осложнения — такие, как флегмона парастомической области, расхождение швов; однако на сегодняшний день убедительных доказательств, подтверждающих это, нет.

- Оптимально использование специальных послеоперационных калоприёмников с ревизионным окном. При отсутствии таковых следует использовать калоприёмники:
- Дренируемые
- Прозрачные (для визуального контроля стомы)
- Без фильтра в первые 2–3 суток — для контроля отхождения газов (контроль восстановления нормальной перистальтики кишечника)

Так как стома не имеет сфинктеров, пациент может не ощущать выход газов, особенно если их немного; наличие фильтра не позволяет адекватно оценить отхождение газов.

2. Уход за швами в перистомальной области

В большинстве случаев стома формируется таким образом, что кишка или мочеточник выводятся на переднюю брюшную стенку через контрапертуру (то есть через отдельное, специально сделанное для этого отверстие), тогда в перистомальной области будут только те швы, которыми слизистая кишки (или мочеточника) фиксированы к коже, такие швы могут быть как рассасывающимися, так и не рассасывающимися.

Гораздо реже встречаются ситуации, когда рядом со стомой есть дополнительные разрезы, либо сама стома находится непосредственно на ушитом лапаротомном разрезе. В хирургических руководствах, как правило, не рекомендуется формировать стомы подобным образом, так как это повышает риск возникновения инфекционных осложнений; однако в некоторых ситуациях иное расположение стомы может быть невозможно.

Мыть кожу парастомической области в условиях стационара можно либо специальными очистителями, либо, при их отсутствии, физраствором или раствором фурациллина.

Обработка швов производится неспиртовыми антисептиками — хлоргексидином, мирамистином, октенисептином и проч.

После очищения и обработки швов антисептиком кожу вокруг стомы следует аккуратно высушить салфетками.

Линию швов желательно герметизировать защитной пастой для стом, особенно в тех случаях, когда есть разрезы в парастомической области или же стома находится на линии шва. Так как швы создают на коже парастомической области неровности, это делает приклеивание поверх них кало-/уороприёмников крайне сложным; без обработки швов герметиком практически всегда будет происходить протекание содержимого и отклеивание мешка. Это приводит к загрязнению кишечным содержимым послеоперационных ран, что значительно повышает риск возникновения инфекционных осложнений.

Сами швы, фиксирующие слизистую к коже, снимаются, как и любые другие швы на передней брюшной стенке, не ранее семи суток (или позже). Что касается тех швов, которые выполнены рассасывающимися материалами, то их также желательно снимать. Дело в том, что такие нити являются достаточно реактогенными, и у большинства пациентов спустя уже 8–10 дней после операции наблюдается реакция кожи вокруг таких швов, что проявляется покраснением, зудом, болевыми ощущениями.

3. Состояние стомы

В раннем послеоперационном периоде вид стомы значительно отличается от вида стомы уже «созревшей». Первое время всегда присутствует послеоперационный отёк разной степени выраженности, во многих случаях достаточно сильный — стома при этом может принимать вид «шляпки гриба», то есть верхняя часть стомы становится гораздо больше в диаметре, чем нижняя в области швов. Иногда они могут нарастать в первые — вторые сутки послеоперационного периода, что особенно хорошо заметно при вскрытии просвета петлевых стом. В момент вскрытия в первые сутки после вмешательства слизистая кишки только видна в разрезе, однако на вторые сутки появляется, как правило, выбухание слизистой из разреза. Стома при этом плотная на ощупь, можно сравнить её по плотности с кончиком носа. Такие отёки опасности не представляют и проходят самостоятельно.

В течение 4–6 недель стома значительно (в 1,5–3 раза) уменьшается в размерах — как в диаметре, так и по высоте, становится гораздо более мягкой, появляется складчатость слизистой.

Кроме того, в первое время после операции стома может легко кровоточить при прикосновении; края стомы часто покрыты фибриновыми налётами (белыми, серовато-зелёными) — всё это также не представляет опасности и проходит самостоятельно.

Важно! Прикосновение к самой стоме БЕЗБОЛЕЗНЕННО, так как слизистая кишки не имеет болевых рецепторов; неприятные ощущения при уходе может вызывать надавливание на линию швов, фиксирующих стому, что проходит по мере заживления.

Значительный отёк стомы и наличие фибриновых налётов более характерны для толстокишечных стом.

4. Петлевая стома на балке (шпоре).

В тех случаях, когда хирург формирует петлевую стому, она дополнительно фиксируется на некоторое время так называемой «балкой», что предотвращает проседание петли. Для таких случаев оптимально использование специальных стержней для стом, о которых было рассказано в одном из предыдущих разделов. Если же их нет, то чаще всего хирурги используют сделанные из подручных средств балки — как правило, это кусок силиконового дренажа, внутрь которого иногда помещают что-либо для придания должной жёсткости. Такие самодельные балки имеют ряд недостатков:

- Не всегда обладают достаточной жёсткостью для удержания кишечной петли в нужном положении
- При оставлении слишком длинных концов балки это может препятствовать использованию калоприёмника (особенно, если для придания балки жесткости использовали металлические спицы или зонды — в таком случае укоротить концы не представляется возможным)
- При фиксации балки швами на концах, также чаще всего невозможно использовать калоприёмник

Для того, чтобы самодельная балка не препятствовала использованию стомных систем, необходимо придерживаться следующих правил:

- Выходящие из-под стомы концы балки должны быть длиной около 3—4 см.
- Фиксируют балку с двух сторон непосредственно около стомы

Снятие балок и стержней производится не ранее восьмых суток (или позже), в зависимости от ситуации.

Уход за стомой при наличии балки/стержня

Основное правило в данном случае — диаметр вырезаемого отверстия в клеевом слое мешка должен максимально соответствовать размеру стомы; концы балки или стержня при этом должны быть заведены внутрь калоприёмника.



Рис. 31. Стома на балке (шпоре) в послеоперационном калоприёмнике (ревизионное окошко открыто)



Рис. 32 Наклеивание однокомпонентного калоприёмника при наличии балки

Вырезать отверстие, ориентируясь на длину балки, недопустимо!

Для ухода за такими стомами, как правило, используют онокомпонентные системы (оптимально — послеоперационный калоприёмник); так как мягкий и гибкий клеевой слой позволяет достаточно легко заводить концы балок в мешок.

Относительно небольшой диаметр и жёсткость пластин для двухкомпонентных систем с фланцевым соединением делает их использование при наличии балки практически невозможным. Альтернативой может служить двухкомпонентная система с бесфланцевым соединением.

Наклеивание калоприёмника при наличии балки производится следующим образом:

- Кожа и швы обрабатываются как обычно, при этом следует хорошо очистить и осушить концы балки
- Сначала край клеевого слоя заводится под один конец балки, после чего зажимом или пинцетом приподнимают аккуратно другой конец балки и также заводят его внутрь мешка
- Далее руками расправляют его на коже, чтобы клеевая пластина не имела складок и прилегалась плотно по всей окружности.

При установленном под петлём кишки специальном стержне процесс замены калоприёмника несколько проще, так как стержень легко двигается под петлём в обе стороны. Сначала его до упора сдвигают в одну сторону, а с другой начинают приклеивать калоприёмник; после чего двигают стержень обратно, также до упора заводя его внутрь мешка, и приклеивают калоприёмник уже по всей окружности; нащупывают стержень через стенку калоприёмника и сдвигают его в такое положение, чтобы концы с обеих сторон были примерно одинаковой длины.

5. Уростомы и уретерокутанеостомы

Принципы ухода за данными видами стом не отличаются от принципов ухода за стомами кишечника, с той лишь разницей, что вместо калоприёмников необходимо использовать уроприёмники с антирефлюксным клапаном.

Главной особенностью послеоперационного периода является то, что в мочеточники во время оперативного вмешательства устанавливаются стенты — тонкие трубочки, по которым первое время и оттекает моча; они подшиваются непосредственно к стоме.

Если у пациента сформирован илеоконduit, в который низведены и подшиты оба мочеточника, то из такой стомы будут выходить два стента. Если к коже подшит мочеточник, то стент в такой стоме соответственно будет один.

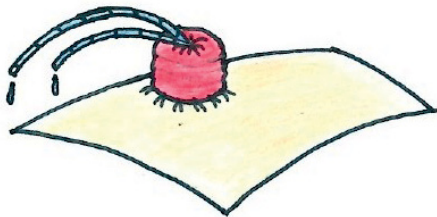


Рис. 33. Уростома (вид в послеоперационном периоде)

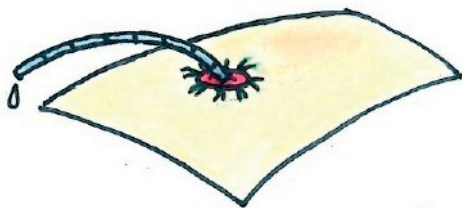


Рис. 34. Уретерокутанеостома (вид в послеоперационном периоде)

Моча в первые дни после операции может иметь небольшую примесь крови.

Стенты заправляют внутрь уроприёмника, в том случае, если они слишком длинные их можно немного укоротить, чтобы было удобнее.

Стенты в дальнейшем, как правило, удаляют; однако бывают и исключения, всё зависит от конкретной клинической ситуации.

Важно! В том случае, когда у пациента сформирован илеоконduit, в моче всегда будет присутствовать примесь прозрачной или слегка беловатой слизи, чаще в виде хлопьев; что является абсолютно нормальным, поскольку в уроприёмник будет попадать слизь, продуцируемая изолированным участком тонкой кишки (самим илеокондуитом).

При уретерокутанеостоме моча имеет обычный вид, без примесей.

6. Применение бандажей

В большинстве случаев после операций на органах брюшной полости, особенно при наличии лапаротомной раны, рекомендуется ношение послеоперационного бандажа. Надевать и снимать такие бандажи необходимо лёжа; то есть сначала бандаж застёгивают, потом пациент садится или встаёт, при снятии бандажа — пациент ложится и только потом расстёгивают бандаж. Для удобства надевать их можно поверх майки или другой одежды.

При наличии стомы следует соблюдать несколько правил:

- Бандаж надевается поверх кало-/уроприёмника
- Нельзя вырезать отверстия в бандаже в проекции стомы так как это провоцирует возникновение парастомальных грыж и пролапса стомы.

Давление, оказываемое бандажом на переднюю брюшную стенку, должно быть равномерным. При наличии в бандаже отверстия происходит следующее: под воздействием давления самого бандажа и особенно при повышении внутрибрюшного давления при кашле, физической нагрузке и пр. содержимое брюшной полости как бы «выдавливается» туда, где находится отверстие. Существуют фабричные бандажи разных конструкций с вырезом для стомы, имеющие клапаны из эластичного материала, которые

закрывают этот вырез, однако эффективность таких клапанов находится под вопросом. Во-первых, зачастую они не создают достаточной поддержки, во-вторых, сами пациенты зачастую не используют их, либо используют неправильно.

«Пережать» стому обычным бандажом так, чтобы нарушить из неё отток содержимого, практически невозможно. Для того, чтобы кало-/уроприёмник не отклеивался и не мешал, необходимо опорожнять его по мере наполнения; при ношении бандажа можно делать следующее:

- Использовать так называемые «трёхлепестковые» бандажи и выпускать нижнюю часть стомной системы между лепестками для того, чтобы можно было опорожнить мешок, не расстёгивая бандаж
- Либо сделать специальный разрез для того, чтобы выпускать через него нижнюю часть дренируемого кало-/уроприёмника.

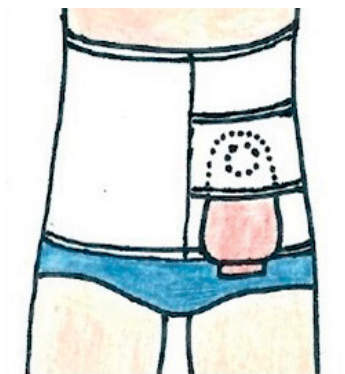


Рис. 35. Бандаж, надетый поверх калоприёмника

При этом в обоих случаях сама стома должна быть закрыта бандажом!

В дальнейшем, через 2–3 месяца стомированные пациенты могут либо обходиться без бандажа, либо носить бандаж из вафельной ткани, сделанный самостоятельно. Для этого используют вафельное полотенце или такую ткань (достаточно плотную), ориентируясь на размеры послеоперационного бандажа, который пациент использовал до этого. Далее на один край пришивают металлические крючки с шагом около 1,5 см; для того, чтобы застегнуть бандаж, эти крючки зацепляют прямо за ткань. Застёгивается он также в положении лёжа, без натяжения (!), только верхний и нижний крючки можно застёгивать чуть сильнее, чтобы бандаж не сползал. Иногда вместо крючков используют несколько пришитых горизонтально полос (застёжки-«липучки»).

Многие пациенты при необходимости ношения предпочитают именно такой вид бандажа, так как он легче и приятнее к телу, чем фабричные варианты.

7. Отделяемое из культи кишки

После большинства стомирующих операций у пациента остаётся более или менее короткий дистальный отрезок толстой кишки, заканчивающийся анальным отверстием. С противоположной стороны этот отрезок может быть ушит и погружён в брюшную полость (культи кишки), иногда проксимальнее имеется какое-либо препятствие (например, перекрытие просвета опухолью). Этот участок кишки выключен из процесса пищеварения, однако всё равно продуцирует содержимое, которое состоит из слизи, слущенных клеток кишечного эпителия и отмерших бактерий; количество отделяемого будет зависеть от длины этого дистального участка.

Именно поэтому у пациентов могут возникать позывы на дефекацию, при этом из заднего прохода выделяется слизь. Такое явление абсолютно нормально, и пациентам нужно объяснять, что так будет происходить и дальше, но в том случае, если в отделяемом появляются кровь, гной или оно приобретает неприятный гнилостный запах, то необходимо срочное обращение к врачу.

В дальнейшем некоторые пациенты испытывают трудности с отхождением содержимого из культи кишки, в таком случае после окончания послеоперационного периода можно делать микроклизмы (по согласованию с лечащим врачом) — в культи вводят спринцовкой около 50 (до 100) мл воды комнатной температуры.

8. Уход за множественными кишечными стомами

В некоторых случаях у пациента может одновременно существовать несколько кишечных стом (две и более); как правило, это больные с тяжёлыми осложнениями, после релапаротомий. В этих случаях «рабочая» стома (то есть та, из которой выделяется стул) будет только одна — причём она может быть и петлевая (чаще трансверзостома), и концевая (чаще илеостома).

Все остальные стомы, независимо от их количества, будут выделять только слизь.

В таких случаях калоприёмник необходимо наклеивать только на рабочую стому; на все остальные калоприёмники наклеивать можно, но не обязательно; тем более, что у таких пациентов, как правило, сложно разместить несколько клеевых пластин из-за наличия на передней брюшной стенке швов, ран и дренажей. При наличии можно закрывать такие стомы мини-капами, либо просто повязками, смоченными с внутренней стороны вазелином (для предотвращения прилипания к слизистой) — это позволяет защитить саму стому от травмирования и предотвратить попадание слизи на бандаж, одежду и проч.

9. Клизма в стому

Бывают ситуации, когда стомированному пациенту необходимо поставить клизму в стому (например, при подготовке к эндоскопическому исследованию кишечника).

Здесь есть несколько важных моментов:

- Количество воды может быть уменьшено, так как в данном случае кишка короче, чем у нестомированного человека (по согласованию с лечащим врачом)
- Нельзя использовать для постановки клизм обычные жёсткие наконечники — из-за анатомических особенностей стомы их использование либо неэффективно (если вводить их неглубоко), либо грозит перфорацией кишки (при попытках ввести глубже). Для введения воды можно использовать либо специальные наборы для ирригации — там наконечник имеет специальную форму, позволяющую также и перекрыть на время просвет стомы; либо, особенно в условиях стационара, — мочевого катетера Нелатона, он обладает достаточной мягкостью и гибкостью, позволяющей ввести его в стому на нужную глубину без риска перфорации.
- В стоме нет сфинктеров, поэтому истечение воды из неё пациент контролировать не может. При использовании систем для ирригации эта проблема решается наличием специального рукава для оттока жидкости в унитаз. Однако при использовании обычной системы из кружки Эсмарха и катетера Нелатона лучше всего действовать следующим образом: калоприёмник (обязательно дренируемый) перед введением клизмы с пациента не снимают, а делают в верхней части мешка прорезь длиной около 3–4 см и немного оттягивают мешок вниз, чтобы через эту прорезь хорошо визуализировалась стома и можно было ввести в неё катетер. После введения воды катетер извлекают и далее открывают зажим на сливном отверстии калоприёмника, подставив под него судно для сбора воды и каловых масс.

Если состояние пациента позволяет, он может самостоятельно опорожнять калоприёмник в туалетной комнате.

После того как процедура завершена, калоприёмник или сборный мешок двухкомпонентной системы необходимо заменить на новый.



Рис. 36. Введение катетера в стому через отверстие в калоприёмнике

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПЛОХОЙ ФИКСАЦИИ И ПРОТЕКАНИЙ СТОМНЫХ СИСТЕМ

1. Ошибки в уходе за кожей:

- а) Плохо очищенная или слишком влажная кожа вокруг стомы
- б) Использование неподходящих для перистомальной области средств (цинковая мазь или паста, детский крем, очищение кожи с помощью влажных салфеток). При лечении некоторых осложнений могут быть назначены также аппликации мази на перистомальную область. Во всех этих случаях перед наклеиванием кало-/уโรปриёмника необходимо тщательно смывать такие средства.
- в) Неправильное использование специальных средств для стомированных — например, защитный крем не успел достаточно впитаться, не были удалены излишки пудры для стом и проч.

2. Ошибки в использовании стомных систем:

- а) Неправильно подобранный тип кало-/уโรปриёмника — например, использование калоприёмника при наличии у пациента уростомы, использование конвексных пластин на ровной поверхности
- б) Вырезание в адгезивной пластине отверстий неподходящего размера и формы
- в) Незакрытые/неправильно закрытые зажимы на сливном отверстии, защёлки на фланце; некорректное закрепление сборного мешка на пластине
- г) Наклеивание кало-/уโรปриёмника под неподходящим углом — это создаёт при наполнении мешка излишнюю нагрузку на клеевую пластину
- д) Переполнение мешка мочой, каловыми массами или газами
- ж) Использование стомных систем с истекшим сроком годности или хранившихся в неподходящих условиях. Слишком высокие или низкие температуры, а также повышенная влажность могут испортить адгезивный слой.

4. Наличие проблем с перистомальной кожей, особенно дерматиты с эрозиями, гиперкератоз, а также густой волосяной покров у мужчин.

5. Неровный рельеф перистомальной области — наличие складок, втянутости или наоборот, выпячиваний, швы на площадке вокруг стомы.

6. Наличие ран вокруг стомы, особенно с обильным отделяемым, проваливание края стомы на уровень кожи или ниже.

7. Воздействие высоких температур — как извне (пребывание на жаре, в сауне и т.д.), так и повышение температуры тела до фебрильных значений; а также связанное или не связанное с этим обильное потоотделение.

8. Несовместимость конкретного клеевого состава и кожи пациента. В очень редких случаях бывает так, что никаких из вышеперечисленных причин у пациента нет, как нет и проявлений аллергической реакции, а кало-/уроприёмник постоянно отклеивается. Вероятно, это связано с особенностями кожи (составом гидролипидной мантии), и основной рекомендацией в данном случае является смена марки стомных систем.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения как со стороны стомы, так и со стороны перистомальной кожи встречаются достаточно часто и являются серьёзной проблемой как для пациента, так и для медицинского персонала.

По данным различных международных исследований, частота осложнений у пациентов с колостомами составляет 43%, а среди людей, имеющих илеостому, доходит до 71%.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СТОМЫ

Такие осложнения характеризуются изменениями либо самой кишки, либо её отношения к передней брюшной стенке и традиционно делятся на ранние и поздние.

Ранние осложнения

1. Кровотечение

Может быть от незначительного до массивного; причинами являются травматизация слизистой, соскальзывание лигатуры и пр., особенно при наличии таких факторов, как нарушения свёртываемости или антикоагулянтная терапия.

Лечение зависит от силы кровотечения и может быть как консервативным (применение пузыря со льдом, гемостатических губок), так и хирургическим (электрокоагуляция, прошивание или лигирование сосуда; в редких случаях — повторное оперативное вмешательство); в некоторых случаях требуется также назначение кровоостанавливающих препаратов для парентерального введения.

2. Некроз стомы

Причины:

- Выведение кишки с плохим кровоснабжением
- Чрезмерное натяжение брыжейки
- Сдавливание кишки в тканях передней брюшной стенки
- Перекрут кишки и брыжейки
- Тромбоз сосудов брыжейки
- Венозный застой при сильном отёке кишки
- Тромбоз или повреждение краевых сосудов

Признаки некроза — стома (или часть стомы) меняет свой цвет на синюшный, багровый или чёрный; кроме того, омертвевшая часть кишки становится дряблой. Последний признак можно определить, даже прикасаясь к стоме через непрозрачный калоприёмник — если вся стома или её часть из плотной и отекающей становятся гораздо меньше в объёме и дряблыми, то нужно снять мешок и произвести ревизию.

Некрозы могут быть краевыми и глубокими, от степени их распространения зависит тактика лечения.

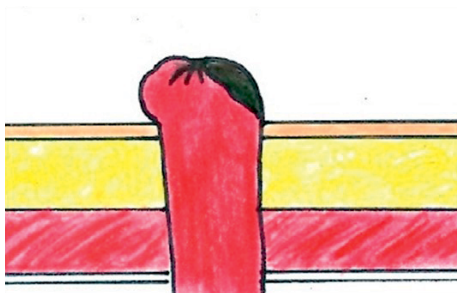


Рис. 37. Поверхностный некроз (схема)

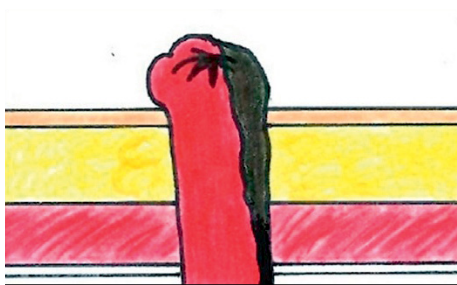


Рис. 38. Глубокий некроз (схема)

При краевых некрозах, которые не распространяются ниже уровня кожи и не затрагивают линию швов, а только край стомы, как правило выбирают выжидательную тактику — через несколько дней такие некрозы начинают отторгаться самостоятельно и не представляют опасности для пациента.

Если некроз находится на уровне кожи или чуть ниже, то здесь тактика может быть и консервативной (особенно при тяжёлом состоянии пациента), и хирургической. Такие некрозы могут привести и к развитию других осложнений — часто наблюдается прорезывание кожно-слизистых швов и соответственно образование раневой полости в перистомальной области и «проваливание» стомы в подкожно-жировую клетчатку по всему диаметру или частично; развитие инфекционных осложнений, а в дальнейшем — стриктура (сужение) стомы.

При распространении некроза до уровня апоневроза или проксимальнее необходимо повторное хирургическое вмешательство.

3. Несостоятельность кожно-слизистого шва и нагноение раны

Иногда возникает как самостоятельное осложнение (например, при плохой фиксации кишки к коже) или при наличии у пациента заболеваний (состояний), которые ухудшают процессы заживления — сахарный диабет, дистрофия, состояние после гормональной, лучевой и химиотерапии и пр.

Но нередко расхождение швов, фиксирующих стому, происходит вследствие других осложнений — некроза стомы, ретракции (из-за подшивания к коже кишки с натяжением).

Расхождение может быть как небольшим (1—2 шва), так и значительным, вплоть до тотального по всей окружности стомы.

При наличии несостоятельности швов необходима тщательная ревизия раны, от результатов которой и зависит дальнейшая тактика лечения. Небольшие поверхностные дефекты могут быть обработаны антисептиками и далее закрыты пастой без спиртового растворителя и адгезивом стомной системы.

Лучше всего в таких случаях использовать двухкомпонентные системы, либо послеоперационные калоприёмники с ревизионным окном, чтобы не травмировать рану частым снятием адгезива. При отсутствии травматизации и попадания в рану выделений из стомы, такие дефекты в течение нескольких дней заживают под адгезивом. При этом следует помнить, что если появляются признаки ухудшения — появляется или усиливается боль в области стомы, повышается температура, усугубляется расхождение швов, то необходима повторная ревизия раны.

В том случае, если имеются глубокие дефекты, то рекомендуется промывание таких ран антисептиками, применение альгинатных материалов для заполнения раневого дефекта, назначение антибиотиков. Парастомическая рана в таком случае не закрывается адгезивом стомной системы, а напротив, отверстие в адгезивном слое вырезается по форме стомы и прилегающей к ней раны. В таких случаях удобно использовать послеоперационные калоприёмники с окном, что позволяет, во-первых, проводить ревизию и все манипуляции в ране с необходимой частотой, не снимая при этом сам калоприёмник; а во-вторых, позволяет вырезать в адгезивном слое отверстие нужной величины и конфигурации, так как адгезивная пластина у таких калоприёмников значительно больше в диаметре, чем у стандартных моделей.

Применение двухкомпонентных систем в данном случае может быть невозможно в силу того, что их клеевые пластины имеют небольшой диаметр, что не позволяет вырезать отверстие, вмещающее и стому и рану.

Что касается повторного наложения швов, то оно возможно только при достаточной подвижности стенки кишки, однако, как показывает практика, в большинстве случаев такие швы малоэффективны.

При тотальном расхождении швов, проваливании стомы в подкожно-жировую клетчатку чаще всего требуется повторное хирургическое вмешательство (резекция кишки и перенос стомы в другое место, либо формирование проксимальнее двустольной стомы, для отключения осложнённой стомы).

4. Ретракция (втяжение) стомы

Стома при этом располагается ниже уровня кожи, в углублении. Чаще всего причинами является фиксация кишки с натяжением к поверхности кожи, а также наличие у пациента значительного объёма подкожно-жировой клетчатки (особенно рыхлой).

При ретракции стома может быть просто втянутой, то есть находиться в углублении, при этом кожно-слизистые швы состоятельны; в этом случае лечение осложнения консервативное и фактически заключается в подборе необходимых уходовых средств.

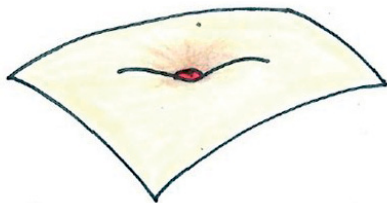


Рис. 39. Ретракция стомы

Выбор средств зависит от выраженности проблемы:

- Если углубление незначительное, то может быть достаточно использования паст (в тубике или в полоске), либо колец для выравнивания перистомальной области
- При более выраженном углублении используют двухкомпонентные системы с конвексными пластинами, можно в сочетании с пастой для лучшего заполнения неровности. В некоторых случаях, для лучшей фиксации стомной системы дополнительно используют пояс для стом.

Часто к ретракции стом относят и полное и частичное проваливание стомы в подкожно-жировую клетчатку при несостоятельности швов; о тактике лечения такого осложнения было сказано выше.

5. Парастомические абсцессы и флегмоны

Зачастую являются результатом нагноения парастомических гематом (или сером), которые могут образовываться вследствие недостаточно тщательного гемостаза, а также при нарушениях свёртываемости. Риск возникновения данного осложнения повышается также при перфорации кишки, ОКН, наличии параканкротических абсцессов в брюшной полости и пр.

Проявляется повышением температуры (как общим, так и местным), локальной болезненностью и инфильтрацией в парастомической области, иногда покраснением; в некоторых случаях может быть выделение гноя или лизированной крови между кожно-слизистыми швами.

Лечение: антибиотикотерапия, плюс дренирование абсцесса через контрапертуру таким образом, чтобы дренаж находился за пределами клеевой пластины стомной системы. Желательно использование двухкомпонентных систем.

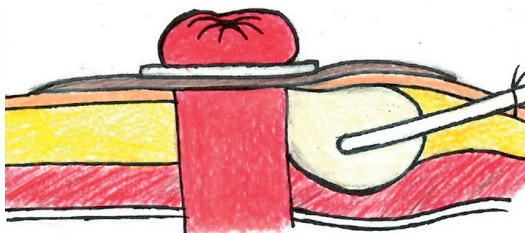


Рис. 40. Дренирование парастомического абсцесса (схема) – дренаж выведен за пределы клеевой пластины

В тяжёлых случаях, при угрозе перехода гнойно-воспалительного процесса в угрожающие жизни формы, производится повторная резекция кишки с формированием стомы в другом месте или наложение проксимальной двустольной стомы.

6. Эвентрация тонкой кишки около стомы

Редкое осложнение, лечение хирургическое

Поздние осложнения

1. Пропалс (эвагинация, выпадение) стомы

При этом осложнении кишка выворачивается наружу через отверстие стомы на большем или меньшем протяжении. Предрасполагающими факторами развития пролапса являются: ожирение, повышение внутрибрюшного давления, избыточная длина выводимой кишки. Опасность такого состояния для пациента заключается в том, что выпавшая часть кишки травмируется, отекает, что может привести к её ущемлению и некрозу, а также нарушению проходимости. Кроме того, при выпадении значительного участка кишки это, как правило, приводит к отклеиванию стомных систем.

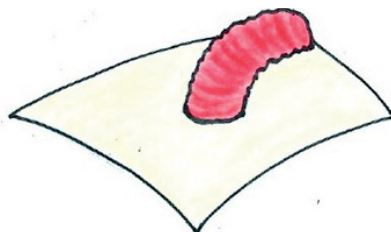


Рис. 41. Пропалс стомы

Тактика лечения зависит от выраженности пролапса и состояния пациента. При небольших выпадениях пациенты сами (или с помощью родственников) могут вправлять их после соответствующего обучения. Для уменьшения отёка, если он мешает вправлению, можно использовать пузырь со льдом, либо сахарную пудру (пудрой посыпают слизистую кишки и через 10-20 минут отёк уменьшается за счёт вытягивания сахарной пудрой излишней жидкости по закону осмоса; перед вправлением пудру смывают).

Для ухода лучше всего применять калоприёмники с увеличенным объёмом, либо послеоперационные, для того чтобы мешок стомной системы мог вместить выпадающую кишку; кроме того, пациентам с пролапсом следует избегать нагрузок и носить бандаж, для поддержки передней брюшной стенки.

К хирургическому лечению прибегают в случае развития осложнений (ущемление, некроз, непроходимость), либо при выраженном выпадении, мешающим нормальному уходу за стомой.

2. Парастомальная грыжа

Проявляется данное осложнение появлением выпячивания на передней брюшной стенке в области стомы; причём наиболее заметно оно будет в положении стоя и при напряжении мышц живота. При этом парастомическая область зачастую становится неровной, что приводит к быстрому отклеиванию стомных систем, что затрудняет уход за стомой. Болевых ощущений такие грыжи как правило не вызывают, однако может наблюдаться дискомфорт и в некоторых случаях трудности с отхождением содержимого из стомы.

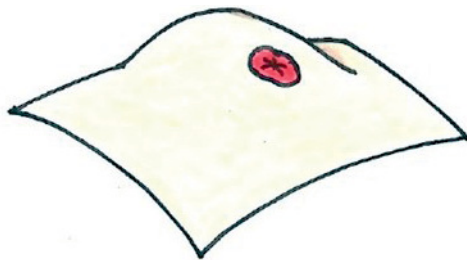


Рис. 42. Парастомальная грыжа

Предрасполагающими факторами для данного осложнения являются: ожирение, повышение внутрибрюшного давления, слабость соединительной ткани (врождённая или возрастная), наличие послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в области стомы и др.; а также некоторые технические особенности формирования стомы (выведение стомы за пределы прямых мышц живота, создание избыточно широкого отверстия под стому и проч.).

Так же как и пролапс, грыжи опасны возникновением таких осложнений как ущемление, некроз и кишечная непроходимость.

Тактика лечения зависит от выраженности проблемы и состояния пациента.

К хирургическому лечению прибегают при развитии осложнений, либо в тех случаях, когда наличие грыжи делает невозможным уход за стомой и сильно снижает качество жизни пациента, при этом самым надёжным методом считается пластика с установкой хирургических сеток.

Чаще всего прибегают к консервативным методам коррекции, которые включают:

- Ношение бандажа, при этом важно помнить, что недопустимо вырезать в нём отверстия в проекции стомы или пользоваться фабричными бандажами с такими отверстиями, так как это повышает риск возникновения грыж и пролапса!
- При отклеивании стомных систем — переход на продукцию с более гибким клеевым слоем, использование фиксирующих полуколец по внешнему краю адгезивной пластины, при использовании двухкомпонентных систем — переход на системы с бесфланцевым соединением.

3. Стриктура (стеноз, рубцовое сужение) стомы

При этом осложнении происходит сужение просвета стомы вплоть до полной непроходимости, при этом стриктура может находиться как на уровне кожи и быть заметной, так и глубже вплоть до уровня апоневроза — в таких случаях при внешнем осмотре стома может выглядеть абсолютно нормально. Главным симптомом стеноза является затруднение с отхождением содержимого, иногда появляется боль при отхождении стула — вплоть до развития непроходимости при кишечных стомах и гидронефроза, а также восходящих инфекций мочевых путей при мочевых стомах.

Причинами стриктур являются:

- Создание узкого канала в тканях передней брюшной стенки при формировании стомы
- Неправильный выбор места для стомы
- Реакция на шовный материал или нарушение техники наложения швов, что может приводить к образованию гранулём и рубцеванию
- Наличие в послеоперационном периоде различных осложнений со стороны стомы, таких как ретракция, несостоятельность швов, парастомические абсцессы и пр., что приводит при заживлении к образованию грубых стягивающих стому рубцов
- В некоторых случаях стома может сдавливаться не рубцом, а растущей в брюшной полости опухолью.

Лечение зависит от степени сужения стомы. При кишечных стомах в начальных стадиях стеноза применяют метод бужирования, что, при правильном и регулярном выполнении во многих случаях позволяет избежать операции; также могут быть назначены осмотические слабительные. Что касается процедуры бужирования, она достаточно проста и может выполняться самим пациентом или его близкими: для этого необходимо надеть нестерильные медицинские перчатки и смазанный вазелином палец ввести аккуратно в стому, при этом совершая вращательные движения, а также движение туда–обратно. Частота и продолжительность процедур определяются в зависимости от состояния стомы. Однако определять необходимость такой процедуры, либо противопоказания к ней и обучать её проведению должен хирург или стоматерапевт.

При наличии уро-/уретерокутаноостомы в таких случаях в мочеточники устанавливают стенты или катетеры для обеспечения нормального оттока мочи.

В тех случаях, когда консервативное лечение не даёт эффекта, производится хирургическое вмешательство — либо реконструкция стомы местным доступом, либо лапаротомия и формирование стомы на другом участке передней брюшной стенки.

4. Рецидив опухоли в стоме

Разрастание в стоме опухолевой ткани, она, как правило, спаяна с окружающими тканями, плотная, бугристая, но при этом достаточно хрупкая и может сильно кровоточить при малейшей травматизации. При значительном разрастании может перекрывать просвет стомы вплоть до полной непроходимости.

Лечение хирургическое, с гистологическим подтверждением.

5. Псевдополипоз/ гранулёма слизистой стомы

Характеризуется наличием на слизистой разрастаний, сходных с ней по цвету и структуре, которые могут легко кровоточить. Сами разрастания не представляют опасности для пациента и чаще всего являются реакцией слизистой на излишнюю травматизацию, поэтому основной рекомендацией в таких случаях является щадящий уход (применение стомных систем с более мягкими адгезивами, исключение натирания стомы клеевой пластиной, при мытье перистомальной области не тереть стому и пр.).

Однако при появлении таких гранулём на слизистой желательно выполнить гистологическое исследование для исключения более серьёзных патологий — таких, как полипы и злокачественные новообразования.

6. Парастомические свищи и абсцессы

При этом осложнении имеется дефект стенки кишки, свищевой ход может открываться на границе слизистой и кожи или в парастомальной области, иногда ситуация может осложняться наличием абсцесса.

При этом обычно наблюдается затекание содержимого под адгезивную пластину стомной системы, что приводит к её отклеиванию и развитию проблем с парастомальной кожей.

В таких случаях рекомендовано применение двухкомпонентных систем и паст-герметиков, если свищ расположен на слизистой стомы или на стыке кожи и слизистой и использование послеоперационных калоприёмников, если свищ открывается на коже рядом со стомой для того, чтобы можно было контролировать состояние и продукцию свища, не снимая стомной системы.

В некоторых случаях пациента переводят на тотальное парентеральное питание для уменьшения, отделяемого из свища.

При неэффективности консервативного лечения проводится операция.

7. Ретракция стомы

Несмотря на то, что это осложнение обычно описывают как раннее, иногда оно возникает и по прошествии значительного времени после оперативного вмешательства. Чаще всего это связано с набором веса пациентом, так как стома фиксирована в тканях передней брюшной стенки и если при этом увеличивается толщина подкожно-жировой клетчатки, то стома может оказаться в углублении.

Тактика ухода в данном случае точно такая же, как и при ретракции в послеоперационном периоде.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ КОЖИ

Такие осложнения встречаются намного чаще, чем осложнения со стороны стомы и могут возникнуть как непосредственно после операции, так и спустя длительное время после неё.

1. Контактный дерматит

Самое частое осложнение, причиной которого является контакт кожи с отделяемым из стомы. В некоторых случаях также играет свою роль и механическое повреждение, особенно у лиц с чувствительной, реактогенной кожей. Наиболее опасны в этом отношении илеостомы, так как тонкокишечное содержимое за счёт содержания в нем пищеварительных ферментов может повреждать кожу; на втором месте по риску возникновения контактного дерматита находятся мочевые стомы, так как моча также обладает раздражающим действием на кожу, особенно при длительном контакте. Что касается стом толстой кишки, то здесь риск возникновения данного осложнения меньше, но следует помнить, что, во-первых, чем проксимальнее расположена колостома (то есть ближе к переходу из тонкой кишки), тем больше отделяемое из неё будет похоже по своим свойствам на тонкокишечное, то есть стома восходящей ободочной кишки опаснее в плане возникновения дерматита, чем сигмостома; во-вторых, даже при выведении дистальных отделов толстой кишки в раннем послеоперационном периоде у пациента может быть неоформленный частый стул (при лечении антибиотиками, применении энтеральных питательных смесей и т.д.), что также повышает риски.

Контактный дерматит часто является следствием либо других осложнений, либо неправильного ухода за стомой. Так, например, при втянутых стомах плоская пластина не прилегает к коже по всей поверхности перистомальной области, что приводит к попаданию стула или мочи на кожу и в дальнейшем — к возникновению дерматита.

Проявления варьируются от незначительных до весьма тяжёлых. Лёгкие степени могут проявляться гиперемией, дискомфортом или болезненностью при прикосновениях, жжением; в более тяжёлых случаях наблюдается ярко выраженная гиперемия, мацерация, эрозии на коже, вплоть до изъязвлений, выраженная болезненность. Характерным признаком контактного дерматита является то, что область поражения как правило имеет неровные, фестончатые границы; самые яркие проявления будут там, где есть отставание клеевой пластины — как правило, с одной стороны или в углублениях.

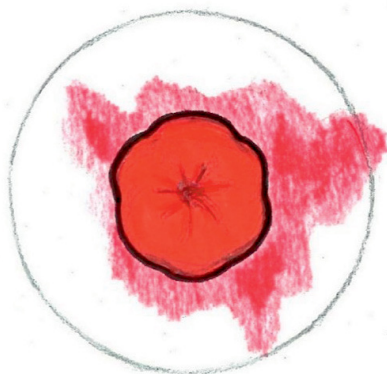


Рис. 43. Контактный дерматит — зона поражения неровная, не совпадает с зоной прилегания клеевой пластины

Лечение зависит от степени поражения. При начальных стадиях, когда имеется только покраснение, — применение защитных кремов, плёнок.

При наличии мацераций или эрозий пудра (порошок) попала на мокнущую поверхность, можно использовать бесспиртовые пасты с заживляющими свойствами, которые также можно наносить на эрозированные поверхности.

Однако при любой степени выраженности проявлений дерматита самым важным является защита кожи от дальнейшего повреждения — после применения вышеупомянутых средств вся перистомальная область, включая поражённые участки, закрывается адгезивом, при необходимости для дополнительной герметизации применяют пасту, защитные кольца и пр.

Для таких пациентов следует использовать двухкомпонентные системы (в некоторых случаях — послеоперационные калоприёмники) — это позволяет меньше травмировать кожу за счёт более редкой замены. Вообще весь уход в таких случаях должен быть максимально щадящим.

Кроме того, как для профилактики, так и при лечении дерматитов важна регуляция стула — следует избегать неустойчивого стула или диареи, так как это может приводить к более быстрому отклеиванию адгезива и повреждению кожи

2. Аллергический дерматит

Встречается гораздо реже, чем контактный дерматит. Все современные адгезивы стомных систем, а также средства ухода гипоаллергенны, поэтому реакции на них встречаются нечасто.

Аллергическую природу дерматита можно заподозрить по следующим характерным признакам:

- Чёткие границы области поражения (особенно при аллергии на адгезив клеевых пластин)
- Часто выраженный зуд
- Может быть сыпь
- Связь с использованием каких-либо средств, сменой марки кало-/уropriёмников и т.п.
- При этом сама стомная система может нормально держаться на коже без протеканий, что позволяет исключить контактный дерматит.

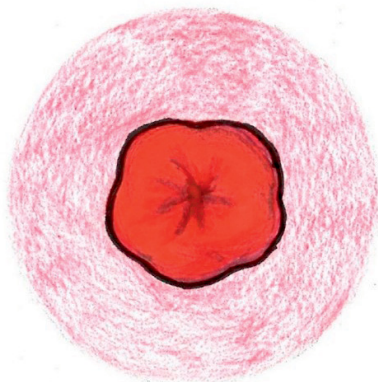


Рис. 44 Аллергический дерматит — поражение совпадает с зоной прилегания клеевой пластины

Степень выраженности проявлений может варьироваться, так же как и при контактном дерматите от лёгкой гиперемии и зуда до эрозий.

Лечение заключается в назначении антигистаминных средств перорального применения, в тяжёлых случаях применяют аппликации гидрокортизоновой мази или эмульсии на область поражения (перед наклеиванием стомной системы необходимо смыть!).

Что касается ухода и подбора средств, то они соответствуют таковым при контактном дерматите с той лишь разницей, что в данном случае нужно проводить аллергопробу перед применением новых уходовых средств или кало-/уropriёмников.

Проводится она следующим образом: средство, которое необходимо проверить, наносится на небольшой участок кожи передней брюшной стенки (1,5–2 см в диаметре) и оставляется на сутки; при этом участок можно закрыть марлевой салфеткой, если средство может стереться. Для проверки адгезивов кало-/уropriёмников от свободного края клеевой пластины отрезают кусочек примерно 1х1 см и наклеивают его на кожу. Через сутки проверяют, есть ли реакция.

3. Грибковое поражение перистомальной кожи

Данное осложнение встречается относительно редко, как правило, у пациентов с выраженной иммуносупрессией (ВИЧ-инфекция в стадии СПИД, после некоторых видов химиотерапии), с разрегулированным сахарным диабетом, после массивной антибиотикотерапии и т.п.

По своим проявлениям похоже на контактный дерматит — покраснение или мацерация кожи, болезненность, зуд, но при этом на поражённой поверхности будут наблюдаться белые или сероватые налёты, иногда творожистого вида.

Лечение проводится специальными противогрибковыми средствами — как местными (в виде аппликаций), так и системными (внутривенно или перорально), в зависимости от состояния пациента и выраженности симптомов. Принципы ухода — такие же, как и при контактном дерматите.

4. Фолликулит перистомальной кожи

Возникает при инфицировании волосяных фолликулов вокруг стомы, может провоцироваться бритьём перистомальной области либо выдёргиванием волосков при снятии клеевого слоя кало-/уроприёмников.

Симптомы — появление на коже красных точек, гнойничков, зуд, болезненность.

Лечение: минимизировать травматизацию кожи — волосы лучше всего коротко подстригать маникюрными ножницами. Поражённую поверхность обрабатывают местными антисептиками — бетадином, бриллиантовым зелёным.

При упорном течении или при выраженных воспалительных явлениях иногда также назначают пероральный приём антибиотиков.

Уход щадящий, после стихания воспалительных явлений рекомендуется использовать защитные плёнки (спрей или салфетки).

5. Гипергрануляции вокруг стомы

Возникает разрастание грануляционной ткани на границе кожи и слизистой. Чаще всего провоцирующим фактором является травматизация этой области (например, вырезание слишком маленького отверстия в жёстком адгезивном слое), иногда такое состояние возникает спустя несколько недель после операции при заживлении кожно-слизистых швов.

Для пациента данное осложнение не опасно, однако иногда такие грануляции вызывают болевые ощущения и легко кровоточат.

Лечение: щадящий уход, использование двухкомпонентных систем, закрытие грануляций пастой, защитными кольцами. В некоторых случаях, спустя какое-то время, происходит инволюция этих разрастаний, а иногда, если они сильно беспокоят пациента, их прижигают нитратом серебра либо с помощью электрокоагулятора.

6. Гиперкератоз и псевдобородавчатая гиперплазия

Редкие осложнения возникают, как правило, при длительном ношении кало-/уриноприёмников. Проявляется их появление с длительной травматизацией кожи.

При гиперкератозе кожа вокруг стомы становится грубой, ороговевает, может становиться серой, синюшно-красной, пациента беспокоят зуд, болезненность.

При псевдобородавчатой гиперплазии в перистомальной области кожа становится бугристой, появляются уплотнения, напоминающие бородавки, также могут быть зуд и болезненность.

В таких случаях следует выбирать для ухода двухкомпонентные системы плюс использование паст-герметиков, колец и пр., для меньшей травматизации и защиты поражённой кожи. Адгезивы стомных систем и пасты (или другие средства) должны полностью закрывать область поражения вокруг стомы.

В некоторых случаях, после консультации с дерматологом, используют местно гидрокортизоновую мазь или эмульсию; иногда такие поражённые области иссекают с помощью электроножа.

7. Псориаз

Говоря об осложнениях со стороны перистомальной кожи, следует отметить, что в тех случаях, когда у пациента имеются какие-либо хронические кожные заболевания, — например, псориаз, то даже если он находится в ремиссии, ношение калоприёмника может провоцировать местные рецидивы болезни. Лечение в таком случае следует проводить совместно с дерматологом.

8. Гангренозная пиодермия

Редкое осложнение представляет собой реактивный дерматоз, проявляющийся неинфекционными некротическими очагами на коже с выраженным болевым синдромом и возникает чаще всего у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника — такими, как язвенный колит и болезнь Крона.

Для лечения применяют стероидные препараты обезжиренного состава в сочетании с альгинатными повязками, а также используют защитные кольца и двухкомпонентные системы. Иногда применяется щадящая хирургическая обработка ран, в некоторых случаях требуется системная терапия кортикостероидами, антибиотиками и иммуносупрессантами.

ПРИЧИНЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

а) Состояние пациента и сопутствующие заболевания

Это, прежде всего, те заболевания и состояния, которые влияют на процессы регенерации: сахарный диабет, ВИЧ-инфекция в стадии СПИД, раковая кахексия, состояние после химиотерапии, длительная терапия стероидами, алиментарная дистрофия и проч. Сюда же можно отнести и пожилой возраст пациента.

На это могут влиять также состояния, связанные с нарушениями свёртываемости крови (как в сторону снижения, так и повышения): острые и хронические заболевания печени, антикоагулянтная терапия, инфекционные заболевания и пр.

Кроме того, на возникновение осложнений со стороны перистомальной кожи могут оказать влияние имеющиеся у пациента хронические кожные заболевания: псориаз, атопический дерматит и др.

Профилактика: коррекция (в основном медикаментозная) данных заболеваний и состояний.

б) Нарушение техники формирования стомы, неправильный выбор места стомы

Говоря об этой группе причин, надо понимать, что в большинстве случаев эти нарушения связаны с технической невозможностью соблюсти рекомендации по формированию стом и проведению предоперационной подготовки. И лишь иногда это связано с другими причинами.

Во-первых, при экстренных оперативных вмешательствах нет возможности провести полноценную подготовку, в том числе и определение оптимального места формирования стомы — это связано в том числе и с тяжестью состояния пациента, и с особенностями течения некоторых заболеваний, что не позволяет адекватно оценить переднюю брюшную стенку (так, например, при наличии кишечной непроходимости или при асците живот может быть сильно увеличен в объёме, а при разрешении данной ситуации сформированная стома оказывается в кожной складке).

Во-вторых, у пациента могут быть опухолевые конгломераты в брюшной полости или в малом тазу, параканкротные абсцессы, выраженный спаечный процесс, значительные изменения топографии органов брюшной полости и малого таза после предыдущих операций и т.д. Всё это может сделать соблюдение правил формирования стом технически невозможным.

Профилактика: проведение предоперационной подготовки с маркировкой места стомы, соблюдение правил формирования стом

в) Неправильный подбор средств и ошибки в уходе за стомой

Данная категория причин связана в основном с отсутствием знаний об уходе за стомами и соответствующих практических умений у среднего медицинского персонала. К сожалению, всё это приводит либо к развитию осложнений, либо к их усугублению.

Профилактика: обучение медицинского персонала, а также строгое соблюдение рекомендаций по подбору средств и стомных систем и уходу за стомированными пациентами.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА

Одним из важных условий для успешной реабилитации стомированных пациентов является предоперационная подготовка, проведённая должным образом. Она позволяет избежать возникновения многих проблем и осложнений или минимизировать их.

Конечно, полноценная подготовка возможна только в тех случаях, когда речь идёт о плановых операциях, при экстренных вмешательствах её проведение либо невозможно, либо ограничивается минимальным объёмом.

При плановых операциях, если пациенту предстоит стомирование, эта подготовка должна включать следующие пункты:

а) Информирование пациента, психологическая подготовка

Разговор с пациентом, а при необходимости и с его близкими желательно проводить в приватной обстановке, чтобы, во-первых, ничто не мешало и не отвлекало от беседы, во-вторых, чтобы пациент мог задать деликатные вопросы, касающиеся его состояния без присутствия посторонних людей.

Пациенту должны быть разъяснены:

- Необходимость операции и формирования стомы
- Суть операции
- План дальнейшего лечения (и от чего он будет зависеть — например, по результатам гистологического исследования)
- Как дальше пациент будет жить со стомой — на этом этапе уместно объяснить, что таких людей много, есть специальные современные средства для ухода за стомами и после операции медперсонал подберёт необходимое средство и обучит пациента (и/или его близких) пользоваться всем этим и ухаживать за стомой. Важно также обговорить, как стомирование может повлиять на профессиональную деятельность пациента, личную жизнь и проч.

б) Предоперационная маркировка места расположения стомы

Крайне важный этап, позволяющий предотвратить многие осложнения!

При маркировке необходимо учитывать:

- Диагноз
- Образ жизни, профессию пациента
- Вид и объём предстоящей операции, предполагаемые линии разрезов
- Вид стомы (или стом)
- Особенности телосложения и рельефа передней брюшной стенки

- Наличие неврологических нарушений, проблем с опорно-двигательным аппаратом, использование пациентом костылей, протезов и пр.

Стома должна располагаться в проекции прямых мышц живота. При необходимости создания одновременно уростомы и стомы кишечника они не должны располагаться на одном уровне; уростома формируется выше кишечной стомы.

Любая стома должна быть расположена так, чтобы находиться в пределах видимости для пациента и быть доступна для самостоятельного ухода. Например, при ожирении стому формируют над кожно-жировой складкой, при выраженном сколиозе — на выпуклой стороне живота и т.д.

Следует избегать расположения стомы:

- Близко к нижнему краю рёберной дуги
- Близко к гребню подвздошной кости
- На линии запланированного разреза
- Рядом со старыми рубцами
- Около пупка
- На линии талии
- В кожно-жировых складках
- Под ортопедическими корсетами, креплениями протезов и т.п.
- В предполагаемой зоне воздействия абдоминальной радиотерапии

С учётом всех этих требований проводится выбор места наложения стомы. Перед тем, как отметить нужную точку, берут кало-/уроприёмник (в зависимости от вида будущей стомы) и прикладывают его к передней брюшной стенке пациента при разных положениях тела — стоя, сидя, лёжа, в наклоне. Это помогает отследить изменения рельефа и соответственно прилегание клеевого слоя стомной системы в разных положениях.

Следует избегать таких мест положения стомы, когда адгезивная пластина будет слишком сильно искривляться при перемене положения тела или будет закрывать пупок или предполагаемый разрез; так как это может приводить к быстрому отклеиванию. При необходимости формирования нескольких стом следует располагать их на таком расстоянии, чтобы клеевые пластины кало-/уроприёмников при этом не мешали друг другу. По возможности вокруг предполагаемого места стомы должна быть ровная площадка, рельеф которой минимально изменяется при перемене положения тела (например, сидя или в наклоне).

Иногда требуется наметить несколько возможных мест расположения стом.

ОЦЕНКА СТОМЫ И ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ПОДБОРА СРЕДСТВ

Для выбора подходящей стомной системы необходимо правильно оценить саму стому и перистомальную область передней брюшной стенки.

Что необходимо учитывать:

1. Вид стомы

- Уростомы/уретерокутанеостомы
- Илеостомы
- Колостомы

2. Отделяемое из стомы

- Моча
- Жидкий стул
- Оформленный стул
- Слизь

3. Размер стомы

4. Форма перистомальной области

- Ровная
- Втянутая
- Выпуклая

5. Наличие складок и других неровностей в перистомальной области

- Нет
- Незначительные/дряблая кожа
- Выраженные складки и неровности

6. Положение отверстия стомы по отношению к поверхности кожи

- Над уровнем кожи
- На уровне кожи
- Ниже уровня кожи

7. Наличие осложнений

- Со стороны стомы
- Со стороны кожи

Оценку стомы и особенно перистомальной области рекомендуется производить при разных положениях тела пациента, если позволяет его состояние. Нужно осмотреть стому и область вокруг в положении пациента лёжа, стоя, сидя, так как некоторые особенности — например, кожные складки или выпуклости становятся очевидны (либо сильнее выражены) только в определённом положении.

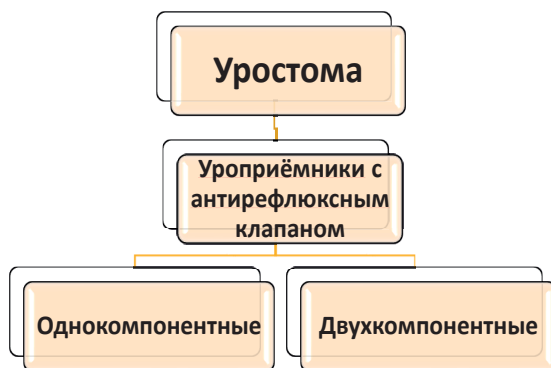
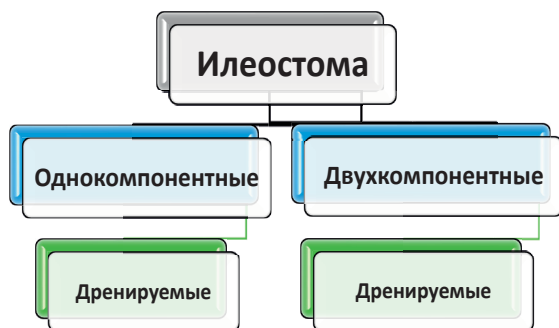


Рис. 45. Схемы подбора стомных систем для разных видов стом

ПРОБЛЕМЫ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, РЕАКЦИЯ НА СТОМИРОВАНИЕ

Нельзя недооценивать серьёзность последствий стомирования. Помимо функциональных и анатомических нарушений, большое значение имеют также возникающие у пациента психологические и социальные проблемы, которые нередко оказываются даже более значимыми.

Большинство таких пациентов испытывают тревогу, чувство обиды и нередко одиночества и безысходности. При отсутствии средств ухода и адекватных реабилитационных мероприятий стомирование может приводить к потере работы, учёбы, семьи; к изоляции человека от общества и глубоким депрессиям вплоть до суицида.

Редко кто сразу возвращается к привычному образу жизни. Однако, по мере того как человек приспосабливается к своему новому состоянию и учится с ним жить, эти проявления исчезают.

Физиологические проблемы стомированных пациентов

- Невозможность контроля физиологических отпавлений
- Ограничения некоторых видов деятельности
- Калоприёмник мешает спать, носить привычную одежду и т.д.
- Зависимость от наличия средств ухода и туалетных комнат
- Протекания + наличие неприятного запаха
- Недостаточная способность к самоуходу
- При наличии осложнений:
 - Боль
 - Зуд
 - Жжение и т.д.

Психологические проблемы стомированных пациентов

- Неуверенность в способности к самоуходу
- Страх перед необходимостью изменения образа жизни
- Боязнь потерять работу
- Боязнь, что супруг(а) может уйти; могут отвернуться родственники и друзья
- Страх остаться в одиночестве или стать обузой
- Брезгливость по отношению к стоме и опасение её повредить
- Снижение самооценки и ухудшение отношения к своему телу
- Страх, что посторонние могут узнать о наличии стомы

- Боязнь внезапного отклеивания калоприёмника, «позора» в общественном месте

Приём реакции на стомирование имеют гендерные особенности — например, снижение самооценки и ухудшение отношения к своему телу гораздо более выражены у женщин, нежели у мужчин, практически независимо от возраста.

Задачей медицинского персонала ещё на стационарном этапе лечения является решение проблем пациента, связанных с проведением стомирующей операции, и в этом отношении крайне важен не только надлежащий уход за стомой, но и обучение пациентов.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ И ИХ БЛИЗКИХ

Обучение пациентов и в некоторых случаях их родственников или же других близких людей является крайне важным для реабилитации стомированных пациентов и должно начинаться как можно раньше, ещё в больнице до выписки.

Несмотря на то, что в настоящее время во многих крупных городах существуют отделения или кабинеты реабилитации стомированных пациентов, многие из людей, перенёвших такую операцию, оказываются предоставлены сами себе. Это может происходить по разным причинам – например, там, где человек проживает, нет таких специалистов, либо пациент прописан в другом регионе и не может встать на учёт там, где в данное время живёт.

Иногда бывает и так, что пациенты просто не знают о существовании этих отделений/кабинетов; особенно это актуально для пожилых людей, проживающих в одиночестве либо с такими же супругами; эти люди зачастую не имеют самостоятельного доступа к информации.

Что касается поиска в Интернете, то здесь есть несколько проблем:

- Много устаревшей, обрывочной или недостоверной информации
- Пациент не знает, что искать (как сформулировать запрос)
- Пациент неправильно интерпретирует свои симптомы
- Неправильное понимание найденной информации и проч.

Даже в тех случаях, когда пациент встанет на учёт в отделении/кабинете реабилитации стомированных пациентов, этап стационарного обучения крайне важен, так как:

- Позволяет пациенту чувствовать себя более уверенно
- Решает, хотя бы частично, физиологические и психологические проблемы
- Снижает уровень стресса
- Помогает «пережить» этап до приёма у стоматерапевта (чаще всего приходится первую – вторую недели ожидания очереди на первичный приём)
- Повышает доверие к медицинскому персоналу
- Позволяет снизить нагрузку на медперсонал (если обученный пациент или его близкие, например, сами опорожняют мешки) и т.д.

Основные принципы:

1. Раннее начало обучения

Начинать можно, как только состояние пациента позволяет это сделать. Как правило, уже при переводе в отделение из реанимации. В том случае,

если рядом находятся близкие, готовые помогать в уходе, можно и даже нужно обучать и их тоже.

2. Стремление к максимальной самостоятельности пациента

Естественно, что в условиях стационара, особенно в первые дни после операции, уход и контроль за стомой осуществляет медицинский персонал; однако необходимо объяснить пациенту и /или его близким, что в домашних условиях все эти манипуляции осуществляются самостоятельно (либо с помощью родственников) и являются для стомированного пациента такой же рутинной гигиенической процедурой, как умывание или чистка зубов.

3. Двигаемся от простого к более сложному

Так, после перевода пациента из реанимации в отделение можно начать обучение с самых простых действий; например, контролю наполнения — положить руку пациента на калоприёмник и объяснить, что сейчас пакет плоский, потому что пустой, но необходимо будет периодически его проверять. Если пакет начинает надуваться, то нужно позвать медсестру, чтобы его опорожнить. Далее, когда пациент начинает садиться и вставать, учим его самостоятельно опорожнять пакет над унитазом или судном и т.д.

4. Постепенность и повторение

Особенность человеческой памяти такова, что запомнить сразу большой объём абсолютно новой, даже очень чётко и доступно изложенной информации, невозможно. Уже через несколько часов, а тем более дней в памяти остаётся лишь небольшая часть услышанного и увиденного. Кроме того, на способность к усваиванию новых знаний влияет и пожилой возраст пациента, и его физическое состояние, и нахождение в стрессовой для него ситуации — всё это затрудняет процесс обучения.

Именно поэтому обучать необходимо не торопясь, дозируя информацию и повторяя пройденное столько раз, сколько будет необходимо конкретному пациенту.

В начале, при первой же встрече с пациентом и/или его близкими, обязательно нужно рассказать, как будет происходить обучение, вселить в человека уверенность, что ему всё подробно объяснят и покажут, научат ухаживать за стомой самостоятельно, но это будет происходить постепенно, в течение его пребывания в стационаре.

5. Объяснение доступным человеку языком, без излишней медицинской терминологии

Для большинства пациентов многие медицинские термины могут быть непонятны или истолкованы ими неправильно; поэтому следует избегать их ненужного употребления, а если это невозможно, то объяснять их

значение понятными словами. Необходимо также разъяснение причин, почему нужно делать что-либо определённым образом или чего-то делать категорически нельзя.

Например, говоря пациенту, что нельзя мазать раздражённую кожу вокруг стомы цинковой мазью, нужно объяснить, что она не впитывается и оставляет на коже плёнку, которая не даёт клеевому слою калоприёмника закрепиться на коже; в случае использования её надо очень тщательно смывать перед наклеиванием мешка.

6. Наличие обратной связи

Для усвоения информации необходимо наличие обратной связи; поэтому хорошо, если пациент или его родственники сами задают вопросы, это говорит о заинтересованности пациента в успешной реабилитации и даёт понять, насколько он воспринимает предоставленную ему информацию и на какие аспекты следует обратить внимание.

Если пациент только слушает, смотрит и не спрашивает, не уточняет ничего, то для этого могут быть разные причины, однако в любом случае, следует вовлекать его в процесс обучения более активно, поощрять вопросы, просить пациента рассказать самого, то что ему объясняли до этого и т.д.

7. Показывать и рассказывать одновременно

Лучше всего запоминается визуальная информация, подкреплённая словами, поэтому желательно показывать и одновременно комментировать свои действия при обучении пациентов.

При наличии соответствующих расходных материалов можно показывать не только действия, но и, например, рассказывая о видах стомных систем, демонстрировать разные модели, чтобы пациент мог наглядно видеть, как они выглядят и чем отличаются.

8. Обучение в приватной обстановке

Все, что касается физиологических отпавлений и наличие стомы в том числе, является крайне деликатной темой для подавляющего большинства пациентов, поэтому крайне важно, чтобы процессу обучения никто не мешал.

Наличие посторонних людей может помешать пациенту задать интересующие его вопросы или открыто обсуждать имеющиеся у него физиологические и психологические проблемы. В условиях стационара чаще всего наиболее подходящим помещением оказывается перевязочный кабинет; обучать в палате возможно при тяжёлом состоянии пациента, однако лучше это делать только в том случае, если человек находится в палате один.

В некоторых отделениях, где постоянно присутствует большое количество стомированных пациентов, организуют для этого специальные комнаты.

8. Выбор оптимальных сроков для обучения

Выбор времени для обучения, особенно в части практических навыков, зависит от нескольких факторов:

- Состояние пациента и его способность воспринимать информацию
- Наличие рядом родственников, которые будут в дальнейшем помогать в уходе за стомой
- Наличие осложнений
- Наличие балки (шпоры) при формировании двустольной стомы — в таком случае лучше обучать практическим навыкам после удаления балки, так при её наличии наклеивание калоприёмника производится не так, как пациенту придётся делать в дальнейшем.

Однако следует учесть, что нежелательно проводить обучение непосредственно перед выпиской, так как у пациента должно быть время «осознать» информацию, сформулировать и задать интересующие его вопросы.

10. Самостоятельное выполнение манипуляций по уходу за стомой

Пациенту, если позволяет его состояние или его близким, которые будут помогать ему в уходе за стомой, после обучения необходимо дать возможность проделать все действия по уходу самостоятельно под контролем медицинского персонала. Это позволяет сразу выявлять и корректировать возможные ошибки, а также позволяет пациенту чувствовать себя более уверенно.

11. Подбор необходимых средств ухода и стомных систем

Необходимо подобрать подходящие кало-/улоприёмники и, при необходимости, специальные средства, а также обучить пациента пользоваться ими; особенно это важно при наличии каких-либо осложнений или особенностей (например, втянутая стома или наличие дерматита на стационарном этапе лечения).

12. Чёткий план обучения

13. Маршрутизация пациента после выписки

При выписке из стационара необходимо разъяснить пациенту, куда необходимо обращаться при наличии стомы — это может быть отделение или кабинет реабилитации стомированных пациентов. Необходимо также рассказать о возможности получения такими людьми инвалидности, оформлении ИПР и бесплатном обеспечении всеми расходными материалами (стомные системы и средства ухода).

ПИТАНИЕ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Само по себе наличие стомы не требует соблюдения какой-либо строгой диеты; имеющиеся ограничения, как правило, связаны с сопутствующими заболеваниями —такими, например, как сахарный диабет, язвенная болезнь, аллергия и пр. То есть по прошествии послеоперационного периода (через 1–1,5 мес.) стомированный пациент может питаться так же, как и раньше.

Прежде всего, питание должно быть рациональным, то есть удовлетворять потребности организма в питательных веществах, быть сбалансированным по составу и регулярным, а также должно поддерживать равновесие между поступающей с пищей энергией и энергетическими затратами человека. Есть следует не торопясь, тщательно пережёвывая пищу.

Питание должно быть также по возможности разнообразным, так как, во-первых, нет продуктов, которые содержали бы сразу все необходимые вещества, а, во-вторых, еда должна быть не только «топливом» для организма, но и приносить человеку удовольствие. Кроме того, разнообразная пища стимулирует аппетит и благотворно влияет на микрофлору кишечника. Все это актуально не только для тех, кто имеет стомы, но и для абсолютно здоровых людей.

Однако есть рекомендации, которых стоит придерживаться стомированным людям:

- а) Соблюдать режим питания — это делает процесс пищеварения и выделения стула более предсказуемым. Основными приёмами пищи должны быть завтрак и обед, ужин лучше всего делать более лёгким и не позже, чем за 3–4 часа до сна. Это позволяет свести к минимуму работу желудочно-кишечного тракта и выделение стула в ночное время, что особенно актуально при наличии у пациента илеостомы. Несоблюдение этого правила может приводить к переполнению и протеканию калоприёмника в ночное время.
- б) Не употреблять, либо свести к минимуму употребление тех продуктов, которые вызывают у пациента повышенное газообразование и жидкий стул.

Что касается этого пункта, то, хотя есть продукты, которые известны своей способностью вызывать такие реакции (о чём будет сказано далее), на самом деле всё очень индивидуально; поэтому после стомирующей операции можно рекомендовать вести первое время пищевой дневник.

Делается это следующим образом: в домашних условиях, когда человек уже возвращается к обычному питанию, он должен будет записывать, что он ел и каким образом организм отреагировал на тот или иной продукт.

Продукты в таком случае лучше вводить в рацион по очереди: то есть сегодня человек ест что-то новое, наблюдая за реакцией; далее — следующий продукт, опять наблюдая за реакцией.

Всё это записывается в пищевой дневник и помогает точно установить, каким образом организм реагирует на определённую пищу. Неоформленный стул и сильное газообразование обычно не опасны для пациента, однако доставляют неудобства, так как в этом случае придётся часто опорожнять калоприёмник. Кроме того, при метеоризме отхождение газов может сопровождаться звуками, которые пациент не может контролировать.

- в) Пить достаточное количество жидкости. Если человеку, имеющему колостому, как правило, достаточно около 1,5 литров в сутки, как и не стомированному пациенту, то людям с илеостомами жидкости требуется больше 1,5–2,5 литра, а иногда и больше. Дело в том, что при наличии илеостомы толстая кишка не участвует в процессе пищеварения и воде из кишечного содержимого негде всасываться обратно, соответственно со стулом происходит большая потеря жидкости. Такие пациенты иногда пытаются пить как можно меньше, чтобы минимизировать объём стула, однако этого делать категорически нельзя! Стул будет выделяться в таком же количестве, а без восполнения жидкости у человека очень быстро может наступить обезвоживание, признаками которого являются:
 - Жажда, сухость во рту, тошнота
 - Слабость, головокружение
 - Олигурия и тёмный цвет мочи
 - Судороги ног, спазмы в животе
 - Может быть спутанность сознания в тяжёлых случаях.
- г) Повышенное газообразование, кроме употребления вызывающих его продуктов, может быть вызвано и другими причинами:
 - Голодание
 - Разговоры во время еды
 - Курение, употребление жевательной резинки
 - Газированные напитки
 - Стрессы, нервное перенапряжение
 - Воспалительные заболевания ЖКТ

Для устранения метеоризма следует избегать данных провоцирующих факторов, в определённых случаях пациенту назначают препараты (активированный уголь, эспумизан и пр.).

д) При илеостоме:

- Между приёмом пищи и питья лучше делать паузу в 30–60 мин, это помогает избежать излишне жидкого стула
- Необходимо восполнять не только жидкость, но и электролиты (калий и натрий), поэтому таким пациентам рекомендуется употребление до 6–9 г соли в сутки, а также продукты, богатые калием (мясной бульон, бананы, курага и пр.)
- С осторожностью употреблять продукты, вызывающие колики (см. таблицу). В некоторых случаях они могут вызывать затруднения в отхождении стула через илеостому; при этом, помимо болевых ощущений в животе, наблюдается отхождение стула небольшими порциями под давлением, в нём могут присутствовать непереваренные кусочки.

ж) При уростоме:

- Пить не менее 2 л жидкости в день
- Избегать приёма большого количества жидкости перед сном (чтобы не было переполнения уроприёмника в ночное время)
- Жирную пищу лучше употреблять небольшими порциями; так как при создании илеокондуита, как правило, используется тот отдел кишки, где происходит всасывание желчных кислот, которые выделяются в ответ для переваривания жиров. Если большое количество невсосавшихся желчных кислот будет попадать в толстую кишку, то у некоторых пациентов это может провоцировать диарею.
- Для поддержания нормального уровня pH можно принимать также 500 мг витамина С в сутки, а для профилактики инфекций мочевыводящих путей — клюкву или клюквенный сок (при отсутствии противопоказаний!).

Таблица 1

Действие различных продуктов на организм человека

Продукты с послабляющим эффектом	Сырые овощи и фрукты Чернослив Фасоль Свежевыжатые соки Кисломолочные продукты Ржаной хлеб Свежее молоко Продукты с искусственными подсластителями (маннит, сорбит, ксилит)
----------------------------------	--

Продукты с закрепляющим эффектом	Рис Сухари, сушки Шоколад (особенно горький) Черника, бананы, печёные яблоки Кисели, кипячёное молоко Бананы Макаронные изделия Чёрный крепкий чай Пюре из тушёной моркови
Продукты, способствующие газообразованию	Безалкогольные газированные напитки Пиво, шампанское Горох, бобы, кукуруза Капуста (все виды) Корнеплоды, огурцы Шпинат, чеснок, лук Абрикосы, груши, яблоки, сливы Грибы Яйца Свежий хлеб и вся выпечка на дрожжах
Продукты, усиливающие зловоние	Яйца Рыба Лук, чеснок, специи Капуста Сыр
Продукты, уменьшающие неприятный запах	Йогурт, кефир Творог Брусника Зелёный салат Петрушка Чай с мятой
Продукты, вызывающие колики	Помидоры Орехи Цитрусы Кукуруза и попкорн Хурма Болгарский перец Грибы

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ачкасов С.И., Калашникова И.А., Стародубов В.И., Шелыгин Ю.А. Кишечные стомы. Руководство для врачей. — М.: ГЭОТАР — Медиа. — 2021. — 304 с.
2. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М: Стольный град. — 2002. — 159 с.
3. Горелик С.Г., Дуганова М.В. Реабилитация стомированных больных// Медицинская сестра. — 2017. — № 5. — С. 34–36.
4. Далгатов Г.М., Загиров У.З., Загирова Н.Н., Исаев У.М., Салихов М.А. Медико-социальная реабилитация колостомированных больных//Вестник новых медицинских технологий — 2007. — № 14(4). — С. 114–115.
5. Дейнека Н.В. Психологическая реабилитация пациентов со стомой: интегративный подход // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2010. — №5. — С. 113–117.
6. Ермолаев И.Е. Осложнения колостомии //Медицина и экология — 2010. — № 4. — С. 37–41.
7. Ибатуллин А.А. Комплексная реабилитация стомированных больных. //Дисс. докт. мед. наук. — Уфа, — 2013. — 297 с.
8. Ибатуллин А.А., Аитова Л.Р., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Тимербулатов М.В. Реконструктивная хирургия стомальных осложнений. // Медицинский вестник Башкортостана. — 2017. — Т. 12. — № 5 (71). — С. 25–32.
9. Ионов А.Л., Щербакова О.В., Лука В.А., Сулавко Я.П. Кишечные стомы в детской колопроктологии // Детская больница. — 2011. — № 4. — С. 3–11.
10. Калашникова И. А., Ачкасов С. И. Алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечных стом // Колопроктология. — 2009. — № 3. — С. 8–15.
11. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм индивидуального подбора технических средств реабилитации у больных с кишечной стомой // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. — 2007. — №2. — С. 56–57.
12. Калашникова И.А., Фадеева С.А. Организация помощи стомированным пациентам в России: современное состояние и роль

медсестры в этом процессе // Вестник Ассоциации медицинских сестёр России. – 2011. – № 3. – С. 30–33.

13. Кассихина Н.М. Медико-социальные аспекты комплексной реабилитации стомированных больных. //Дисс. канд. мед. наук. – М. – 2004. – 281 с.
14. Клинические рекомендации. Колопроктология/ под. ред. Ю.А. Шелыгина – М.: ГЭОТАР- Медиа. – 2015. – 528 с.
15. Клинические рекомендации по ведению взрослых пациентов с кишечной стомой / Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, Э.В. Балобина, С.В. Васильев, Е.Г. Григорьев, М.Ю. Голубева, П.В. Еропкин, Б.Н. Жуков, И.А. Калашникова, В.Н. Кашников, Н.В. Костенко, В.Ф. Куликовский, А.В. Куляпин, Г. Манихас, А.И. Москалев, А.В. Муравьев, В. М. Тимербулатов, В.З. Тотиков, Д.А. Хубезов, Г.И. Чибисов, В.В. Яновой. – М.: – 2013. – 33 с.
16. Коновалов С.В. Параколомические грыжи // Вестник хирургии. – 2003. – № 6. – С. 105–109.
17. Коновалов С.В. Пропалсы колостомы // Вестник хирургии. – 2004. – № 2. – С. 128–131.
18. Костенко Н.В., Есин В.И., Титова Ю.П. Некоторые аспекты медико-социальной реабилитации больных с кишечными стомами// Колопроктология. – 2015. – № S1 – С. 119–120.
19. Костенко Н.В., Титова Ю.Л., Карнаух М.М., Анализ послеоперационного периода у пациентов с кишечной стомой // Астраханский медицинский журнал. – 2016. – Т. 11. – №2. – С. 104–112.
20. Лобаков А.И. Реабилитация больных с послеоперационными лечебными кишечными стомами //Хирургия. – 2006. – № 5. С. 12–14.
21. Лукьянова И.Е., Суханов В.Г., Сигида Е.А. Проблемы развития реабилитационных технологий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – №1. – С. 32–34.
22. Назарова Д.А. Исследование, анализ и разработка практических рекомендаций при сестринском уходе за пациентами с кишечными стомами // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2017. – Т. 21. – № 3. – С. 347–355.
23. Манихас Г.М. Амбулаторно-стационарная реабилитация больных с колостомой. //Дисс. докт. мед. наук. – М. – 2006. – 238 с.

24. Манихас Г.М., Каливо Э.А., Фридман М.Х., Оршанский Р.Н. Хирургическая реабилитация колостомированных больных. Современные технологии в онкологии: материалы VI Всероссийского съезда онкологов. – Ростов-н/Д. – 2005. – Т.1. – С. 281–282.
25. Манихас Г.М., Оршанский Р.Н., Фридман М.Х. Основы стоматерапии. – СПб.: ООО «Издательство «Петрополис», – 2000. – 192 с.
26. Мансуров Ю.В. Пособие для стомированных пациентов. Справочное издание. – СПб.: ООО «Б.Браун Медикал». – 2020.
27. Мехдиев Д. И., Гайнутдинов Ф. М., Куляпин А. В. и др. Параколостомические осложнения и их хирургическая коррекция // Актуальные вопросы колопроктологии: Тезисы I съезда колопроктологов России с международным участием. – Самара, – 2003. – С. 360–361.
28. Михайлова Е.В., Петров В.П., Переходов С.Н. Кишечные стомы. Правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом. – М.: Наука. – 2006.
29. Симатов С.А. Проблемы организации медицинской и реабилитационной помощи стомированным больным на современном этапе // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2017. – № 3. – С. 78–82.
30. Сотников Д. Н., Абрамян Б. А., Курилов В. П. Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза // Хирургия. – 2009. – № 6. – С. 44–49.
31. Стойко Ю.М., Манихас Г.М., Ханевич М.Д., Коновалов С.В. Профилактика и лечение осложнений колостом. – СПб.: Аграф +. – 2008. – 165 с.
32. Суханов В.Г. Не делайте их изгоями! // Медицина и общество. – 2012. – №23. – С. 10–11.
33. Суханов В.Г. Социальная реабилитация пациентов со стомой. – М.: Наука. – 2006. – 183 с.
34. Тимербулатов В.М., Афанасьев С.Н., Гайнутдинов Ф.М., Мехдиев Д.И., Галимов О.В., Куляпин А.В., Галлямов А.Х. Хирургическая реабилитация больных со стомами // Колопроктология. – 2004. – № 1 (7). – С. 3–6.

35. Тимербулатов М.В., Ибатуллин А.А., Гайнутдинов Ф.М., Куляпин А.В., Аитова Л.Р., Кызылбаева А.И., Абдеев А.А., Фатхуллин А.С. Поздние осложнения кишечных стом и их хирургическая коррекция // Казанский медицинский журнал. – 2012. – Т.93. – № 4. – С. 602–606.
36. Тойчуев З.М., Гатауллин И.Г., Аглуллин И.Р., Хамитов М.Р., Каджи М.Р. Профилактика параколостомических осложнений после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки // Казанский медицинский журнал. – 2012. – № 93(5). – С. 725–728.
37. Урология. Учебник // под ред. Глыбочко П.В., Аляева Ю.Г. – Ростов-на-Дону: Феникс. – 2014. – 432 с.
38. Шакеев К.Т. Осложнения колостомии // Медицина и экология – 2008. – № 4. – С. 91–25.
39. Шакеев К.Т. Результаты лечения поздних параколостомических осложнений// Вестник хирургии Казахстана. – 2008. – № 4(16). – С. 36–39.
40. Шелыгин Ю.А., Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Кожные перистомальные осложнения у пациентов с кишечной стомой // Клинический эксперимент. хирургический журнал. им. акад. Б.В. Петровского. – 2013. – № 1. – С. 40–46.
41. Эйбов Р.Р. Профилактика и лечение поздних стомальных осложнений// Дисс. канд. мед. наук. – Уфа. – 2023. – 145 с.
42. Янышев А.А., Базаев А.В., Абелевич А.И., Лебедева М.А. Хирургическое лечение парастомальных грыж // Медицинский альманах. – 2018. – №1 (52). – С. 76–79.
43. Abdominal stomas and their skin disorders. An atlas of diagnosis and management. Lyon C.C., Smith A.J. (editors). – UK: Informa. – 2010.
44. Akbulut G., Nutrition in Stoma Patients: A Practical View of Dietary Therapy // International Journal of Hematology & Oncology. – 2011. – Vol. 21. – № 1. – P. 61–66.
45. Alvey B., Beck D.E. Peristomal dermatology//Clin Colon Rectal Surg. – 2008. – № 21(1). – P. 41–44 с.
46. Ang S.G., Chen H.C., Siah R.J., He H.G., Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. //Oncol Nurs Forum. – 2013. – № 40(6). – P. 587–94.

47. Ayaz-Alkaya S. Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature // *International wound journal*. – 2019. – № 16(1). – P. 243–249.
48. Bafford A.C., Irani J.L. Management and complications of stomas // *Surg Clin North Am.* – 2013. – № 93(01). – P.145–166.
49. Binus A.M., Qureshi A.A., Li V.W., Winterfield L.S. Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients // *Br J Dermatol.* – 2011. – № 165(6). – P. 1244–1250.
50. Brown H., Randle J. Living with a stoma: a review of the literature // *Journal of Clinical Nursing.* – 2005. – V. 14. – P. 74–81.
51. Burch J. Common peristomal skin problems and potential treatment options // *British Journal of nursing.* – 2008. – № 17(17). – P. 4–8.
52. Burch J. Research and expert opinion on siting a stoma: a review of the literature // *British J. of Nursing.* – 2018. – Vol. 27. – N 16. – P. 4–12.
53. Burch J. The management and care of people with stoma complications // *Br J Nurs.* – 2004. – №13(6). P. 307–318.
54. Burch J. The pre- and postoperative nursing care for patients with a stoma // *Br J Nurs.* – 2005. – № 14(6). – P. 310–318.
55. Carne P.W., Robertson G.M., Frizelle F.A. Parastomal hernia // *Br J Surg.* – 2003. – № 90(7). – P. 784–793.
56. Chaudhri S., Brown L., Hassan I., Horgan A.F. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial // *Dis Colon Rectum.* – 2005. – № 48(3). – P. 504–509.
57. Cottam J. [et al.] Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery // *Colorectal Dis.* – 2007. – Vol. 9 (9). – P. 834–838.
58. D'Ambrosio F., Pappalardo C., Scardigno A., Maida A., Ricciardi R., Calabrò G.E. Peristomal Skin Complications in Ileostomy and Colostomy Patients: What We Need to Know from a Public Health Perspective. // *Int J Environ Res Public Health.* – 2022. – № 20(1). P. 79.
59. Deitz D., Gate J. Basic ostomy management // *Wound Skin Care.* – 2010. – № 20(2). P. 61–62.
60. De Oliveira A.L., Boroni Moreira A.P., Pereira Netto M., Goncalves Leite I.C. A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With an Ileostomy or Colostomy // *Ostomy Wound Manage.* – 2018 May. – Vol. 64. – N 5. – P. 18–29.

61. Doughty D.B. History of ostomy surgery // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2008. – Vol. 35. – N 1. – P. 34–38.
62. Formijne Jonkers H.A., Draaisma W.A., Roskott A.M., van Overbeeke A.J., Broeders I. A., Consten E.C. Early complications after stoma formation: a prospective cohort study in 100 patients with 1-year follow-up // Int J Colorectal Dis. – 2012. – № 27(8). – P. 1095–1099.
63. Gooszen A.W., Geelkerken R.H., Hermans J., Lagaay M.B., Gooszen H.G. Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy // Dis Colon Rectum. – 2000. – № 43(5). – P. 650–655.
64. Hadi A., Lebwohl M. Clinical features of pyoderma gangrenosum and current diagnostic trends // J Am Acad Dermatol. – 2011. – № 64(5). – P. 950–954.
65. Hanley J. Effective management of peristomal pyoderma gangrenosum. // Br J Nurs. – 2011. – № 20(7). – P. 12–17.
66. Hoeflok J., Salvadalena G., Pridham S., Droste W., McNichol L., Gray M.J. Use of Convexity in Ostomy Care: Results of an International Consensus Meeting.//Wound Ostomy Continence Nurs. – 2017. – № 44(1). – P. 55–62
67. Husain S. G., & Cataldo T. E. Late stomal complications // Clinics in Colon and Rectal Surgery. – 2008. – № 21(1). – P. 21–40.
68. Karadağ A., Menteş B.B, Uner A., Irkörüçü O., Ayaz S., Ozkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies // Int J Colorectal Dis. – 2003. – № 18(3). – P. 234–238.
69. Krishnamurty D.M., Blatnik J., Mutch M. Stoma Complications // J. Clin. Colon Rectal Surg. – 2017. – Vol. 30. – N 3. – P. 193–200.
70. Krouse R.S., Grant M., McCorkle R., Wendel C.S., Cobb M.D., Tallman N.J., Ercolano E., Sun V., Hibbard J.H., Hornbrook M.C. A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. // Psycho-Oncology. – 2016. – № 25(5). – P. 574–581.
71. Kwiatt M., Kawata M. Avoidance and management of stomal complications // Clin Colon Rectal Surg. – 2013. – № 26(2). – P. 112–121.
72. Nybaek H., Jemec G.B.E. Skin problems in stoma patients // J Eur Acad Dermatol Venerol. – 2010. – № 24(3). – P. 249–257.
73. Maeda K. Prolapse of intestinal stoma. // Ann Coloproctol. – 2022. – № 38(5). – P. 335–342.

74. Makela J.T., Niskasaari M. Stoma care problems after stoma surgery in Northern Finland// *Scandinavian Journal of Surgery*. – 2006. – № 95(1). – P. 23–27
75. McGrath A. Stoma-associated problems: the important role of the specialist nurse // *British Journal of Nursing*. – 2017 (Stoma Supplement). – Vol 2. – № 5. – P. 30–31.
76. Millar A.J., Lakhoo K., Rode H., Ferreira M.W., Brown R.A., Cywes S. Bowel stomas in infants and children. A 5year audit of 203 patients. // *S Afr J Surg*. – 1993. – № 31 (3). – P. 110–3.
77. Mithany R.H., Shahid M.H., Shahid R., Hannan A., Gill M.U., Ileostomy 101: Understanding the Basics for Optimal Patient Care. // *Cureus*. – 2023. – № 15(10)
78. O'Connor G. Teaching stoma-management skills: the importance of self-care // *Br J Nurs*. – 2005. – № 14. – P. 320–324.
79. O'Flynn S.K. Care of the stoma: complications and treatments // *British Journal of Community Nursing*. – 2018. – № 23. – P. 382–387.
80. Olsen T., Alstad B., Thomsen L., Bach K., Berndtsson I., Palselius I. Postoperative Standards. Stoma Care. Skin Care. – Goteborg.: Nordic Stoma Cooperation. – 2011.
81. Popek S., Grant M., Gemmill, R., Wendel C.S., Mohler M.J., Rawl S.M., Baldwin C.M., Ko C.Y., Schmidt C.M., Krouse R.S. Overcoming challenges: life with an ostomy. // *The American Journal of Surgery*. – 2010. – № 200(5). – P. 640–645.
82. Prcic A., Begic E. Complications After Ileal Urinary Derivations // *Medical Archives*. – 2017. – Vol. 71, – № 5, – P. 320 – 324.
83. Ratliff C.R. Early Peristomal skin complications reported by WOC nurses // *J Wound Ostomy Continence Nurs*. – 2010. – № 37(5). – P. 505–510.
84. Robertson I., Leung E., Hughes D. et al. Prospective analysis of stoma-related complications // *Colorectal Dis*. – 2005. – № 7(3). – P. 279–285.
85. Rolstad B.S., Erwin-Toth P.L. Peristomal skin complications: prevention and management // *Ostomy Wound Manage*. – 2004. № 50(9). – P. 68–77.
86. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review // *J. Wound Ostomy Continence Nurs*. – 2008. – № 35(6). – P. 596–607.

87. Shabbir J., Britton D. C. Stoma complications: a literature overview // *Colorectal Dis.* — 2010. — Vol. 12 (10). — P. 958–964.
88. Sofos S.S., Walsh C.J., Parr N.J., Hancock K. Radical cystectomy and pelvic lymphadenectomy with ileal conduit urinary diversion and abdominal wall reconstruction: an interesting case of multidisciplinary management. // *Int Med Case Rep J.* — 2015. № 8. — P. 29–31.
89. Steinhagen E., Colwell J., Cannon L.M. Intestinal stomas—postoperative stoma care and peristomal skin complications. // *Clin Colon Rectal Surg.* — 2017. — № 30(03). — P. 184–192.
90. Szymanski KM, St-Cyr D, Alam T. et al. External stoma and peristomal complications following radical cystectomy and ileal conduit diversion: a systematic review. // *Ostomy Wound Manage.* — 2010. №56 (1). — P. 28–35.
91. Taneja C., Netsch D., Rolstad B.S., Inglese G., Lamerato L., Oster G. Clinical and economic burden of peristomal skin complications in patients with recent ostomies. // *J Wound Ostomy Continence Nurs.* — 2017. — № 44(04). — P. 350–357.
92. Toningerová V., Frýba V. Modern trends in management of complicated gastrointestinal ostomies // *Cas Lek Cesk.* — 2021. — № 160 (5). — P.193–202.
93. Tsujinaka S., Tan K.Y., Miyakura Y. et al. Current Management of Intestinal Stomas and Their Complications // *J. Anus Rectum Colon.* — 2020. — Vol. 4. — N 1. — P. 25–33.
94. Villa G. at al. Life with a urostomy: A phenomenological study // *Applied Nursing Research.* - 2019. — Vol.39. — P. 46–52.
95. Welling D.R., Duncan J.E., Stomas and trauma // *Clin Colon Rectal Surg.* —2008. — Vol. 21. — P. 45–52.
96. Whitehead A., Cataldo P.A. Technical considerations in stoma creation. // *Clin Colon Rectal Surg.* — 2017. — № 30. — P. 162–171.

ISBN 978-5-907834-50-7



9 785907 834507 >

**Уход за стомами: учебно-методическое пособие. — СПб.: Санкт-Петербургский
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. — 2026. — 100 с.**

Авторы:

Тихач И.И., Бабков О.В., Лаврова Е.А.

Редактор:

профессор В.Е. Парфенов

Рецензенты:

д.м.н. Батыршин И.М., проф. Суров Д.А.

*Утверждено в качестве учебного пособия
проблемной комиссией СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе №1
от 9 октября 2025года, выписка из протокола №9*

© Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе, 2026

© Отпечатано ИП Масленникова В.Ю., 2026

Формат 60х90/16. Объем 6,25 усл.п.л. Тираж 50 экз. Заказ № 283.
Подписано в печать 19.10.2026 г. Отпечатано в типографии ИП Масленникова В.Ю.,
Почтовый адрес: 197760, Санкт-Петербург, г. Кронштадт, ул. Посадская, д. 21, кв. 8

**Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе**

ISBN 978-5-907834-50-7



9 785907 834507 >