

Выговская О.Н.

Ган Т.В.

УХОД ЗА СТОМАМИ

Учебное пособие



Православная гимназия
во имя Преподобного Сергия Радонежского

Новосибирск

2016

ББК 53.5
В 92

Выговская О.Н., Ган Т.В.
В 92 **УХОД ЗА СТОМАМИ:** Учебное пособие. Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016. 54 с.
ISBN

В брошюре излагаются технологии подбора, замены и ухода за наиболее часто встречающимися стомами. Представлены специализированные средства ухода за стомами и порядок их использования. Пособие предназначено для родственников, ухаживающих за стомированными больными, а также для медицинских сестер, сестер милосердия; может быть полезно и самим стомированным пациентам.

Пособие подготовлено в рамках проекта «Поддержка родственников, ухаживающих за пожилыми и больными близкими на дому», при финансовой поддержке благотворительного фонда «Предание».

Благодарим всех, кто поддержал этот проект на сайте фонда «Предание»!



Учебно-консультативный центр Епархиального Дома Милосердия в Новосибирске. Обучение уходу за больными и пожилыми людьми, консультации по вопросам ухода.

www.dmmn.ru, consult.dmmn.ru, уход-за-больными.рф

ББК 53.5

ISBN

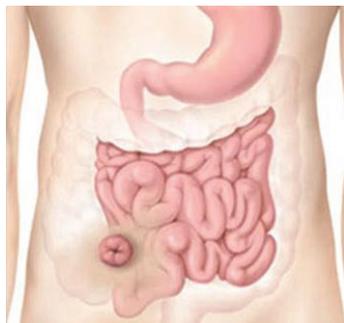
© Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016

Что такое стома?

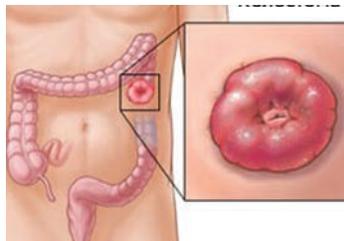
Стома — это искусственно сформированное хирургическим путем отверстие, соединяющее просвет полого органа с поверхностью тела и предназначенное для отведения содержимого кишечника или мочевого пузыря. Существуют различные виды стом, которые называются соответственно органам, на которые они наложены.



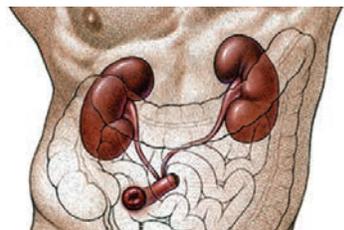
Илеостома — это выведенная на переднюю брюшную стенку тонкая кишка. За сутки по илеостоме происходит многократное выделение жидкого кишечного содержимого с большим количеством ферментов и кислот, что оказывает раздражающее действие на кожу, а также приводит к обезвоживанию и потере электролитов, минеральных веществ и витаминов.



Колостома — это ободочная кишка, выведенная на переднюю брюшную стенку с целью полного или частичного отведения кишечного содержимого. При колостоме опорожнение кишечника происходит основном 2–3 раза в сутки, стул оформленный или полуоформленный.



Уростома формируется при заболеваниях мочевыводящей системы. Отведение мочи выполняется через выделенный участок кишечника, к верхнему концу которого подшиваются мочеточники, а нижний конец выводится на переднюю брюшную стенку. Выделение мочи пост-



янное и неконтролируемое. При уростоме происходит постоянный отток мочи через стому.

КОЛОСТОМЫ

Стома может быть наложена постоянно, в этом случае она остается у пациента на всю оставшуюся жизнь, или временно — с дальнейшим восстановлением целостности кишечника.

Показания к формированию колостом:

- оперативные вмешательства по поводу рака толстой кишки,
- травмы,
- болезнь Крона,
- неспецифический язвенный колит.

Колостомы различаются по форме:



Выпуклые стомы, у которых край кишки выступает за уровень кожи на 1–2 см. Такая форма является нормой для сформировавшейся колостомы.



Плоские стомы, у которых край кишки находится на одном уровне с кожей передней брюшной стенки. Такая форма стомы может доставлять определенные проблемы при уходе и пользовании калоприемными мешками.



Втянутые стомы, у которых край кишки не выступает над поверхностью кожи. Считаются патологией, уход за стомой проблематичен, как и использование калоприемников. Может потребоваться повторная операция для создания нормальной выпуклой стомы.

Средства по уходу за стомой

Для улучшения качества жизни стомированного пациента необходимы средства по уходу за стомой и кожей вокруг нее.

К ним относятся калоприемники, уроприемники, паста-герметик, абсорбирующий порошок, нейтрализатор запаха, разные специализированные кремы, жидкости для снятия адгезива, аксессуары (тампоны для стомы, ирригационная система для опорожнения кишечника). Выбор средств ухода за стомой зависит от вида стомы, ее расположения, консистенции каловых масс, особенности кожи вокруг стомы и предпочтений самого пациента.

Калоприемники могут быть нескольких видов.

Существует два вида современных средств ухода за стомой на клеевой основе: однокомпонентные и двухкомпонентные калоприемники и уроприемники.

Однокомпонентный калоприемник — это мешок с жестко прикрепленной к нему клеящейся пластиной, с помощью которой он фиксируется к коже. Они могут быть закрытыми, дренируемыми (открытыми) или уростомными.

Однокомпонентный калоприемник недренируемый — мешок закрытого типа, не имеет дренажного отверстия и является одноразовым. Меняется два раза в день. Если возникает необходимость менять чаще, есть риск механического повреждения кожи вокруг стомы, и необходимо перейти на однокомпонентные дренируемые.

Однокомпонентный калоприемник дренируемый — мешок открытого типа, имеет дренажное отверстие, снабженное зажимом специальной конструкции для герметизации мешка. Такой мешок можно опорожнять через дренажное отверстие по мере его наполнения, не меняя при этом калоприемник. Меняется не чаще 1 раза в день. Эти мешки следует регулярно опорожнять, при наполнении на 1/3 или наполовину, так как если будет большее напол-



нение, есть риск отклеивания мешка. Если возникает необходимость менять чаще, есть риск механического повреждения кожи вокруг стомы, в этом случае необходимо перейти на двухкомпонентные.

Достоинства: гибкость и небольшая толщина — это аргумент в пользу выбора для многих стомированных пациентов вне зависимости от места выведения стомы и активности самого пациента.

Недостатки: частая смена ведет к нарушению целостности кожных покровов (мацерации).



Двухкомпонентный калоприемник недренируемый представляет собой комплект, состоящий из пластины и стомного мешка со специальным устройством для крепления мешка к пластине-фланец. Пластины обычно меняют каждые 3–4 дня, а недренируемые мешки 2 раза в сутки. Эти мешки имеют встроенный фильтр. Он эффективно нейтрализует запах и обеспечивает удаление воздуха из мешка. Для пациентов с колостомой при жидком стуле или склонности к диарее рекомендуется применять дренируемые мешки.



Пластины

Отверстия адгезивных пластин бывают различных форм, включая:

1. *Вырезаемое отверстие* — возможность вырезать отверстие, соответствующее размеру стомы.
2. *Предварительно вырезанное отверстие* — существует широкий выбор размеров для приспособления к размеру стомы без необходимости вырезать.
3. *Пластичная пластина с моделируемым отверстием* — отверстие для стомы формируется пальцами без использования ножниц в соответствии с индивидуальным размером и формой стомы. Образуется плотное прилегание вокруг стомы,

разработанное для обеспечения большей защиты от протекания, чем дают традиционные пластины.



Пластичная пластина позволяет моделировать отверстие для стомы по размеру и форме без применения ножниц и без необходимости применения шаблоны для вырезания. Инновационная разработка компании Конватек — технология «Пластичных пластин с моделируемым отверстием». Без использования ножниц создается подходящее отверстие для стомы.



Несоответствие отверстия пластины размерам и форме стомы является основной причиной повреждений окружающей стому кожи. Раздражения около стомы отмечаются у 45% пациентов. Отверстие пластины, сформированное в соответствии индивидуальным особенностям стомы, снижает риск контакта отделяемого с кожей пациента.

Мягкое пластичное вещество пластины позволяет пальцами сформировать отверстие, соответствующее контурам стомы.



Овальная



Круглая



Неправильной формы

Пластина покрыты слоем адгезивного вещества. Адгезив обладает высокими абсорбирующими свойствами, гипоаллергенен и не вызывает раздражения кожи.

Адгезивный слой благодаря свойству, названному «черепашня шея», плотно прилегает к основанию стомы, исключая подтекание и обеспечивая надежность крепления пластины. Адгезив мягко «обнимает» стому.



Эластичный адгезивный материал позволяет пластине расширяться и сжиматься во время ношения.

Для выбора вида пластины необходимо:

1. Определить вид стомы (выпуклая, втянутая, плоская)
2. Контур стомы (овальная, круглая, неправильной формы)
3. Положение стомы (на ровной поверхности, в жировой складке, в паховой складке) оценивается в трех положениях больного: лежа, сидя и стоя.
4. Если стома находится между жировых складок или в паховой складке, в этом случае использование двухкомпонентных калоприемников невозможно, так как жесткое колечко пластины будет вызывать ограничение активности пациента и боль при движении. В этом случае показан однокомпонентный дренируемый калоприемник.



5. Двухкомпонентный калоприемник может использоваться только в том случае, когда стома сформирована на ровной поверхности кожи и не мешает пациенту.

Двухкомпонентный калоприемник дренируемый необходимо менять не чаще 1 раза в день. Пластины меняют каждые 3–4 дня, а дренируемый мешок 1 раз в сутки. Дренируемый мешок следует регулярно опорожнять.

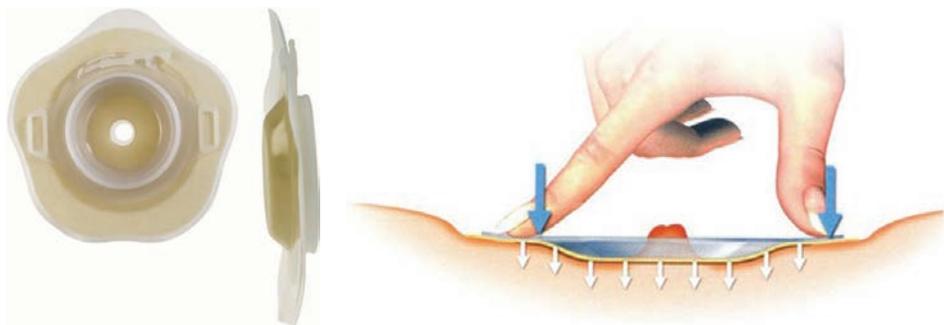
Достоинства: по мере необходимости пациент меняет только мешки. Пластины меняются редко, поэтому кожа вокруг стомы в меньшей степени подвергается травмированию.

Недостатки: пластические свойства клеящейся пластины невысокие, так как фиксирующее устройство для мешка представлено в виде жесткого колечка. Такой калоприемник может использоваться только в том случае, когда стома сформирована на ровной поверхности кожи и жесткое колечко пластины не мешает пациенту. Во всех остальных случаях, например, когда стома располагается в складке живота или на выгнутой поверхности жирового фартука, необходимо выбирать однокомпонентные калоприемники.

Послеоперационные калоприемники обеспечивают беспрепятственное поступление кала в мешок-калосборник и предоставляет доступ к швам стомы без снятия калоприемника с кожи пациента. Мешки этих калоприемников снабжены специальным окошком с герметичной крышкой. Они прозрачны, чтобы можно было наблюдать за содержимым, поступающим в мешок-калосборник, и оценивать состояние стомированной кишки и послеоперационных швов.

Для пациентов с втянутой стомой, а также стомами, находящимися между кожными складками показаны **конвексные пластины**, которые имеют различную величину вогнутости.





Достоинства: впитывая влагу, пластина разбухает, чем создает дополнительную защиту от протекания.

Меняется не ранее чем через 48 часов. В среднем время ношения пластины на коже 5 дней.

Средства ухода за стомой

К средствам ухода за стомой относятся средства для облегчения очищения кожных покровов вокруг стомы и для лучшей фиксации калоприемников. Тем самым они улучшают качество жизни больных.

Выравниватели кожи

Выравниватели кожи (паста) выравнивают шрамы, складки вокруг стомы, создавая ровную поверхность для хорошей фиксации калоприемника. Эти средства также препятствуют протеканию.



Выпускается эта паста в тубиках или в полосках. Не содержит спирта и не раздражает кожу вокруг стомы.

Паста в виде полоски заполняет неровности кожи вокруг стомы в зоне наложения адгезивной пластины. Благодаря пасте создается ровная поверхность, на которой идеально держится пластина. Паста защищает кожу в зоне стомы от отделяемого из кишечника, мочевого пузыря, абсорбирует влагу. Паста обладает такими свойствами, как надежность, мягкость и легкость в использовании. Кроме того, она продлевает срок пользования пластины и может быть использована с любым типом стомного мешка.

Преимущества:

- высокие абсорбирующие качества пасты обеспечивают защиту от влияния агрессивных влажных испарений;
- устраняет неровности между кожей и пластиной или мешком;
- паста невероятно легка в использовании и существенно продлевает срок ношения пластины;
- используется практически с любым типом приемного мешка;
- слой пасты способен растягиваться, гармонично приспосабливаясь к движениям кожи;
- применение пасты Colorplast не вызывает дискомфортных ощущений. Она удаляется вместе с адгезивной пластиной. Остатки пасты смываются теплой водой.

Инструкция по использованию пасты для защиты и выравнивания кожи в полоске (без спирта)

- откройте упаковку, потянув за специальное ушко на конце упаковки;
- достаньте пасту-полоску из упаковки;
- удалите защитную пленку, паста готова к использованию.



Существуют различные способы применения пасты в зависимости от индивидуальных потребностей.

1. Паста наносится непосредственно на кожу.

Нанесите пасту-полоску на кожу. Разгладьте пасту пальцами так, чтобы паста и кожа приобрели однородную поверхность. Затем приклейте калоприемник.



2. Паста используется для заполнения полостей, складок на коже.

Нанесите кусочек пасты-полоски в складку кожи. Распределите пасту в складке кожи. Паста должна заполнить складку по всей полости так, чтобы паста и кожа приобрели однородную поверхность.

3. Паста наносится непосредственно на клеевой слой.



Нанесите кусочек пасты вокруг отверстия на адгезивный (клеевой) слой пластины. Разгладьте пасту пальцем по пластине так, чтобы клеевой слой и паста приобрели однородную поверхность. Приклейте пластину.

4. Паста наносится поверх пластины.

Наклейте пластину на кожу. Нанесите кусочек пасты на пластину вокруг стомы. Уплотните зазор между пластиной и стомой,

5. Удаление пасты.

Как правило, остатки пасты не остаются на коже, так как она удаляется вместе с калоприемником или уростомом. Остатки пасты легко удаляются очистителем. Паста предназначена исключительно для одноразового и наружного применения.

Паста (в тюбике) — это средство, которое предохраняет кожу вокруг стомы от раздражения, препятствует протеканию кишечного содержимого и содержимого мочевого пузыря под пластину и способствует заживлению кожи. Основная цель применения пасты — защита кожи вокруг стомы. Паста подходит для пациентов со всеми видами стом (колостомы, уростомы). Паста наносится под пластину калоприемника, на пластину калоприемника и комбинированно. Можно использовать пасту для заполнения неровностей кожи, благодаря чему калоприемник будет лучше удерживаться на коже.



Применение:

Откройте тюбик и выдавите достаточное количество пасты. Расположите полоску пасты вокруг стомы и чуть влажными пальцами разровняйте ее по направлению к центру стомы. Затем нужно приклеивать пластину двухкомпонентного калоприемника или однокомпонентный калоприемник. Чтобы не допустить высыхания пасты, необходимо плотно закрывать тюбик крышкой.

Паста также легко удаляется. Для этого необходимо мокрое полотенце. Приложите полотенце к калоприемнику и подождите пару минут. Паста станет мягкой, и Вы сможете ее легко удалить, при этом не должны возникать дискомфортные ощущения. Если после удаления пасты на коже есть ее остатки, их необходимо смыть теплой водой, используя мягкую губку и жидкое мыло. Не допускайте попадания пасты на пораженные участки кожи.

Очистители

Очиститель Comfeel Клинзер является эффективным средством, заменяющим мыло и воду, растворители и другие агрессивные или высушивающие кожу вещества, и используется для обработки кожи вокруг стомы, а также кожи, подверженной воздействию мочи или каловых масс при недержании. Он очищает кожу от каловых масс, мочи, гноя, слизи, дезинфицирует и смягчает ее.



Средство применяется непосредственно перед наклеиванием калоприемника: калоприемник снимается, кожа обрабатывается очистителем Клинзер, который мягко удаляет оставшиеся участки пластины, проводится гигиена кожи вокруг стомы, наклеивается новый калоприемник. Основу очищающего вещества Клинзер составляет кокосовое масло, благодаря чему он отлично очищает, смягчает и разглаживает кожу пациента, оставляя на ней естественное водно-жировое покрытие, обеспечивающее защиту от внешних воздействий.

Применение: нанесите очиститель на мягкую салфетку, осторожно и тщательно протрите кожу. Перед наклеиванием калоприемника дайте высохнуть коже.

Защитные средства

Эти средства защищают кожу вокруг стомы от агрессивной среды: моча, кишечное содержимое, раневое отделяемое.

Защитный крем Comfeel Барьер рекомендуется использовать для защиты кожи, профилактики и заживления раздражений, вызванных агрессивным воздействием кишечного отделяемого или мочи. Защитный крем Comfeel Барьер является водоотталкивающим, он увлажняет и смягчает кожу, восстанавливает ее нормальный pH, и предохраняет кожу от повреждения.



Применение:

1. Нанесите крем тонким слоем на чистую сухую кожу.
2. Дайте крему впитаться в течение нескольких минут.
3. Перед наклеиванием калоприемника или уроприемника удалите излишки крема салфеткой.

Защитная пленка Conveen — это уникальное средство для защиты кожи вокруг стомы от агрессивного воздействия кишечного отделяемого или мочи, а также от механических повреждений при удалении адгезивов.

Защитная пленка Conveen растворена в жидкости. После нанесения жидкость испаряется, оставляя на коже тонкую, эластичную и водоотталкивающую защитную пленку — «вторую кожу», предохраняющую кожу перистомальной области от раздражения и повреждения. Пленка не растворяется в воде и обеспечивает защиту при принятии водных процедур. Защитная пленка Conveen легко удаляется очистителем Comfeel Клинзер. При переходе на новый вид калоприемников или уроприемников рекомендуется пользоваться защитной пленкой Conveen в течении 6–8 недель.

*Применение:*

1. Нанесите растворенную в жидкости пленку на чистую сухую кожу. (Площадь нанесения пленки должна соответствовать площади клеевой пластины калоприемника или уроприемника).
2. Через 1–2 минуты после нанесения жидкость высыхает, и образуется эластичная защитная пленка.
3. На покрасневших участках кожи возможно легкое покалывание.
4. Пленку не следует удалять при замене калоприемника или уроприемника.
5. Не следует наносить защитную пленку на поврежденную кожу — это может вызвать сильное раздражение.

Заживляющие средства

Следствием механического раздражения кожи вокруг стомы довольно часто является дерматит. Заживляющие средства защищают воспаленную кожу от агрессивной среды и снимают воспаление.



Крем Conveen Критик Барьер является эффективным заживляющим кремом и применяется при выраженной мацерации кожи, возникшей в результате длительного контакта с мочой и калом при тяжелых формах недержания. Уникальный состав крема позволяет накладывать его даже на мокнущую и изъязвленную поверхность кожи, предохраняя ее от дальнейшего повреждения. Крем не содержит воды, хорошо впитывается и легко удаляется очистителем.

Нейтрализаторы запаха

Эти средства эффективно нейтрализуют запах в урореципиентах и калоприемниках.

Миниатюрные **пакетики-саше Diamonds**, растворяясь, желируют содержимое сборного мешка, поглощают нежелательные запахи. Помещаются непосредственно в мешок. Разработаны для коло/илеостомированных людей с жидким (неоформленным) стулом, а также для уростомированных людей, использующих открытые (дренируемые) сборные мешки.



Достоинства:

- благодаря тому, что пакетик-саше растворяется и желирует содержимое сборного мешка, сводится к минимуму появление посторонних звуков во время ношения сборного мешка;
- сборный мешок становится более плоским и незаметным под одеждой;

– снижается вероятность протечек.

Использование пакетика-саше способствует устранению неприятных запахов и поглощению газов за счет специальной абсорбирующей системы.

Использование абсорбирующих пакетиков-саше для стомированных людей сводит к минимуму возможность перераздувания и не санкционированного отсоединения и разрыва сборного мешка.

Нейтрализатор запаха для калоприемников (уроприемников) представляет собой концентрированную жидкость, эффективно нейтрализующую любой запах.

Применение:

Нанесите 6–10 капель в калоприемник (уроприемник) при его замене или дренировании. Потрите стенки мешка друг о друга для равномерного распределения нейтрализующей жидкости.

Для ухода за дренируемыми мешками разведите 10 капель нейтрализатора в стакане воды. Для устранения запаха ополосните мешок полученным раствором. Не наносите средство непосредственно на стому.



Фильтры для калоприемников Filtrodor (Филтродор) — это высокоэффективное средство, которое нейтрализует запах, обеспечивая постоянный отток воздуха из калоприемника, не давая раздуться, а также слипаться стенкам мешка.

Фильтр предназначен для калоприемника, который не имеет встроенного фильтра.

Пользоваться фильтром очень просто. Для того чтобы фильтр стал работать, его необходимо приклеить к внешней стороне калоприемника,

затем проткнуть иголкой по центру вместе со стенкой мешка, на которую он приклеен. Прокалывать вторую стенку нельзя.



Для начала проткните одно отверстие, но если Вы заметите, что в мешке скапливается газ, то в следующий раз необходимо будет проколоть два отверстия. Количество проколов для каж-

дого индивидуально, по мере пользования средством, Вы сможете найти для себя наилучший вариант.

Фильтр предназначен для одnorазового использования.

Применение:

1. Отделить фильтр от подложки.
2. Поместить фильтр осторожно в наружный верхний угол калоприемника. Плотно прижать для обеспечения полного прилипания.
3. При помощи прилагаемой булавки проколоть калоприемник через центральное отверстие фильтра.

Будьте осторожны, чтобы не проколоть оба слоя калоприемника. Для этого следует разделить поверхности. Поместите палец через отверстие для стомы в мешок, чтобы отделить нижнюю поверхность калоприемника в месте, где помещается фильтр.

Мини Кап Alterna имеет минимальную вместительность. Это недренируемый калоприемник, и из-за своего малого объема он не может использоваться слишком долго. Зато он почти незаметен и не причиняет неудобств *на пляже, при занятии спортом, во время активного отдыха и т.д.*



Мини Кап Alterna выполнен из непрозрачного многослойного полиэтилена и оснащен фильтром для удаления излишка воздуха, который, проходя через фильтр, полностью лишается запаха.

Гидроколлоидная пластина из натуральных материалов обладает гипоаллергенными свойствами. Уникальный адгезивный слой обеспечивает ее надежную фиксацию. Имеется впитывающая прокладка. Она удерживает жидкие выделения из стомы и исключает возможность их протекания даже при случайном нарушении герметичности калоприемника.

Допускается вырезание отверстия под стому размером от 20 до 55 мм.

Тампон для стомы Alterna Conseal — это тампон из вспененного полиуретана, покрытый влагопроницаемой пленкой, длиной 35 мм, под стому диаметром 20–35 мм, 35–45 мм, со встроенной гипоаллергенной гидроколлоидной адгезивной пластиной спиралевидной структуры, состоящей из двух чередующихся адгезивов, с защитным покрытием и с угольным фильтром.

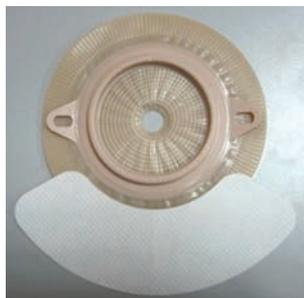


Тампон для стомы вставляется в стому и эффективно блокирует выделение стула, фильтр не препятствует выходу воздуха из кишечника и нейтрализует запах. Тампон для стомы показан только пациентам с колостомами (сигмостомами) при оформленном стуле. Тампон для стомы Alterna Conseal противопоказан пациентам весом менее 40 кг, пациентам с сигмостомами со склонностью к диарее, а также пациентам с илеостомами и уростомами. Перед применением тампона для стомы Alterna Conseal необходимо проконсультироваться со специалистом по уходу за стомой или врачом. Не рекомендуется использовать один тампон более 12 часов.



Пластырь для подклеивания пластины калоприемника

Специальный пластырь БИНТЛИ-Т изготовлен из нетканого материала с тиснением, покрытого гипоаллергенным клеем. Выполнен по специальному лекалу с радиусом изгиба и размерами, четко совпадающими со стандартными размерами любых адгезивных пластин калоприемников и мочеприемников, любой формы исполнения. Благодаря своей воздухо- и паропроницаемости, форме и размерам специальный пластырь создает комфортные условия ношения калоприемников и мочеприемников, увеличивая сроки их эксплуатации, предотвращая «подтекание» адгезивных пластин в проблемных местах их крепления.





Пластырь полезен для дополнительной фиксации адгезивных пластин калоприемников и мочеприемников при принятии водных процедур, купании в водоемах.

Создает более стабильное и уверенное психологическое состояние стомированному человеку, использующему калоприемники или мочеприемники на клейкой основе.

Основные правила ухода за стомой

Пациенту очень важно дать полную информацию и научить его самостоятельному уходу за стомой.

Смена калоприемника

Для смены калоприемника необходимо приготовить:

1. Зеркало.
2. Ножницы, лучше с загнутыми концами.
3. Измеритель стомы.
4. Авторучку.
5. Полиэтиленовый пакет для утилизации использованного калоприемника.
6. Мыло для рук.
7. Одно- или двухкомпонентный калоприемник.
8. Мягкие салфетки.
9. Мягкое полотенце.
10. Средства ухода за кожей:
 - очиститель для кожи;
 - паста-герметик в тубике или полоске;
 - защитный крем или пленку.

Если пациент активный, то лучше производить смену калоприемника, стоя у зеркала ванной комнаты, чтобы было достаточно освещения и места для раскладки всего необходимого.

Если наш пациент находится в депрессии или ослабленный, то необходимо производить уход за стомой третьему лицу.

Процедура смены калоприемника делается утром до завтрака или вечером перед сном.

Определение размера стомы

Первый способ, самый простой: измерить стому специальным фирменным шаблоном и с помощью этого же шаблона нарисовать ручкой или карандашом контуры стомы на клеящейся пластинке калоприемника. Затем вырезать ножницами соответствующее отверстие.



Второй способ: перенести контуры стомы на прозрачную пленку, приложенную к стоме. Затем вырезать отверстие в пленке и далее, используя ее как трафарет, перенести контуры стомы на абразивную поверхность калоприемника.



Третий способ: измерить линейкой стому и от руки нарисовать контуры стомы на клеящей поверхности калоприемника.

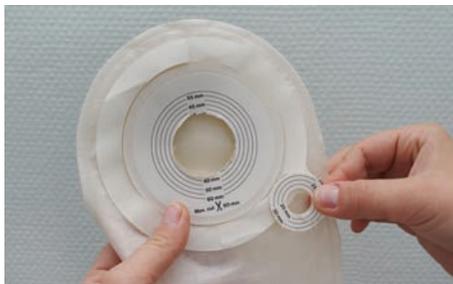


Алгоритм смены однокомпонентного калоприемника или урприемника

1. Перед началом процедуры необходимо с мылом вымыть руки и надеть перчатки.
2. Удалить калоприемник. Снятие калоприемника начинают сверху вниз, постепенно отделяя клеевой слой одной рукой, а второй рукой придерживают кожу.



3. Для безболезненного отклеивания калоприемника можно использовать жидкость для снятия, которая растворит клеевую поверхность и будет способствовать бережному снятию калоприемника, а также увлажнит кожу.
4. Поместить калоприемник в заранее подготовленный пластиковый пакет и выбросить его в обычный бытовой мусор.
5. Тщательно промыть стому и кожу вокруг нее теплой водой, можно под душем.
6. Остатки клеящей основы обработать очистителем для кожи. Это делается круговыми движениями, постепенно приближаясь от периферии к стоме. Для этого можно использовать мягкие нетканые салфетки. *Нельзя пользоваться ватой, марлей, так как оставшиеся на коже или стоме волокна ваты или нитки от марли могут вызывать раздражение и воспаление. Также нельзя при обработке стомы использовать мыло, антисептические и спиртосодержащие растворы, т.к. они сушат кожу, удаляют ее естественный защитный барьер.*
7. Просушить кожу промокающими движениями мягким полотенцем или нетканой салфеткой, после этого дать возможность высохнуть естественным путем на воздухе.
8. Если на коже живота вокруг стомы имеются волосы, их следует удалить, осторожно подрезав ножницами. Нельзя пользоваться кремами-депиляторами, они вызывают раздражение, брить волосы, т.к. есть вероятность травмирования кожных покровов.
9. Нанести на кожу вокруг стомы специальный защитный крем.
10. Определить размер стомы (см. выше) и нанести шаблон на клеящуюся основу.
11. Прорезать отверстие, соответствующее конфигурации стомы; края его должны отступать приблизительно на 1 мм от края стомированной кишки.
12. Если вокруг стомы имеются шрамы, складки, необходимо нанести выравнители в виде пасты.



13. Перед фиксацией необходимо согреть клеевую пластину между ладонями.
14. Обработать кожу вокруг стомы защитной пленкой в виде салфеток или жидкости и дать высохнуть.
15. Снять защитное покрытие.



16. Совместить нижний край вырезанного отверстия с нижней границей стомы.



17. Зафиксировать пластину мешка снизу вверх, плотно прижимая ее к коже и разглаживая от центра к краям, чтобы не образовались пузыри и складки.



18. Расположить калоприемник: активным пациентам вертикально, а лежачим горизонтально.



19. По окончании обязательно проверить плотность фиксации мешка.
20. Затем активным пациентам надевается стомический абдоминальный бандаж в положении лежа перед подъемом с постели.

Алгоритм смены двухкомпонентного калоприемника или уроприемника

1. Перед началом процедуры необходимо с мылом вымыть руки и надеть перчатки.
2. Определить размер стомы (см. выше) и нанести шаблон на защитный слой клеевой пластины.
3. Прорезать отверстие, соответствующее конфигурации стомы; края его должны отступать приблизительно на 1 мм от края стомированной кишки.
4. Дренажируемые мешки перед удалением лучше опорожнить от содержимого.



5. Открыть крепежное кольцо, нажав на защелку.
6. Осторожно снять мешок, потянув за ушко мешка одной рукой, а второй придерживаем пластину.
7. Поместить мешок в заранее подготовленный пластиковый пакет и выбросить его в обычный бытовой мусор.
8. Очистить пластину от каловых масс влажной салфеткой.
9. Осторожно снять пластину. Удаление пластины начинают сверху вниз, постепенно отделяя клеевой слой одной рукой, а второй рукой придерживают кожу.
10. Поместить пластину в заранее подготовленный пластиковый пакет и выбросить его в обычный бытовой мусор.
11. Тщательно промыть стому и кожу вокруг нее теплой водой, можно под душем.
12. Остатки клеящей основы обработать очистителем для кожи; делается это круговыми движениями, постепенно приближаясь от периферии к стоме. Для этого можно использовать мягкие нетканые салфетки.
13. Просушить кожу промокающими движениями мягким полотенцем или нетканой салфеткой, после этого дать возможность высохнуть естественным путем на воздухе.
14. Если на коже живота вокруг стомы имеются волосы, их следует удалить, осторожно подрезав ножницами.



15. Нанести на кожу вокруг стомы специальный защитный крем.
16. Если вокруг стомы имеются шрамы, складки, необходимо нанести выравниватели в виде пасты.
17. Перед фиксацией необходимо согреть клеевую пластину между ладонями.
18. Обработать кожу вокруг стомы защитной пленкой в виде салфеток или жидкости и дать высохнуть.
19. Снять защитное покрытие с пластины.



20. Совместить нижний край пластины вырезанного отверстия с нижней границей стомы.
21. Фиксировать пластину мешка снизу вверх, плотно прижимая ее к коже и разглаживая от центра к краям, чтобы не образовались пузыри и складки.



22. Закрыть дренируемый мешок. Для этого необходимо зажим на открытой стороне мешка накрутить 4–5 раз, а затем загнуть зажим с двух сторон.



23. Надеть мешок на фланцевое кольцо пластины снизу вверх, до щелчка.
24. Убедиться, что мешок находится в удобном положении.
25. Закрепить крепежное кольцо, сжав защелку до щелчка.



26. Проверить фиксацию мешка на пластине, слегка потянув мешок вверх.



27. Затем активным пациентам надевается стомический абдоминальный бандаж в положении лежа перед подъемом с постели.

Дренаж (опорожнение) открытых мешков

1. Следует регулярно опорожнять открытые мешки.
2. Не допускайте переполнения мешка. При заполнении 1/3 объема мешка каловыми массами его следует опорожнить.
3. Мешок можно опорожнять, не снимая его с пластины. Для этого направьте мешок в унитаз, откройте дренажное отверстие и опорожните мешок.
4. Дренажный конец мешка следует тщательно протирать.
5. Не забудьте закрыть дренажное отверстие после опорожнения мешка.

Уход за пластинами

- Пластина может оставаться на коже в течение нескольких дней.
- Срок использования пластин зависит от типа пластины, вида стомы, особенностей кожи вокруг стомы и других причин.
- Если пластина плотно прилегает к коже и обеспечивает полную герметичность, то при дренаже или смене мешков менять ее не следует.
- Очистите пластину от каловых масс с помощью мягкой тканевой салфетки и теплой воды.
- Затем осторожно протрите пластину насухо.
- Вы можете принимать душ, не снимая пластины/пластины и мешка.
- Не следует долго мыть пластину под душем. После душа осторожно протрите пластину/пластину и мешок мягким полотенцем.

Алгоритм смены мешка двухкомпонентного калоприёмника или уроприемника

1. Перед началом процедуры необходимо с мылом вымыть руки и надеть перчатки.
2. Дренируемые мешки перед удалением лучше опорожнить от содержимого.
3. Открыть крепежное кольцо, нажав на защелку.

- Осторожно снять мешок, потянув за ушко мешка одной рукой, а второй придерживая пластину.



- Очистить пластину от каловых масс влажной салфеткой несколько раз, до полного очищения.
- Затем принять душ, не снимая пластины, и промыть ее теплой проточной водой.
- После душа осторожно протрите пластину сухой салфеткой.
- Проверьте на герметичность края пластины, чтобы не было пузырьков или отклеенного края пластины.
- Наденьте мешок на фланцевое кольцо пластины снизу вверх, до щелчка.
- Убедитесь, что мешок в удобном положении.
- Закройте крепежное кольцо, сжав защелку до щелчка.
- Проверьте фиксацию мешка на пластине, слегка потянув мешок вверх.
- Затем активным пациентам надевается стомический абдоминальный бандаж в положении лежа перед подъемом с постели.



Осложнения при использовании калоприемника

1. Аллергические реакции на клеевую основу.
2. Мацерация и инфицирование кожи.
3. Грибковые инфекции.

Наиболее частые **причины мацерации** кожи вокруг стомы:

1. Плохая фиксация пластины к коже возле стомы.
Кожа вокруг стомы требует постоянного внимания. Для ухода за ней требуются специальные средства (очиститель, защитный крем, защитная пленка).
2. Неправильно подобранный размер отверстия пластины.
Если размер стомы изменился (на полное формирование стомы приходится от 4–6 недель), это может привести к подтеканию содержимого под клеевую основу и приводить к мацерации.
3. Изгибы или складки на поверхности кожи в месте наклеивания пластины.
Это исправляется применением специальных выравнивающих средств (пасты, геля), которые создают ровную поверхность для фиксации пластины к коже.
4. Нарушение техники фиксации пластины.
Вес содержимого калоприемника создает усилие на клеевую пластину и способствует быстрому ее отклеиванию. Угол наклеивания мешка индивидуален и требует подбора.
5. Нерегулярное опорожнение мешка.
Калоприемник необходимо опорожнять, когда его содержимое занимает от трети до половины объема. Несоблюдение этого правила может приводить к попаданию содержимого под клеевую основу и вызывать раздражение кожи.

Питание

Специальной диеты, пригодной и подходящей для всех стомированных пациентов, в принципе нет. Для выбора правильного режима питания пациенту с кишечной стомой нужно вести дневник, где он будет записывать употребляемые им продукты, их количество и время приема, а также время опорожнения ки-

шечника, консистенцию выделений, запах и количество отхождений газов (по субъективным ощущениям) через стому. *Ведение подобного дневника в течение первых 4–6 недель после операции позволят пациенту точно установить, какие продукты и в каком количестве для него более приемлемы. Когда будет ясно влияние различных продуктов на деятельность стомы, от дальнейшего ведения дневника можно отказаться.*

Можно дать пациенту рекомендации, что лучше всего вернуться к тем продуктам, которые чаще употреблялись им до операции, выясняя при ведении дневника, какие из них плохо влияют на функционирование стомы, и постепенно отказаться от них.

Дата	Время	Пища и ее количество	Стул: время, вид

1. Не следует ограничивать больного в приеме пищи и жидкости. Ограничение приема пищи приводит к нежелательному снижению веса и, более того, к вызванному небольшим приемом пищи запору. Частой проблемой при илеостоме является частый жидкий стул, который может привести к обезвоживанию и потере электролитов, минеральных веществ и витаминов. Поэтому очень важно потреблять много жидкости.
2. Пищу необходимо принимать регулярно. Дело в том, что кишечник, даже не получая пищу, продолжает функционировать и в нем, несмотря на голодание, образуются газы.
3. Очень важно правильное суточное распределение пищи: обильную пищу следует принимать утром и, главным образом, в обед; ужин должен быть умеренным, причем ужинать надо задолго до сна.

4. С целью профилактики вздутия живота следует исключить из пищи следующие продукты:
 - бобовые,
 - свежий хлеб,
 - белокочанную и цветную капусту,
 - огурцы,
 - редис,
 - лук,
 - пиво и все содержащие углекислый газ напитки.
5. **Продукты, ускоряющие опорожнение кишечника:**
 - сахаристые вещества (сахар, мед, фрукты);
 - богатые поваренной солью — соленья, маринады, копчености;
 - острая пища;
 - богатые растительной клетчаткой — черный хлеб, некоторые сырые овощи и фрукты;
 - жиры (в т.ч. растительное масло);
 - зеленая фасоль;
 - шпинат;
 - молоко, свежий кефир;
 - фруктовая вода, соки;
 - холодные блюда и напитки, мороженое.

Острые блюда нужно употреблять осторожно, в небольших количествах, сочетая их с рисом, макаронами или картофелем.

Ускоряют опорожнение кишечника волнение, торопливая еда и подъем тяжестей.
6. **Продукты, задерживающие опорожнение кишечника,** включают в себя вязущие и легко усваиваемые блюда, в том числе:
 - белые сухари;
 - злаки;
 - слизистые супы;
 - кукуруза;
 - протертые каши;
 - изюм, сухофрукты;

- рис, теплые протертые супы, кисели;
- крепкий чай, кофе, какао;
- натуральное красное вино (некрепленое).

К запорам также ведет малоподвижный образ жизни, ограниченное количество жидкости (менее 1,5 л в день), а также некоторые лекарственные средства (болеутоляющие, антидепрессанты и др.).

7. **Продукты, не влияющие** на опорожнение кишечника:
 - паровое и рубленое мясо;
 - рыба;
 - яйца;
 - измельченные фрукты и овощи без кожуры и косточек;
 - пшеничный хлеб.
8. Кожура помидоров, яблок, а также кукуруза, орехи, огурцы или мякоть цитрусовых **вызывают спазмы кишечника**, приводящие к болям в животе. Однако следует помнить, что реакция на принимаемые пищевые продукты индивидуальна, следовательно, каждый подбирает себе диету самостоятельно.
9. **Продукты, придающие фекалиям гнилостный запах:**
 - сыр;
 - яйца;
 - рыба;
 - фасоль;
 - лук (разный);
 - капуста (любая);
 - некоторые витамины и лекарственные средства.
10. **Продукты, уменьшающие неприятный запах фекалий:**
 - клюквенный морс,
 - брусничный сок (после еды днем),
 - йогурт, кефир (утром).

Необходимо помнить, что правильное питание при наличии стомы, хотя и не до конца решает все возникающие проблемы, тем не менее, является необходимым условием для ведения полноценной жизни.

Ирригация

Ирригация толстой кишки — это прием, позволяющий эвакуировать каловые массы из кишки с помощью воды. Любая стома функционирует неуправляемо. Однако существуют некоторые мероприятия, позволяющие в определенной степени оказать влияние на работу стомы. К их числу относится соблюдение диеты, применение некоторых лекарств, промывание (ирригация) кишки. С медицинских позиций — это сифонная клизма, выполняемая через стому.

Смысл процедуры заключается в том, чтобы кал не отходил в любое время, а только во время промывания, и чтобы толстая кишка приспособилась к регулярному опорожнению.



Для промывания можно пользоваться простой кружкой Эсмарха со шлангом и мягким резиновым наконечником. Проводить процедуру следует с предельной осторожностью, так как при введении наконечника в колостому он может перфорировать кишечную стенку. Поэтому лучше прибегать к специальным наборам, в которых важно наличие конической надставки, вводимой в устье колостомы без опасности повреждения кишечника.

Промывание производят в ванной или уборной, на унитазе. Промывание производят теплой водой. Все промывание может занять от 30 до 60 мин. После промывания опорожнение кишечника отсутствует на протяжении 24–48 часов.

Ирригацию обычно выполняют 2–3 раза в неделю. Эта процедура позволяет пациенту некоторое время находиться без калоприемника без риска незапланированного выделения кала из стомы.

Осложнения стомы и их профилактика

Нередко стомированным пациентам приходится сталкиваться с различными видами осложнений, связанных с наличием и функционированием стомы кишечника на брюшной стенке. Эти осложнения могут стать причиной серьезного беспокойства больных, и, как правило, требуют вмешательства медиков.

Перистомальный дерматит (раздражение кожи в области стомы)

Дерматит наблюдается довольно часто и является следствием механического раздражения (частая смена калоприемников, неосторожная обработка кожи) или химического воздействия кишечного отделяемого или мочи (протекание под пластину, плохо подобранный, негерметичный калоприемник).

Его проявления: покраснение, пузырьки, трещинки, мокнущие, сочащиеся язвочки на коже возле стомы. Раздражение кожи вызывает зуд, жжение, иногда сильные боли. Возможна аллергическая реакция кожи на приспособления и средства по уходу за стомой, если она очень выражена, следует на некоторое время отказаться от применения приклеиваемых пакетов. В таких случаях вопрос о выборе типа калоприемника должен решать врач. Нередко причиной кожных осложнений бывает просто недостаточный уход за кожей в зоне наложения стомы. В случае раздражения кожи вокруг стомы необходима консультация колопроктолога или специалиста по реабилитации стомированных пациентов.



Кровотечение из стомы

В большинстве случаев оно вызвано повреждением слизистой оболочки кишки вследствие неаккуратного ухода за стомой или использования грубых материалов. Край тесного отверстия в пластине, жесткий фланец калоприемника



также могут травмировать кишку и вызвать кровотечение. Кровотечение, как правило, прекращается самопроизвольно. Но если оно затяжное и обильное, необходимо обратиться к врачу.

Стеноз (сужение стомы)



Стома должна быть проходима, свободно пропускать указательный палец пациента. Сужение обычно вызвано воспалением в зоне стомы в раннем послеоперационном периоде. Если сужение достигает степени, мешающей опорожнению кишки, необходимо сделать операцию с целью расширения отверстия. При сужении стомы не следует принимать слабительные без консультации хирурга!

Ретракция (втянутость стомы)



Это расположение стенки кишки ниже уровня кожи, циркулярное или частичное. Наличие воронкообразного углубления значительно затрудняет уход за стомой и требует применения специальных калоприемников с конвексной (вогнутой) пластиной и дополнительных средств ухода (специальные пасты для выравнивания поверхности кожи и ее защиты). В случае неэффективности этих мероприятий предпринимают хирургическое лечение.

Пролапс (выпадение стомы)



Небольшое (3–4 см) выпадение слизистой встречается довольно часто, но, как правило, не сопровождается нарушением состояния пациента и функции стомы. Полное выпадение всех слоев кишечной стенки нарушает функцию опорожнения, затрудняет уход за стомой, может привести к ущемлению кишки. Выпадение увеличивается в положении стоя, при кашле, при фи-

зической нагрузке. В лежачем положении оно иногда вправляется; выпавшую кишку в большинстве случаев можно вправить обратно рукой. В случае повторного или постоянного выпадения необходимо обратиться к врачу, а при ущемлении — немедленно!

Парастомальная грыжа (грыжа в зоне наложения стомы)

Выпячивание внутренних органов вокруг стомы из-за слабости мышечного слоя брюшной стенки в месте выведения стомы — это частое осложнение при колостоме; при илеостоме оно встречается реже. Риск появления грыжи увеличивается при ожирении, а также при длительном кашле. Пациенты даже с небольшими размерами грыжи могут испытывать боли, запоры, затруднения при пользовании калоприемниками. Парастомальная грыжа может ущемиться, в таких случаях лечение только хирургическое. В качестве профилактики этого осложнения в первое время после операции (2–3 месяца) пациенты носят специально подобранный эластичный бандаж. Бандаж используют при парастомальной грыже и выпадении кишки в случае невозможности проведения хирургического лечения из-за сопутствующих заболеваний.

Гипергрануляции в области стомы

Иногда на границе между кожей и слизистой оболочкой образуются полиповидные выросты, которые легко кровоточат. Обычно они небольшие, диаметром несколько миллиметров. Возможно появление на слизистой оболочке белесоватых, кровоточащих пузырьков. Во всех подобных случаях необходимо обратиться к врачу.

Бандаж на брюшную стенку

В комплекс реабилитационных мероприятий стомированных пациентов также входит ношение стомического абдоминального бандажа для профилактики образования грыж в области стомы.



Достоинства: специальная вставка бандажа, изготовленная из эластичной ткани, закрывает кало-или уроприемник, поддерживает и ограничивает его подвижность, предотвращая отклеивание, а также обеспечивает гигиеничность и эстетичный внешний вид.

Противопоказания:

- локальные (в области применения бандажа) дерматиты и гнойничковые инфекции кожи;
- диафрагмальные грыжи;
- невправимые грыжи брюшной стенки;
- синдром портальной гипертензии.

Конструкция бандажа

1. Эластичный пояс с застежками-липучками.



2. Поддерживающий элемент с застежками-липучками, фиксирующий положение калоприемника/дренажа.



3. Система против скручивания бандажа – четыре съемных спиральных ребра жесткости.



Правила использования бандажа:

1. Бандаж надевается в положении лежа перед подъемом с постели
2. Бандаж надевается поверх калоприемника

Порядок надевания

1. Снимите поддерживающий элемент.
2. Примерьте бандаж и определите место вывода калоприемника/дренажа наружу.
3. С помощью ножниц сделайте разрез нитей вдоль прозрачной части ткани бандажа. Разрез должен находиться в передней части бандажа, в области вывода калоприемника/дренажа и иметь длину разреза, позволяющую вывести наружу емкость калоприемника или элементы дренажа.
4. Расположите бандаж так, чтобы система против скручивания бандажа находилась сзади.
5. Застегните бандаж с помощью застежки-липучки так, чтобы разрез оказался в области стомы.
6. Через разрез в ткани бандажа выведите емкость калоприемника/дренаж наружу.
7. Зафиксируйте положение калоприемника/дренажа поддерживающим элементом с помощью застежек-липучек.



Внимание! Не следует затягивать бандаж слишком сильно во избежание избыточного давления на ткани и нарушения кровообращения.

Правила подбора:

Сантиметровой лентой плотно, но не утягивая, измеряется окружность талии. Согласно полученным результатам подбирается необходимая модель бандажа по таблице подбора размеров.

Таблица подбора размеров:

Бандаж	Окружность талии (см)
S	75–85
M	85–95
L	95–105
XL	105–120
XXL	120–135

Компрессионное белье для стомированных больных



Классическая модель для мужчин — боксеры, сделанные из мягкого трикотажа, с широкой резинкой и с гульфиком.

У модели есть специальный внутренний карман, куда можно заправить мешочек, и тем самым обеспечить дополнительную поддержку его веса, и равномерное распределение веса и объема мешка вдоль всего живота.

Как выбрать?

Измерить обхват талии и обхват бедер (в миллиметрах). Сантиметровая лента при этом должна проходить строго горизонтально по наиболее выступающим точкам ягодиц.

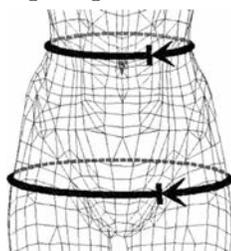


Таблица подбора размеров:

Размер	42	44	46	48	50	52	54
Обхват талии, мм	622	664	706	748	790	832	880
Обхват бедер (с учетом живота), мм	914 (920)	948 (960)	982 (1000)	1016 (1040)	1050 (1080)	1084 (1120)	1122 (1160)

Еюностома, гастростома

Еюностома

Это стома, наложенная на тонкую кишку для искусственного питания больного.

Показания к формированию еюностомы:

- при тотальном поражении желудка опухолью;
- обширный ожог желудка.

Гастростома

Это искусственный свищ в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента.

Показания к формированию гастростомы:

- патология пищевода;
- расстройства глотания;
- ожоги пищевода;
- рак пищевода и прилегающих органов.

Методики гастростомии:

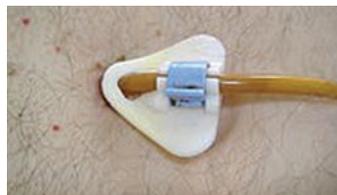
1. Полостной доступ

В полый орган во время полостной операции вводится трубка, которая крепится к передней брюшной стенке швом.



2. Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ)

Специальным троакаром под эндоскопическим контролем пунктируют желудок через кожу.



Метод гастростомии	Преимущества	Недостатки
Полостной доступ	Применяется при малых размерах желудка (при обширном раковом поражении стенки желудка)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимость постоянного ношения резиновой трубки. 2. Нарушение кровоснабжения и иннервации стенки желудка в месте стомы. 3. Высокая вероятность возникновения кровотечений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде, нагноение послеоперационного шва. 4. Эвентрации, грыжи передней брюшной стенки, выпадение гастростомической трубки, перитонит, мацерации и дерматит кожных покровов вокруг стомы.
Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Возможность выполнения у пациентов с высоким операционным риском. 2. Нет необходимости в общем наркозе. 3. Время проведения манипуляции 15–30 минут. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Невозможность выполнения при выраженных нарушениях проходимости ротоглотки и пищевода. 2. Затруднительно у пациентов с асцитом или значительной гепатомегалией, а также при выраженном ожирении. 3. Мацерации и дерматит кожных покровов вокруг стомы.

	<p>4. Возможность проведения у постели больного.</p> <p>5. Уход за гастростомой, наложенной эндоскопическим методом прост и безопасен для пациента.</p>	
--	---	--

Уход за гастростомой

Медицинский уход за гастростомой необходим сразу после ее введения в течение последующих одной-двух недель, то есть до времени грануляции стенки стомы (отверстия).

Чтобы стома адаптировалась к новым условиям, потребуется 1–2 недели. Чтобы снизить риск болевых ощущений и инфицирования, необходимо тщательно очищать кожу вокруг зонда. В течение первых суток после наложения гастростомы надо следить за тем, чтобы внешний ограничительный диск катетера не давил на кожу.

Синий предохранительный зажим следует поместить прямо за внешним ограничительным диском катетера. Эта дополнительная мера предосторожности позволяет убедиться, что чрескожно-эндоскопически установленный гастростомический зонд размещен в нужном месте.

По прошествии суток внешний ограничительный диск катетера и синий предохранительный зажим можно немного ослабить. Следует сделать это таким образом, чтобы расстояние между кожей и внешним ограничительным диском катетера составляло около 5 мм; это позволит разместить под внешним ограничительным диском катетера стерильную Y-образную повязку.

Каждый день наблюдаем за тем, чтобы место вокруг стомы не краснело и не воспалялось. Первые две недели для обработки кожи вокруг стомы используется только стерильный перевязочный материал.

Ежедневный уход за гастростомой

После того, как рана вокруг канала анастомоза начнет заживать (в течение 1–2 недель), необходимо ухаживать за кожей и следить за состоянием зонда следующим образом:

- Мыть руки до и после обработки зонда.
- Открыть диск внешней фиксации и ослабить его. Следить, чтобы предохранительный зажим оставался на своем месте. По положению предохранительного зажима можно определить, правильно ли установлен внешний ограничительный диск катетера; кроме того, благодаря предохранительному зажиму зонд возвращается на прежнее место после обработки раны.
- Очищать участок кожи вокруг стомы (отверстия) и под фиксирующим устройством с помощью стерильной воды и марли. Убедитесь, что участок кожи и фиксирующее устройство хорошо просушены. Повторять эту процедуру как минимум раз в день.
- Каждый день поворачивать зонд на 180° вокруг своей оси и двигать его вверх и вниз (минимум на 1,5 см), чтобы он не прилипал к стенкам стомы. Следить, чтобы синий предохранительный зажим оставался на своем месте.
- Следить за тем, чтобы внешний диск находился на расстоянии около 5 мм от поверхности кожи.
- Чтобы зонд не засорялся, необходимо промывать его с помощью 20–40 мл воды до и после подачи питания либо медикаментов; повторять эту процедуру следует как минимум каждые 8 часов.
- Перед подачей питания необходимо проверить положение зонда.
- Нельзя использовать крем или пудру, т.к. они могут повредить материал, из которого изготовлен зонд, вызвать раздражение кожи и привести к инфицированию. Для обработки кожи вокруг стомы рекомендуется использовать дезинфицирующие средства на основе полигексанида.

Существует **два способа введения пищи** — через шприц и через капельницу/дозатор:

1. Введение через шприц Жане (скорость не больше чем 30 мл в минуту) и с обязательным дроблением общего объема пищи, вводимой за сутки, на несколько частей. Например, если общий объем зондового питания составляет 1800 мл в сутки, то правильной будет следующая схема введения: 300 мл, введенные за 5–10 минут, и так шесть раз в день.
2. Температура пищи должна быть 30–36 С.
3. При плохой переносимости дробного введения пищи (тяжесть в желудке, запоры или диарея, затруднение дыхания после приема пищи, тошнота) необходимо:
 - увеличить кратность введения;
 - уменьшить скорость введения или перейти к методу постоянного введения смесей при помощи специальных приборов-дозаторов.
4. Пища вводится в течение 24 либо 18 часов (с ночным перерывом) 80–100мл/ч.

Нельзя вводить в стому труднопромываемые или очень жирные, липкие продукты (например, сливочное масло, геркулесовую кашу и пр.). Это крайне затруднит или сделает невозможным ее промывание.



После каждого приема пищи убедитесь, что кожа вокруг стомы сухая и чистая. Если есть загрязнение или влага, необходимо очистить участок кожи и просушить салфеткой.

При возникновении покраснения вокруг стомы необходимо сразу обработать кожу вокруг отверстия и зону покраснения **защитным кремом**; следует проводить эту процедуру 2–3 раза в день до исчезновения покраснения.

Примечание:

1. После кормления через гастростому оставить пациента в положении полулежа на 30 минут.
2. При уходе за пациентом, имеющим гастростомический зонд, следует расположить пациента в постели таким образом, чтобы он не лежал на зонде.

3. Осуществляя кормление пациента через гастростому и наблюдая за ней в интервалах между кормлениями, следует убедиться, что зонд хорошо зафиксирован в стоме и содержимое не вытекает ни через стому, ни через зонд.

Уростома

Уростома — это участок мочеиспускательного канала, выведенный на переднюю брюшную стенку для выведения мочи из организма.

Доступны **два основных типа уростомы:**

Илеум-кондуит

Мочеточники, по которым в норме моча поступает из почек в мочевой пузырь, соединяют с одним концом сегмента кишки, а другой конец удаленного сегмента соединяют с поверхностью кожи, создавая уростому. Моча поступает по сформированной уростоме во внешний мочеприемник.

Уретеростома

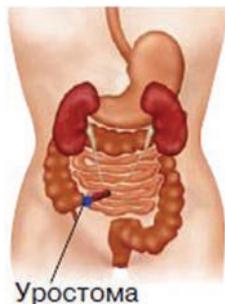
Выведение мочеточников непосредственно на брюшную стенку. Моча поступает по сформированной уростоме во внешний мочеприемник. При уретеростомии оба мочеточника непосредственно связаны с брюшной стенкой, поэтому создают две уростомы.

Выбор уроприемника

Уроприемник состоит из клеевой основы для крепления к коже и мешка, в котором скапливается моча.

При подборе уроприемника необходимо учитывать: локализацию и длину стомы, наличие швов или складок около стомы, вес, рост больного.

Хороший стомный мешок должен иметь следующие характеристики:



- иметь хорошую клеевую основу, которая обеспечивает герметичное крепление к коже, сохраняющееся не менее 3–7 дней;
- защищать кожу вокруг стомы от раздражения и не вызывать контактной аллергии;
- быть не заметен под одеждой;
- легко клеиться и сниматься.

Виды стомных мешков

Современная индустрия выпускает большое разнообразие мешков по форме и размерам, но все они выполняют одну функцию — сбор мочи. Существует два основных типа стомных мешков.

Однокомпонентный урприемник состоит из мешка со встроенной клеевой основой.



В **двухкомпонентном урприемнике** клеевая пластина и стомный мешок являются отдельными частями, которые соединяются друг с другом с помощью специального крепления, которое называется фланец.



На дне стомного мешка имеется клапан для слива мочи, и вы можете опорожнять мешок по мере надобности. Рекомендуется сливать мочу, когда мешок заполнен на одну треть или наполовину. Это предотвратит его отклеивание от кожи под тяжестью мочи.

В ночное время к мешку может подсоединяться гибкая трубка, которая соединена с мешком большого размера. Он достаточно велик, чтобы вместить всю мочу, образующуюся за ночь, что позволит больному спать спокойно всю ночь.

Защита кожи

Постоянный контакт мочи с кожными покровами может вызвать ее сильное раздражение, вплоть до формирования глубоких эрозий. Поэтому важно, чтобы клеевая поверхность

плотно прилегала к коже и исключала протекание. Кроме того, необходимо конфигурировать отверстие таким образом, чтобы клеевая поверхность полностью закрывала всю кожу вокруг стомы.

Сразу после операции стома будет отечной, и отверстие в барьерной пластине будет большим. В течение 6–8 недель отечность спадет, и стома уменьшится в размере, поэтому необходимо будет подобрать новый размер отверстия. Участок кожи вокруг стомы, не покрытый клеевой основой не должен составлять более 0,3 мм.

Что может влиять на длительность крепления стомного мешка к коже?

- Повышенная потливость в летнее время или проживание во влажных климатических условиях сокращает длительность удержания мешка на месте;
- Влажная и жирная кожа может также ограничить время использования уростомного мешка;
- Плавание, сильное напряжение во время занятия спортом или другие виды деятельности, приводящие к повышенному потоотделению, сокращают время ношения.

Смена стомного мешка

Однокомпонентный мешок рекомендуется менять один раз в день. Клеевая пластина двухкомпонентного уроприемника меняется 1–2 раза в неделю, а сам пакет один раз в 1–3 дня.

Проще всего менять стомный мешок в утреннее время перед завтраком. Если это время не подходит, то лучше это делать через 1–2 часа после принятия пищи или питья, что предотвратит попадание мочи на кожу во время смены клеевой пластины. Меняйте мешок в удобной для больного позиции, сидя, стоя или лежа.

Регулярная смена уроприемников позволяет снизить риск развития инфекции мочевыводящих путей. Кроме того, бактерии способны быстро размножаться в моче и вызывать ее неприятный запах.

Во время смены мешка не нужны стерильные материалы, кожа и стома относительно чистые, но не стерильные. Однако все необходимые материалы должны содержаться в чистоте и порядке. Также всегда должно быть в запасе несколько мешков.

Опорожнение стомного мешка

Регулярное опорожнение мешка предотвращает размножение в моче бактерий и его преждевременное отклеивание от кожи.

В течение дня необходимо будет это делать не реже чем каждые 2–4 часа или даже чаще, в зависимости от того, сколько жидкости употребляет больной.

Для опорожнения мешка необходимо лишь повернуть клапан в открытое положение. По окончании закрыть его и промокнуть кончик сухой салфеткой.

Защита кожи вокруг стомы

Кожа вокруг стомы должна выглядеть так же, как и любой другой участок кожи. Попадание мочи на кожу вокруг стомы может вызвать ее раздражение. Чтобы защитить кожу следует соблюдать следующие **рекомендации**:

- Подберите правильный размер отверстия в клеевой основе. Если отверстие слишком маленькое, можно травмировать стому при надевании мешка, если оно слишком большое, моча будет контактировать с кожей.
- Меняйте урприемник регулярно, чтобы избежать отклеивания и утечки мочи;
- Отклеивайте урприемник аккуратно, не делая резких движений;
- Если нет проблем, меняйте клеевую основу не чаще одного раза в день;
- Кожу вокруг уростомы очищайте водой.
- Тщательно просушить промакивающими движениями кожу, прежде чем клеить мешок. Категорически нельзя растирать кожу вокруг стомы.
- Следите за чувствительностью кожи или аллергией к компонентам стомного мешка. Раздражение или аллергия

могут развиваться с течением времени, через неделю, месяц или даже год с начала использования. Если появилось раздражение в месте контакта кожи с барьерной пластиной, необходимо использовать защитный крем, который наносится на пораженные участки кожи перед креплением уроприемника.

- Возможно, придется протестировать различные стомные мешки, чтобы увидеть, как кожа реагирует на них.



Аллергическая реакция на клей

Небольшие капельки крови на стоме не должны быть причиной для тревоги. Слизистая оболочка стомы очень нежная, и различные манипуляции возле нее, очистка кожи или приклеивание мешка, могут вызвать ее повреждение и легкую кровоточивость. Кровотечение быстро останавливается самостоятельно.

Наличие большого количества волос вокруг стомы может создать трудности в приклеивании стомного мешка, а также вызывать болевые ощущения при его отклеивании. Поэтому рекомендуется предварительно обрезать волосы вокруг уростомы. Соблюдайте особую осторожность, чтобы не повредить слизистую оболочку стомы.

Принятие душа или ванны. Можно рекомендовать больному принимать душ и ванну, как с прикрепленным мешком, так и без него. Можно использовать жидкое мыло, оно не повредит уростоме. Необходимо избегать применения эфирных масел для ванны, так как это создаст трудности для крепления стомного мешка.

Для профилактики закупоривания мочевыми солями и инфекции мочевых путей показано **промывание мочевого пузыря**.

Техника:

- Присоединить к цистостомической трубке шприц Жане с водным раствором хлоргексидина и медленно ввести 150–

200 мл с последующим сливанием в подготовленную емкость.

- Повторить промывание мочевого пузыря 3–4 раза; рекомендуется проводить процедуру не реже 2-х раз в неделю.

Питание

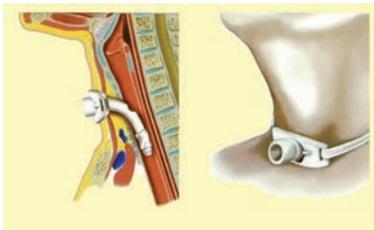
Особых ограничений в питании для пациентов с уростомой нет. Выше мы говорили, что необходимо поддерживать кислую реакцию мочи. Важно пить много жидкости в течение дня. Некоторые продукты питания или лекарства могут придавать моче неприятный запах.

Трахеостома

Трахеостомия — рассечение стенки трахеи. Стому накладывают, чтобы обеспечить пациенту дыхание, минуя носоглотку. Чаще всего носит временный характер, в редких случаях, пожизненный.

Пациенту при постоянной трахеостоме необходима трубка, состоящая из трех частей:

- внешняя трубка (канюля);
- проводник (направляющее устройство) с глухим концом, который ставит трубку на место; применяется только при введении трубки;
- внутренняя трубка (канюля) с защелкой-фиксатором, стоящая в трахеостоме с внешней трубкой; может извлекаться для промывания.



Защелка-фиксатор позволяет надежно удерживать внутреннюю канюлю и должна быть всегда закрыта, иначе при кашле или даже во время промывания внутренняя трубка может выпасть из наружной трубки.

Уход за трахеостомической трубкой

Смена внутренней трубки должна производиться не реже одного раза в день. Это предотвращает риск образования корочек, что затрудняет дыхание.

1. Открыть защелку-фиксатор наружной трахеостомической трубки.
2. Зафиксировать в руке за «ушки» внутреннюю трахеостомическую трубку.
3. Другой рукой зафиксировать пластину наружной трахеостомической трубки с обеих сторон и извлечь за «ушки» внутреннюю трахеостомическую трубку в направлении на себя дугообразными движениями.
4. Помыть внутреннюю трубку в проточной воде с мылом. С этой целью лучше использовать ершик, чтобы лучше очистить от корочек и слизи, в которых содержится большое количество бактерий.
5. Просушить внутреннюю трахеостомическую трубку салфеткой.
6. Одной рукой зафиксировать пластину наружной трахеостомической трубки, а другой рукой взять за «ушки» внутреннюю трахеостомическую трубку и ввести в отверстие наружной трубки.
7. Зафиксировать, переведя защелку-фиксатор в положение «вниз».

Один раз в неделю, при смене и очистке внутренней трубки ее необходимо продезинфицировать. С этой целью используют специальные средства или любой антисептик.

В некоторых случаях ставят внутреннюю трубку с клапаном, который позволяет разговаривать. Такую трубку



можно носить в течение дня, пока есть необходимость в общении. На ночь ее необходимо сменить на обычную трубку.

Уход за кожей вокруг трахеостомы

- очистить кожу вокруг трахеостомы с помощью салфеток, смоченных в растворе антисептика и просушить;
- с целью профилактики мацерации на кожу вокруг стомы нанести защитный крем.
- под ушки трахеостомической канюли завести салфетку с Y-образным разрезом. После чего закрепить фиксирующие завязки на шее.



Санация дыхательных путей

Процедуру производят по мере накопления слизи в верхних дыхательных путях, но не менее 8 раз в сутки.

1. Подготовить электроотсос. Для этого нужно заполнить банку-сборник дезинфицирующим раствором, проверить давление в системе (0,2–0,4 атм.) и подключить его к санационному катетеру;
2. Часть катетера аккуратно вводим (ротовая полость, носовая полость, трахея).
 - При введении катетера система контроля разряжения должна быть открыта.
 - При выведении катетера система контроля перекрывается пальцем прерывистыми движениями, с помощью которых создается переменное разряжение в катетере. Это является профилактикой травм слизистых, слизистая не присасывается к катетеру.



- Для разжижения слизи вливают пипеткой 1 мл 0,9-процентного раствора натрия хлорида или 1 мл фермента трипсина.
- После каждого выведения катетер промывается в растворе антисептика.
- Категорически запрещается одним катетером санировать полость рта, а затем трахею.
- Манипуляция не должна длиться более 1–2 минут.
- По завершении процедуры промыть трубку раствором антисептика. Для этого, не выключая отсасыватель, опустить конец трубки в емкость с раствором антисептика.
- Утилизировать санационный катетер.

Учебное издание

**Выговская Ольга Николаевна
Ган Татьяна Владимировна**

УХОД ЗА СТОМАМИ

Учебное пособие

Вёрстка:

Е. Ю. Бабенков

Православная гимназия во имя
Преподобного Сергия Радонежского
Новосибирск 630090, ул. Академическая, 3
тел./факс (383) 333 28 10
e-mail: pochta@orthgymn.ru
<http://orthgymn.ru>