

## УХОД ЗА СТОМАМИ КИШЕЧНИКА

В 1776 году французский хирург Пиллор впервые осуществил формирование цекостомы (стома слепой кишки) с целью ликвидации кишечной непроходимости у больного раком прямой кишки. Пациент погиб от некроза тонкой кишки на фоне длительного приема слабительного, содержащего ртуть.

21 октября 1793 года французский хирург Брест Дюре оперировал трехдневного ребенка с атрезией заднего прохода. Пациент прожил 45 лет.

Илео-, колостома. Когда выделение каловых масс через прямую кишку невозможно, в том или ином отделе кишечника делают искусственное отверстие.

Илеостому, отверстие в области подвздошной кишки, делают, например, при неспецифическом язвенном колите, острой кишечной непроходимости, различных травмах и др. Во время операции, илеостомии конец здоровой подвздошной кишки выводится на поверхность передней брюшной стенки и фиксируется там с формированием нового отверстия для выведения содержимого кишечника. Илеостома может быть как временной, так и постоянной. Обычно она располагается в нижней части живота справа.

При колостомии открытый конец здорового участка толстой кишки выводят на переднюю брюшную стенку и фиксируют там, формируя новый выход для кишечного содержимого. При этом пищеварительный тракт, так же как и при илеостомии, продолжает работать нормально. Колостома - отверстие в области восходящей ободочной или сигмовидной кишки - может быть как временной, так и постоянной. Временную колостому делают в случаях травмы кишечника (огнестрельное ранение, колотые раны, повреждения при дорожно-транспортных происшествиях), острой кишечной непроходимости. Постоянная колостома необходима при опухолях ободочной и прямой кишки и других тяжёлых заболеваниях этого отдела кишечника, когда нарушается выведение каловых масс.

По статистике постоянные стомы кишечника накладывают в 67% случаев, временные - в 33%.

Предоперационная подготовка. Когда врач сообщает пациенту о том, что необходимо наложение стомы, самая распространённая реакция: «остолбенение» или отказ в это поверить. Удаление любой части тела влечёт за собой ощущение утраты, потери. Человек, которому предстоит операция по наложению стомы, испытывает печаль и скорбь в связи с предстоящей потерей. Переживание часто сопровождается отрицанием, гневом, депрессией и т.д. Изменение тела может вызвать чувства вины, стыда или отвращения к самому себе. Обычно формирование стомы считают калечащей операцией, несмотря на то, что для некоторых такое вмешательство может стать облегчением или освобождением от хронической боли, поноса, а иногда даже спасением от смерти. Независимо от того, какую реакцию выражают пациенты, им требуются время и поддержка посторонних, чтобы преодолеть неприятные чувства.

Уже перед операцией пациент нуждается в консультации и обучении, он должен знать обо всём, что с ним будет происходить после операции (эту информацию пациенту даёт врач).

**Предоперационная подготовка пациента, которому предстоит наложение стомы, должна включать:**

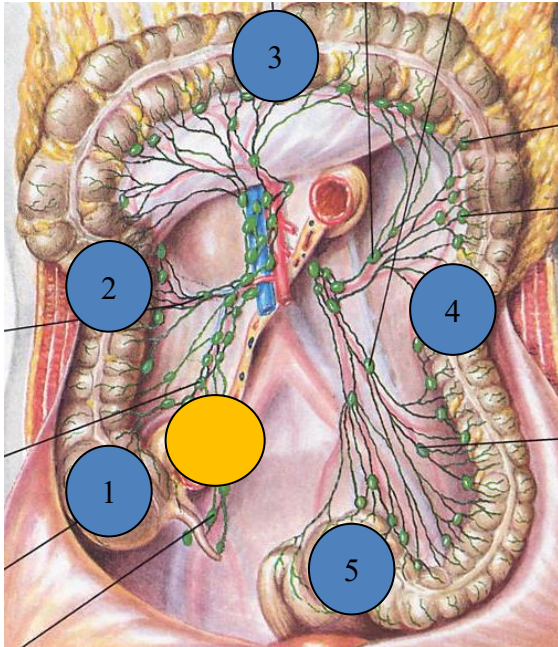
- простое объяснение с использованием рисунков пищеварительного тракта;
- объяснение целей операции. Нужно разъяснить пациенту, какие участки должны быть удалены; обсудить вид предполагаемой стомы; её влияние на функцию кишечника;
- описание ощущений, которые будет испытывать пациент после операции по наложению стомы;
- перспективы жизни со стомой;
- обсуждение правил ухода за стомой как в больнице, так и дома.

Послеоперационный уход. За стомой после операции наблюдают перевязочные сёстры или стоматерапевты. Нужно регулярно осматривать стому, чтобы оценивать её цвет. Красный цвет кишки

указывает на её жизнеспособность, кишка с нарушенным кровообращением выглядит тёмной. Необходимо следить за целостностью линии шва между стомой и кожей.

Сразу же после операции через стому начинает выделяться слизь. По мере того как восстанавливается работа кишечника, из него (через стому) начнут выделяться газы. В зависимости от локализации стомы характер отделяемого может меняться.

Важный компонент ухода за стомой - защита кожи. Отделяемое из кишечника может очень сильно раздражать кожу вокруг стомы. Существуют специальные липкие пластины, она держится на теле пациента до семи дней, при наложении легко разглаживается, не образуя изгибов, представляет собой как бы «вторую кожу». К этой пластине надёжно прикрепляется сборный мешочек, предотвращая вытекание содержимого. Кроме того, кожу вокруг колостомы обрабатывают лекарственными средствами (по назначению врача), которые не только защищают её от соприкосновения с фекалиями, но и оказывают противовоспалительное действие.



## Илеостома

### Колостома:

- 1 – цекостома
- 2 – асцендостома
- 3 – трансверзастома
- 4 – десцендостома
- 5 – сигмостома

**Рис. 1** Виды стом кишечника

В послеоперационном периоде в лечебном учреждении:

- подбирают необходимые средства для ухода за стомой в домашних условиях;
- обучают пациента и, если нужно, его родственников правилам ухода за стомой;
- рассказывают пациенту и его близким о том, где и как они будут получать или приобретать изделия (пластины, сборные мешочки, пасту);
- обеспечивают современными средствами ухода за стомой (в период пребывания в стационаре);
- наблюдают за пациентом со стомой (состоянием кожи, стомы и т. д.);
- регистрируют пациента в стомакабинете для дальнейшего регулярного наблюдения.

Подбор средств для ухода за стомой. Выбор калоприёмника, обучение обращению с ним проводит медицинская сестра (стоматерапевт). Она же даёт рекомендации по использованию в будущем других видов калоприёмников. Калоприёмники имеют различное устройство. Это могут быть прозрачные или матовые мешочки для однократного или многократного использования, с фильтрами и без фильтров. Однокомпонентные калоприёмники имеют мешочек для сбора фекалий, уплотнитель и внешнее адгезивное кольцо в составе единого цельного блока. Двухкомпонентные калоприёмники состоят из мешочка, который прикрепляется к клеящейся пластине, выполняющей функцию «второй кожи». Мини-калоприёмник используют в течение короткого времени (например, для занятий спортом). Хорошо подобранный калоприёмник защищает кожу, в нём помещаются испражнения, он соответствует изгибам тела, позволяет без помех наклоняться, незаметен и не пропускает запахи. Помните о том, что выбор подходящего для конкретного пациента калоприёмника - решающий компонент для реабилитации больных с кишечными стомами.



**Рис. 2** Колостома (десцендостома)



**Рис. 3** Колостома (трансверзастома)

Прежде чем обучать пациента правилам ухода за стомой и применению калоприёмника, нужно учесть, что он нуждается в помощи и психологической адаптации к особенностям «нового» тела. Эту помощь может оказать и специально подготовленная медицинская сестра, но в некоторых случаях требуется помощь психотерапевта. Большинство людей (не только пациентов, но и их близких) не хотят сразу же смотреть на стому. Ни в коем случае не следует их принуждать. Нужно очень деликатно способствовать тому, чтобы они посмотрели на неё тогда, когда проявят интерес.

### **ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА УХОДУ ЗА СТОМОЙ.**

Ухаживая за стомой, нужно оценить готовность пациента к обучению.

- Нужно обучить пациента тому, как менять калоприёмник, и обязательно дать письменные инструкции перед выпиской из стационара.
- На обучение бычно требуется 3-4 «урока». Во время первого «урока» пациент наблюдает за этапами процедуры, которую выполняет сестра. Она сообщает ему, что стома «не чувствует» прикосновения и что красный цвет свидетельствует о её хорошем состоянии.
- На втором «уроке» пациент помогает подготовить калоприёмник, очистить кожу и установить его в центре вокруг стомы.
- На третьем «уроке» он уже меняет калоприёмник самостоятельно под наблюдением медицинской сестры. Некоторым пациентам может понадобиться больше практики, в этом случае планируют больше занятий.
- Перед выпиской у пациента должен быть запас мешочков и липких пластин, стомированные пациенты имеют право на бесплатное получение калоприёмников и пластин к ним. В Москве открыт кабинет реабилитационной помощи стомированным пациентам. Работает также Ассоциация стомированных больных.

Частота смены калоприёмника зависит от того, каким типом пользуется пациент. Однокомпонентный адгезивный калоприёмник нужно менять, когда уровень содержимого доходит до половины, или когда пациент начинает ощущать неудобство от ношения мешка. Не следует менять калоприёмник без необходимости, поскольку это может привести к раздражению и повреждению кожи. При использовании двухкомпонентной системы клеящуюся пластину оставляют на 3-4 дня, а закрывающийся или дренируемый мешочек меняют тогда, когда удобно.

Калоприёмник лучше всего менять в ванной комнате, но надо научиться делать это и в туалете, так как туалет - самое приемлемое место для проведения такой процедуры вне дома. Все необходимые для ухода за стомой предметы нужно хранить вместе в ёмкости с крышкой и в готовом для использования виде.

#### **Процедура замены калоприёмника однокомпонентного**

Необходимо подготовить чистый калоприёмник. Ножницами увеличить центральное отверстие пластины таким образом, чтобы оно аккуратно вмещало в себя стому. Осторожно отделить

использованный калоприёмник, начиная с верхней части, стараясь не тянуть кожу. Выбросить использованный калоприёмник в бумажный или пластиковый пакет. Вытереть кожу вокруг стомы, используя сухие марлевые или бумажные салфетки. Тёплой водой и салфеткой промыть стому и кожу вокруг неё (специальные лосьоны или дезинфицирующие жидкости не нужны). Промокнуть салфетками кожу вокруг стомы досуха (применять вату нельзя, она оставляет ворсинки). При использовании защитного крема втереть его в кожу до полного впитывания. Убрать лишний (невпитавшийся) крем. С помощью мерки убедиться, что размер и форма стомы не изменились. Приклеить на стому чистый калоприёмник, пользуясь инструкциями изготовителя.

Использование адгезивного (клеящегося) калоприёмника (однокомпонентного). Удалить обёрточную бумагу, расположить центр отверстия над стомой (можно воспользоваться зеркалом для проверки нужного положения) и равномерно прижать, убедившись в том, что пластина гладкая и не имеет морщинок (складок). Проверить, чтобы дренажное отверстие мешка было правильно расположено (отверстием вниз) и фиксатор находится в закрытом положении.

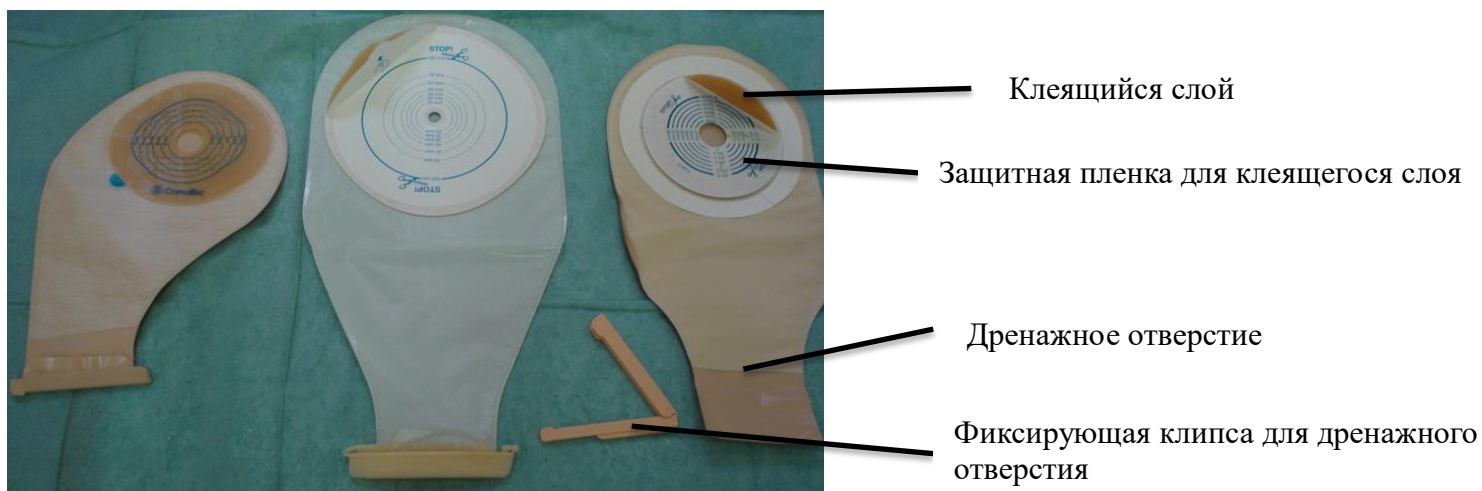


Рис. 4 Калоприемники однокомпонентные (дренируемые)

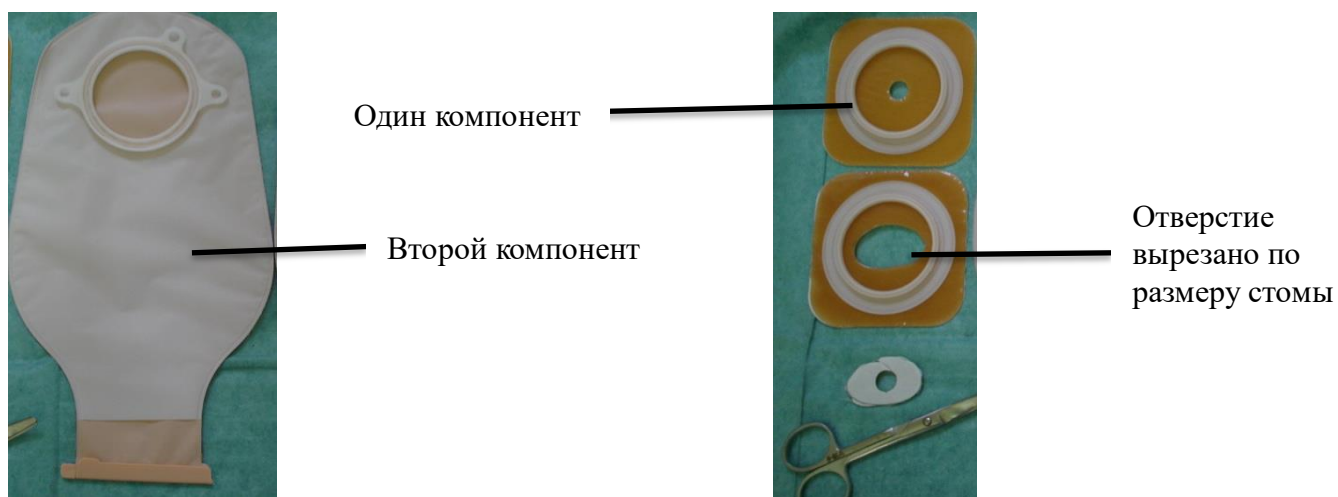


Рис. 5, 6 Калоприемник двухкомпонентный (дренируемый)



**Рис. 7** Обработка кожи вокруг стомы



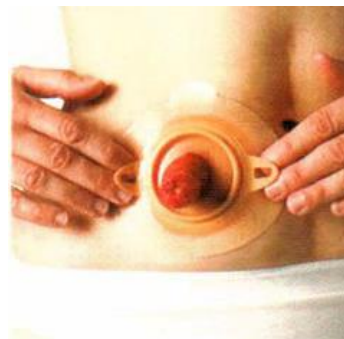
**Рис. 8** Линейка для измерения размеров стомы



**Рис. 9** Нанесение защитной пасты и приклеивание калоприемника (однокомпонентного)



**Рис. 10** Отклеивание первого слоя двухкомпонентного калоприемника (сверху вниз)



**Рис. 11** Приклеивание первого слоя двухкомпонентного калоприемника (менять 1 раз в 3 дня)

Использованный калоприёмник нужно опорожнить в унитаз, отрезав нижнюю часть мешка ножницами, затем тщательно промыть его под струёй воды над унитазом, завернуть в бумагу и выбросить. Нельзя выбрасывать использованные калоприёмники в унитаз, так как они изготовлены из пластмассы.

## ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТА

### Рекомендации по питанию при илеостоме:

Пациент и его близкие должны знать, что характер питания оказывает решающее влияние на частоту стула. Питание любого человека со стомой кишечника должно быть сбалансированным. Принимать пищу следует через одинаковые промежутки времени, есть нужно медленно, тщательно пережёвывая. Предупредите пациента, что косточки и другие неперевариваемые компоненты пищи будут видны в фекалиях.

Рекомендации по питанию для пациентов с илеостомой. Пациентам с илеостомой в течение 4-6 нед после операции необходимо избегать богатых клетчаткой (и другими неперевариваемыми веществами) продуктов. В последующем богатые клетчаткой продукты можно употреблять в небольших количествах. Если человек не переносит эту пищу, её нужно исключить из рациона. В течение дня пациент должен отдельно от твёрдой пищи употреблять не менее 1500-2000 мл жидкости и 6-9 г соли.

Пациент должен знать, что у него не функционирует толстая кишка. Тонкая кишка лишь частично способна компенсировать способность толстой кишки всасывать воду и минеральные соли, вырабатывать некоторые витамины. Возможность накопления и регулярного выделения кишечного содержимого утрачивается полностью. Но к концу второго месяца после операции тонкая кишка адаптируется настолько, что большая часть пациентов может вернуться к прежнему режиму и характеру питания.

Опорожнение кишечника ускоряют продукты, содержащие большое количество сахара (сахар, мёд, фрукты), богатые поваренной солью (соленья, маринады, копчёности), острая пища; продукты, богатые растительной клетчаткой, чёрный хлеб, некоторые сырые овощи и фрукты, жиры (в том числе растительное масло), зелёная фасоль, шпинат, молоко, кефир, фруктовая вода, соки, холодные блюда и напитки, мороженое, пиво. Кишечник быстрее опорожняется при волнении, торопливой еде и подъёме тяжестей.

Для сгущения содержимого, поступающего из тонкой кишки, можно употреблять рис, чернику, тёртые яблоки, кисели. Задерживают опорожнение кишечника вязущие и легкоусвояемые продукты: сухари из белого хлеба, злаки, творог, кукуруза, протёртые каши, изюм, сухофрукты, рис, тёплые протертые супы, кисели, крепкий чай, кофе. К появлению запоров ведёт малоподвижный образ жизни, ограниченное количество жидкости (менее 1500 мл в день), а также некоторые лекарственные средства (болеутоляющие, антидепрессанты и др.).

Для выбора правильного режима питания пациенту с илеостомой сразу по возвращении домой после операции нужно завести дневник. В нём необходимо записывать употребляемые продукты, их количество и время приёма, а также время опорожнения кишечника, консистенцию выделений, запах и количество отхождений газов через стому (по субъективным ощущениям). Нужно обязательно отмечать появление болей и количество выделенной мочи. Ведение подобного дневника в течение первых 4-6 недель после операции позволят пациенту точно установить, какие продукты и в каком количестве ему лучше употреблять.

Когда станет понятным влияние различных продуктов на работу стомы, от дальнейшего ведения дневника можно отказаться.

Пациент должен знать, что отсутствие запирающего аппарата в илеостоме не позволяет удерживать в кишечнике газы. Однако выделение газов можно регулировать.

Избыточное газообразование возникает также при употреблении молока, картофеля, капусты, редиса, пива, гороха, фасоли, лука и некоторых других продуктов. Употребление активированного угля значительно уменьшает количество газов в кишечнике.

Некоторые продукты придают фекалиям очень неприятный, гнилостный запах, например сыр, яйца, рыба, фасоль, а также некоторые витамины и лекарственные средства. Уменьшают неприятный запах фекалий клюквенный морс, брусничный сок (после еды днём), йогурт, кефир (утром).

При появлении неприятного запаха, сопровождающего выделение газов, рекомендуют использовать специальные прокладки, поглощающие запах.

В калоприёмник можно добавлять специальный порошок, нейтрализующий запах, активированный уголь или аспирин. Дезодорант не устраняет запах, а лишь смешивается с ним, придавая ему резкость, что может привлечь внимание окружающих.

### **Рекомендации по питанию при колостоме:**

Пациенты с колостомой могут не менять привычной диеты. Однако они должны знать, какие продукты могут вызывать метеоризм. Большинство калоприёмников не пропускают запах, а некоторые (двухкомпонентные) имеют клапаны для того, чтобы выпускать газы. Это позволяет уменьшить неудобства, связанные с метеоризмом.

Актуальной проблемой для пациентов с колостомой является возникновение запоров. Для профилактики запоров следует отдавать предпочтение таким продуктам, как: пшеничный и ржаной хлеб, хлеб из муки грубого помола, супы на мясном насыщенном бульоне с большим количеством крупно нарезанных овощей, блюда из нежирного мяса, рыбы, птицы, блюда и гарниры из круп, бобовых и макаронных изделий, свежие овощи и фрукты в натуральном или варёном виде, разнообразные молочные продукты, некрепкий чай или кофе.

Необходимо помнить, что правильное питание при наличии стомы, хотя и не решает всех возникающих проблем, но является необходимым условием для полноценной жизни.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Нужно убедить пациента, что жизнь со стомой - это не болезнь. Однако оперированный человек в первый год после операции, как маленький ребёнок, должен научиться жить со стомой, приспособиться к ней. Проблемы возникают не только в связи с необходимостью ухода за стомой, но и в связи с психологической адаптацией.

В большинстве случаев пациенты со стомами возвращаются к нормальной жизни и работе, которую они выполняли до операции. Однако поднимать тяжести или заниматься интенсивным ручным трудом не рекомендуют. Если работа пациента со стомой связана с тяжёлыми физическими нагрузками, может возникнуть необходимость поменять работу. Нужно обсудить условия работы пациента, прежде чем он попадёт домой. Человек со стомой может путешествовать, имея при себе все необходимые предметы для ухода за стомой, калоприёмники.

Пациенту нужно рекомендовать вести тот образ жизни, который он вёл до операции. Однако он должен избегать занятий теми видами спорта, при которых возможны столкновения, удары (например, футболом). Можно заниматься плаванием, теннисом.

Пациент со стомой может удовлетворять и сексуальные потребности. Успешное возвращение к привычной сексуальной жизни зависит от успешности адаптации и способности справиться с ситуацией после операции. Если пациент испытывает трудности, необходима консультация специалиста. Операция по наложению стомы не препятствует наступлению беременности, вынашиванию ребёнка и родам.