## Р О С С И Й С К А Я Ф Е Д Е Р А Ц И Я

Министерство здравоохранения Забайкальского края

----------------------------------------------------------------------------------------------------

***Государственное учреждение здравоохранения***

***«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ******БОЛЬНИЦА»***

Коханского ул., д.7, г. Чита, 672038, тел. 31-43-23, факс. (302-2) 31-43-24

E-mail: priem@kkb.chita.ru

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ 353-о “ 26 ” 12 2014г.

Утверждаю

Главный врач ГУЗ «ККБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В.А. Шальнев

***Информационное письмо***

**Реабилитация стомированных больных**

Врач колопроктолог Соломин В.И.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ**

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Стома — это противоестественное отверстие, искусственно созданное хирургическим путем. Вслед за удалением части кишечника на передней брюшной стенке формируется постоянный или временный свищ, через который происходит неконтролируемое отхождение газов, содержимого кишечника.

КЛАССИФИКАЦИЯ

КОД ПО МКБ-10 .

* наличие илеостомы **(Z93.2);**
* наличие колостомы **(Z 93.3);**
* дисфункция после колостомии и энтеротомии **(K 91.4)**;
* осложнения коло- и илеостом **(K 45, K 56.6, K 63.8)**.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ

По локализации на кишечнике:

* Еюностома
* Илеостома
* Колостома (асцендостома, трансверзостома, десцендостома, сигмостома)
* Цекостома
* Аппендикостома

По методу формирования:

* Одноствольная
* Двуствольная: петлевая; раздельная.
* Краевая (пристеночная)

По способу выведения на переднюю брюшную стенку

* Чрезбрюшная (внутрибрюшная)
* Забрюшинная

По технике формирования:

* «Плоская»
* «Столбиком»

По прогнозу в плане хирургической реабилитации:

* Постоянная
* Временная

По месту наложения стомы на теле пациента:

* Абдоминальная
* Промежностная

По наличию осложнений:

* Осложнения стомы
* Перистомальные кожные осложнения

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ**

СТРУКТУРА ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

Первым звеном в структуре региональной службы реабилитации стомированных больных является КРСБ (кабинет реабилитации стомированных больных). В целях повышения доступности и качества колопроктологической помощи, оказываемой населению Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №206-н от 2 апреля 2010 г**.** утверждено положение о кабинете реабилитации стомированных больных. Согласно этому положению, Кабинет создается в структуре медицинской организации, оказывающей колопроктологическую помощь, и предназначен для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий стомированным пациентам. В ряде регионов КРСБ организованы на базе онкологических диспансеров и или крупных хирургических учреждений на основании региональных законодательных актов.

В хирургическом отделении обязанности по уходу за стомированными больными целесообразно возложить на перевязочных медицинских сестер. Для успешной работы они должны пройти базовое обучение по уходу за стомой в КРСБ, работать в тесном контакте с сотрудниками кабинета. Совместно с лечащим врачом медсестра стационара осуществляет непосредственный послеоперационный уход и наблюдение стомированных пациентов, организует обучение больных и их родственников навыкам ухода за стомой; накануне выписки из стационара направляет больных в КРСБ для подбора средств ухода для постоянного использования, диспансерного наблюдения.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ

Стомированные пациенты нуждаются в комплексной медико-социальной программе реабилитации. Общими принципами реабилитации являются индивидуальность, последовательность, непрерывность и комплексность.

Условно процесс медицинской реабилитации можно разделить на следующие этапы: предоперационный, послеоперационный, реконвалесцентный.

Каждый этап характеризуется мероприятиями медицинского, педагогического, психологического и социального характера, реализуемыми медицинскими и немедицинскими участниками, обеспечивающими условия для проведения комплексной реабилитации стомированных пациентов

Предоперационный этап включает в себя:

* обследование и клиническую диагностику
* психологическую подготовку
* адекватное информирование пациента и его родственников
* выбор тактики оперативного вмешательства
* определение места наложения стомы на передней брюшной стенке
* информационное обеспечение пациента соответствующими пособиями по уходу за стомой и образцами технических средств реабилитации

Предоперационная подготовка осуществляется врачами (хирургами, колопроктологами, онкологами) и медицинскими работниками, специально обученными уходу за стомированными пациентами.

Послеоперационный этап включает в себя:

* обследование и постоянное наблюдение за стомированным пациентом
* выявление осложнений после операции
* специализированный уход за стомированным пациентом; индивидуальный подбор и обеспечение средствами ухода за стомой в отделении стационара
* обучение стомированного пациента и его родственников навыкам по уходу за стомой
* обеспечение стомированного пациента и его родственников специальной литературой и пособиями по уходу за стомой
* психологическая поддержка
* информирование стомированного пациента и его родственников о его льготном праве бесплатного получения средств ухода за стомой и выдачей соответствующих документов, в том числе алгоритма по оформлению индивидуальной программы реабилитации
* социальная помощь

Послеоперационное ведение стомированных пациентов осуществляется хирургами, медицинским персоналом, имеющим стоматерапевтическую подготовку, психологами, работниками социальных служб, врачами клинико-экспертной комиссии, реабилитологами медико-социальной экспертизы.

Реконвалесцентный этап охватывает процесс реабилитации стомированного пациента после его выписки из стационара. К этому времени пациент и его родственники должны уметь пользоваться средствами ухода за стомой, обладать знаниями по уходу за стомой, о режиме и характере питания.

На данном этапе проводятся следующие мероприятия:

* амбулаторное диспансерное наблюдение стомированного пациента;
* окончательный индивидуальный подбор средств ухода за стомой;
* определение степени нетрудоспособности стомированного пациента;
* патронаж социальных служб, социальная помощь;
* психологические консультации;
* занятия в группах взаимопомощи стомированных пациентов;
* правовая помощь и юридические консультации;
* информационное обеспечение публикациями, учебными пособиями по уходу за стомой;
* проведение реконструктивно-восстановительных операций.

|  |
| --- |
| Программа мероприятий по реабилитации пациентов с кишечной стомой до проведения операции:  |
| **Мероприятия**  | **Ответственное лицо**  |
| 1) на догоспитальном этапе:  |
| а) ознакомление пациентов с характером и целесообразностью предстоящей операции с формированием стомы (беседа)  | Колопроктолог, хирург, онколог  |
| б) разъяснение путей регуляции деятельности стомы, способов ухода за стомой, ознакомление с продукцией по уходу за стомой (беседа, буклет)  | Колопроктолог, хирург, онколог, медицинская сестра по уходу за стомой  |
| 2) в стационаре: а) выбор способа формирования стомы  | оперирующий хирург  |
| б) выбор места на передней брюшной стенке для стомы  | оперирующий хирург, медицинская сестра по уходу за стомой  |
| После проведения операции:  |
| **Мероприятия**  | **Ответственное лицо**  |
| 1) использование калоприемников в раннем послеоперационном периоде  | лечащий врач, перевязочная медицинская сестра  |
| а) определение размера и типа калоприемника б) обучение пациента уходу за стомой, формирование навыка ношения калоприемника  | лечащий врач, медицинская сестра по уходу за стомой  |
| 2) консервативные мероприятия по уходу за стомой  |
| а) рекомендации по диете и режиму питания  | медицинская сестра по уходу за стомой, лечащий врач  |
| б) выбор типа калоприемника для постоянного использования  | медицинская сестра по уходу за стомой  |
| в) обучение методу «ирригации» толстой кишки  | лечащий врач, медицинская сестра по уходу за стомой  |
| 4) хирургическая реабилитация пациентов с стомой, определение показаний а) к ликвидации осложнений стомы б) к реконструктивно-восстановительному оперативному лечению  | колопроктолог, оперирующий хирург  |

**ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ.**

Осложнения после операций с формированием стомы являются значительной проблемой для многих пациентов. Исследования, проведенные в разных странах, показывают, что до 71% пациентов с илеостомой и 43% с колостомой имеют осложнения.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ.

С точки зрения этиопатогенетических факторов, локализации процесса, клинических проявлений, тактики ведения и лечения стомированных больных целесообразно разделять осложнения кишечных стом на осложнения собственно стом и перистомальные кожные осложнения.42,43,44

К ***осложнениям стомы*** относят: кровотечение, некроз, эвентрацию, поверхностное нагноение (несостоятельность кожно-кишечного шва), парастомальный абсцесс, флегмону, ретракцию стомы, пролапс, парастомальные грыжи, стеноз, свищи, гиперплазию слизистой кишки, рецидив опухоли в области стомы. Осложнения стомы, как правило, описываются изменением самой кишки или ее отношением к передней брюшной стенке.

К ***перистомальным кожным осложнениям*** относят: контактный перистомальный дерматит, аллергический дерматит, фолликулит, гангренозная пиодермия, гиперкератоз, гипергрануляции кожи, специфические поражения (грибковый дерматит, псориаз и др.). Перистомальные кожные осложнения характеризуются изменениями кожных покровов.

1. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИЗМЕНЕНИЙ

|  |  |
| --- | --- |
| СТОМА  | КОЖА ВОКРУГ СТОМЫ |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ (внешний осмотр)  | 2. ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ (внешний осмотр) |

|  |
| --- |
| 2.1 ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ (пальцевое исследование)  |

4. ДИАГНОЗ

3. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

|  |  |
| --- | --- |
| Рентгенологические  | Патоморфологические  |
| Ультразвуковые | Микробиологические |

После определения локализации осложнений (стома или кожа вокруг стомы) визуально устанавливают характер изменений в области стомы. Если изменения касаются самой, выведенной на переднюю брюшную стенку, кишки, оценивают их характер при внешнем осмотре

При этом определяют расположение кишки по отношению к уровню брюшной стенки, конфигурацию брюшной стенки в парастомальной области, оценивают диаметр кишки и состояние ее стенки, выявляют изменения парастомальной раны. При пальцевом исследовании стомы определяют размер стомы, наличие или отсутствие дефекта в апоневрозе, расположение петли кишки или сальника в клетчатке вокруг стомы, выявляют дефект стенки кишки или наличие инфильтрата в парастомальной области (рис.4). Важно определить не только характер, но и уровень выявленных изменений (кожа, подкожная клетчатка, апоневроз), так как это имеет значение для выбора тактики лечения осложнений.

При необходимости уточнения диагноза применяют инструментальные и лабораторные методы диагностики:

– рентгенологические методы исследования: ирригоскопия, фистулография, компьютерная томография (диагностика парастомальных грыж, свищей, стриктур, рецидива опухолевого процесса);

– УЗИ парастомальной области (диагностика парастомальных абсцессов, свищей);

– патоморфологические исследования (дифференциальная диагностика гипергрануляций слизистой, рецидива опухоли в стоме);

– микробиологические исследования раневого отделяемого (диагностика воспалительных осложнений).

При внешнем осмотре оценивают окраску кожных покровов, наличие и степень их повреждения. Устанавливают связь между появлением изменений в перистомальной области и воздействием различных факторов (протекание кишечного отделяемого под пластину, применение новых средств ухода за стомой, инфицирование кожи или волосяных фолликулов, наличие кожных болезней другой локализации). Для дифференциальной диагностики могут быть использованы патоморфологические и микробиологические исследования.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СТОМЫ

После выявления осложнений, связанных с наличием стомы, в зависимости от их типа (осложнения стомы, перистомальные кожные осложнения или сочетание осложнений) определяют показания к проведению хирургического или консервативного лечения

**Показаниями к хирургическом лечению в экстренном или срочном порядке** являются осложнения стомы, угрожающие жизни: эвентрация, кровотечение, глубокий некроз стомы, ретракция кишки ниже уровня апоневроза, высокие тонкокишечные свищи, абсцесс, флегмона в парастомальной области, острая кишечная непроходимость.

**В плановом порядке** хирургическому лечению подлежат осложнения, нарушающие нормальную функцию кишечника (стриктура, грыжа, пролапс) и осложнения, затрудняющие или делающие невозможным адекватный уход за стомой (ретракция, парастомальная грыжа, стриктура, пролапс). При определении показаний к оперативному лечению учитывают наличие или отсутствие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней и степень их компенсации. С учетом всех вышеперечисленных факторов избирают вид хирургического лечения:

* реконструкция стомы с оставлением ее на прежнем месте
* реконструкция стомы с перемещением на новое место
* устранение осложнения стомы в сочетании с реконструктивно-восстановительной операцией.

**Консервативное лечение осложнений стомы** предпринимается в случае невозможности проведения хирургической коррекции стомы из-за тяжелых сопутствующих заболеваний, рецидива основного заболевания. Этот вид лечения включает:

* этиопатогенетическое лечение
* индивидуальный подбор технических средств реабилитации
* использование дополнительных средств ухода за стомой
* коррекцию нарушений функции организма, кишечника

**ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ**46,47,48,49,50

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Лечение ранних осложнений**

***1. Кровотечение из кишечной стомы.***

Причины осложнения:

* выделение крови из краев кишки, подшитой к коже
* кровотечение из сосудов брыжейки при соскальзывании лигатуры

Способы остановки кровотечения:

а) консервативные: холод на область раны, гемостатические материалы;

б) хирургические: электрокоагуляция, прошивание кровоточащего участка, ререзекция петли кишки, несущей стому и повторное формирование стомы.

Возможные осложнения: некроз, сквозное прошивание стенки кишки с последующим развитием гнойно-воспалительных осложнений.

***2. Некроз стомы, нарушение кровообращения в кишечной стоме.***

Частота: 2,3 – 17,0%.

Причины осложнения:

* перевязка, травматизация, тромбоз краевого сосуда;
* венозный застой вследствие отёка кишки;
* недостаточная мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку;
* сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки, узкий канал в передней брюшной стенке);
* перекрут кишки, выводимой на переднюю брюшную стенку.

Лечение:

Если признаки нарушения кровообращения в выведенной на переднюю брюшную стенку кишке наблюдаются уже на операционном столе, необходимо выполнить повторное формирование кишечной стомы.

При нарушении кровообращения кишки на уровне кожи, возможно придерживаться консервативной тактики, тем более при общем тяжёлом состоянии пациента, принимая во внимание тот факт, что у больных данной категории вероятность развития ретракции и гнойно-воспалительных осложнений, а в отдалённых сроках – стриктуры стомы, достоверно увеличивается.

При распространении нарушения кровообращения вплоть до уровня апоневроза и проксимальнее, необходимо повторное хирургическое вмешательство, включающее ререзекцию сегмента кишки, несущего стому и повторное формирование кишечной стомы.

Профилактические мероприятия:

* адекватная оценка кровообращения в сегменте кишки, планируемом к выведению на переднюю брюшную стенку в качестве стомы;
* полная подготовка к выведению кишки на внутрибрюшном этапе, а не после выведения на переднюю брюшную стенку;
* участок кишки, освобождённый от брыжейки должен быть не более 5 см;
* при высокой перевязке нижней брыжеечной артерии необходимо сохранение восходящей ветви;
* при формировании петлевой превентивной стомы и совокупности неблагоприятных факторов отдать предпочтение илеостоме.

***3. Эвентрация кишечной стомы.***

Частота: редкое осложнение.

Лечение: экстренное хирургическое вмешательства с ушиванием дефекта передней брюшной стенки и повторным формированием кишечной стомы.

***4. Ретракция кишечной стомы.***

Ретракция стомы – расположение стенки кишки ниже уровня кожи, циркулярное или частичное.

Частота осложнения: 3-14% для колостом, 3-17% для илеостом. Достоверно чаще возникает у лиц с ожирением.

Факторы риска и причины развития осложнения:

* недостаточная длина сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку, и его натяжение
* нарушения кровообращения и некроз стомы
* плохое приживление кишки вследствие истощения, длительной гормональной терапии, химиотерапии и лучевого лечения
* неадекватная фиксация кишки к коже
* вскрытие парастомальной патологической полости (гнойник, гематома, серома).

Лечение:

При образовании частичного дефекта – консервативное лечение.

При достаточной подвижности стенки кишки возможно выполнить повторное подшивание кишки к коже передней брюшной стенки.

При ретракции кишки до уровня апоневроза и/или постепенном прогрессировании гнойно-воспалительного процесса, больному показано хирургическое лечение:

* ререзекция кишки, несущей стому и перенос стомы в другое место (транспозиция стомы)
* при невозможности и повышенном риске такого вмешательства – формирование проксимальной двуствольной стомы с целью выключения осложнённой стомы из пассажа.

Профилактические мероприятия:

* достаточная мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку. При необходимости выполняют мобилизацию левого или правого изгибов ободочной кишки
* при невозможности сформировать двуствольную стому без натяжения следует сформировать одноствольную стому с дополнительным рассечением брыжейки
* стома должна возвышаться над уровнем кожи приблизительно на 2,5 см. Если длина «кишечного столбика» менее 10 мм, то вероятность осложнений резко увеличивается (до 35%).

***5. Гнойно-воспалительные осложнения.***

Варианты осложнений: нагноение раны, расхождение кожно-кишечного шва (полное или частичное, поверхностное или глубокое), парастомальный абсцесс, парастомальная флегмона передней брюшной стенки.

Частота: 2-14,8%.

Лечение:

При поверхностной локализации осложнений – снятие швов и дренирование через слизисто-кожную рану с использованием абсорбирующих и альгинатных повязок, 2-х компонентных систем.

При локализации гнойно-воспалительного очага в тканях брюшной стенки до уровня апоневроза – пункция, вскрытие и дренирование через кожу передней брюшной стенки вне области фиксации калоприёмника.

При высокой вероятности перехода гнойно-воспалительного процесса в жизненно-опасные формы (сепсис, распространённая флегмона передней брюшной стенки, угроза прорыва гнойника в брюшную полость) – формирование проксимальной кишечной стомы или ликвидация осложнённой стомы, ререзекция кишки, несущей стомы с формированием новой стомы в иной анатомической области передней брюшной стенки.

Профилактика:

* минимальная травматизация выводимой на переднюю брюшную стенку кишки
* тщательный гемостаз и своевременная ликвидация гематом и сером в стомальной ране
* антибактериальная терапия и эффективное лечение основного заболевания.

 **Лечение поздних осложнений**

***1. Эвагинация (пролапс, выпадение) кишечной стомы.***

Определение: выворачивание кишки, несущей стому и отделов, располагающихся в брюшной полости, через стомальное отверстие.

Частота осложнения: 2-26%, в среднем для колостом – 11,8%, для илеостом – 11%.

Факторы риска и причины развития осложнения:

* ожирение
* повышенное внутрибрюшное давление
* избыточная длина выводимой на переднюю брюшную стенку кишки.

Показания к хирургическому лечению:

* развитие осложнений (нарушение кровообращения в кишке, нарушение кишечной проходимости)
* невозможность адекватного ухода за стомой.

Лечение:

Клинически значимая эвагинация, требующая хирургического лечения, в большинстве случаев сочетается с парастомальной грыжей, операции направлены на ликвидацию обоих осложнений. Резекцию несущей стому кишки выполняют при наличии выраженных изменений стенки.

При выраженных сопутствующих заболеваниях и невыраженной сопутсвующей парастомальной грыже показано выполнение ликвидации эвагинации стомы по типу операции Альтмайера: отсечение кишки на 1 см кнутри от слизисто-кожного рубца, резекция выпадающего сегмента кишки и формирование анастомоза ручным способом.

Профилактика:

Дополнительная фиксация брыжейки не снижает вероятность эвагинации кишечной стомы. Риск эвагинации и формирования парастомальной грыжи снижается при использовании синтетических сеток.

***2. Парастомальная грыжа.*** Частота: в зависимости от критериев оценки частота развития грыж при двуствольных колостомах составляет 0-30,8%, при двуствольных илеостомах – 0-6,2%, при концевых колостомах – 4-45%, при концевых илеостомах – 1,8-28,3%.

Факторы риска и причины развития осложнений:

Общие причины:

* возраст, ожирение
* приём стероидов
* парастомальные гнойно-воспалительные осложнения
* хронический кашель и другие факторы резкого повышения внутрибрюшного давления.

Технические причины:

* выведение кишки за пределами прямой мышцы живота
* избыточно широкое по отношению к ширине просвета кишки отверстие в передней брюшной стенке
* наложение кишечной стомы при операциях, выполняемых по экстренным показаниям
* формирование внутрибрюшной стомы.

Классификация парастомальных грыж:

* интерстициальные – грыжевой мешок располагается в пределах тканей передней брюшной стенки
* подкожные – грыжевой мешок располагается под кожей перистомальной области
* интрастомальные – грыжевой мешок достигает области слизисто-кожного рубца
* перистомальные – грыжевой мешок располагается в выпадающей части стомы.

Возможные осложнения парастомальных грыж:

* ущемление
* некроз, кровотечение
* кишечная непроходимость.

Показания к хирургическому лечению:

* развитие осложнений
* невозможность адекватного ухода за стомой и снижение качества жизни пациента.

Способы хирургического лечения:

* лапаротомия, перевод внутрибрюшной стомы в забрюшинную с пластикой дефекта передней брюшной стенки
* лапаротомия, транспозиция стомы с дополнительным укреплением новой стомы синтетическим материалом
* пластика синтетическим материалом (с расположением сетки над апоневрозом, под апоневрозом, пластика по Sugarbaker, применение 3D сетки).

Ликвидация грыжи местным доступом и пластика дефекта местными тканями, сопровождается крайне высоким риском рецидива (46-100%) и целесообразна при ликвидации осложнений на фоне выраженных сопутствующих заболеваний, существенно увеличивающих риск более обширных вмешательств.

***3. Стриктура кишечной стомы.***

Частота: 2-15%.

Факторы риска и причины возникновения:

* ретракция;
* неправильный выбор места для стомы;
* узкое отверстие на коже при формировании стомы;
* местные гнойно-воспалительные осложнения;
* травматизация при частых манипуляциях;
* пренебрежение формированием кожно-слизистого шва;
* рецидив заболевания (болезнь Крона, опухоль).

Лечение:

* при короткой стриктуре, достаточной длине мобилизуемой в пределах передней брюшной стенки кишки, несущей стому – реконструкция стомы местным доступом
* при протяжённой стриктуре, недостаточной длине кишки в тканях передней брюшной стенки, выраженном перистомальном рубцовом и/или воспалительном процессе – лапаротомия и транспозиция стомы.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖЕНИЙ СТОМ

***Ретракция стомы:***

* двухкомпонентная система с конвексными пластинами и поясом для дополнительной фиксации пластины
* паста герметик (в полосках) или адаптационное кольцо для выравнивания углубления + 1-компонентная система
* рекомендации по снижению веса
* обучение ирригации (при сигмостоме)

***Парастомальная грыжа***:

* переход на более гибкие калоприемники (однокомпонентные, двухкомпонентные с адгезивным фланцем)
* использование специального пояса или эластичного бандажа. Вырезание отверстия в бандаже в проекции стомы недопустимо из-за увеличения риска возникновения пролапса и парастомальной грыжи!
* прекращение ирригации.

***Пролапс (эвагинация ) стомы***:

* вправление кишки вручную (для уменьшения отека используется лед или сахарная пудра) в положении пациента лежа
* бандаж эластичный после вправления кишки, поверх калоприемника
* калоприемники с большим вырезаемым отверстием, большого объема, прозрачные мешки (для наблюдения за цветом стомы)

***Стриктура стомы***:

* бужирование (при полноценном инструктаже пациентов позволяет в 52-60% избежать операции)
* двухкомпонентные калоприемники (для удобного ежедневного доступа к стоме), реже однокомпонентные с закрытыми (недренируемыми) мешками
* расслабляющие средства (осмотические слабительные)

***Парастомальные свищи:***

* дренаж свища
* тотальное парентеральное питание для уменьшения отделяемого из свища
* паста-герметик, 2-х компонентная система, конвексная пластина (в случае пристеночного свища в области кожно-кишечного соединения)
* раневые (послеоперационные) мешки, позволяющие контролировать отхождение содержимого по свищу, при необходимости дренировать его, промывать
* защитная пленка для профилактики повреждения перистомальной кожи.

***Нагноение (несостоятельность кожно- слизистого шва):***

* тщательный осмотр: определение глубины раны и наличия раневой полости
* промывание и очищение раны антисептическими растворами
* открытый дренаж или влажное заживление (ранозаживляющий порошок, альгинатные повязки, гидроколлоидные повязки) + паста-герметик
* двухкомпонентные калоприемники.

**6. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИСТОМАЛЬНЫХ КОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Современные принципы лечения кожных повреждений в области стомы42,51,52,53.54.55.56:

* защита окружающей стому кожи обеспечивается адекватным использованием современных адгезивных калоприемников и средств ухода за кожей;
* «влажное заживление» поврежденной кожи достигается использованием калоприемников и перевязочных средств на гидроколлоидной основе;
* двухкомпонентные системы калоприемников, благодаря смене 1 раз в 3-5 дней, обеспечивают щадящий уход и оптимальный лечебный эффект при поражении кожи вокруг стомы;
* для эффективного лечения и профилактики кожных осложнений больной или его родственники должны быть хорошо обучены использованию средств ухода.

***Аллергический дерматит***

* замена на другую марку калоприемника
* двухкомпонентная система
* гидрокортизоновая мазь, эмульсия (аппликации), стероидный аэрозоль
* защитный крем
* защитная пленка
* оральные и местные антигистаминные средства.

***Контактный дерматит.***

* исключение механического повреждения кожи (аккуратное отклеивание калоприемника, щадящий, с помощью мягких материалов, уход за стомой);
* исключение химического воздействия на кожу (предотвращение протекания кишечного отделяемого за счет обеспечения герметичного прилегания пластины к коже вокруг стомы, обеспечение ухода за кожей с помощью нейтральных средств)
* использование двухкомпонентных калоприемников.

Применение в зависимости от степени повреждения кожи следующих средств:

* эритема — защитный крем, защитная пленка;
* мацерация, эрозия — ранозаживляющий, абсорбирующий порошок, для подсушивания кожи, возможно применение 0,5–1% раствора бриллиантовой зелени. При выраженном поражении рекомендуется 1–2-х кратное использование гидрокортизоновой мази, эмульсии;
* язва — ранозаживляющий порошок, паста, гидроколлоидная пластина
* регуляция стула (следует избегать неустойчивого стула, диареи).

***Фолликулит:***

* срезание волос на коже вокруг стомы, аккуратное отклеивание пластин (без выдергивания волосков), адекватный уход за кожей
* использование двухкомпонентных калоприемников
* использование местных антисептиков (0,5–1% раствор бриллиантовой зелени), при выраженных воспалительных явлениях рекомендуется пероральный прием антибиотиков
* коррекция общего состояния (иммуностимулирующая терапия, витаминотерапия).

***Гипергрануляции кожи:***

* Аккуратное вырезание отверстия в пластине, чтобы его края не травмировали слизистую и кожу вокруг стомы.
* Использование двухкомпонентных калоприемников.
* Удаление грануляций при выраженных симптомах (боль, кровотечение, протекание) прижиганием (ляписный карандаш, электрокоагуляция).
* Использование пасты-герметик поверх грануляций.

***Гангренозная пиодермия (***прогрессивный некроз кожи неизвестной этиологии наблюдается при язвенном колите и болезни Крона с равной частотой (1,5-5%):

* хирургическая обработка раны (пустулы, язвы) под местной анестезией
* локальное применение стероидных препаратов (обезжиренного состава) или иммунодепрессивных средств (такролимус, протопик) в сочетании с альгинатными повязками с серебром
* использование гидроколлоидных повязок
* 2-х компонентные системы калоприемников.

При неэффективности местного лечения в течение 2 –х недель используется комплексная лечебная терапия, включающая антибиотики, системные кортикостероиды и иммунодепрессанты. Биологическая терапия может быть полезной для улучшения заживления язв у пациентов, которые не отвечают или частично отвечают на предшествующую терапию. Перенос стомы в другое место применяют, если все другие варианты лечения были исчерпаны, и только у больных со стабильным течением заболевания или при частичной ремиссии.57,58,59

**Сочетанные осложнения кишечной стомы.** Тактику лечения выбирают в зависимости от преобладания осложнений самой стомы (хирургическое лечение) или кожных перистомальных изменений (консервативное лечение).

**ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

К техническим средствам реабилитации (ТСР), включенным в Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, относятся средства, используемые при нарушении функций выделения при противоестественных отверстиях — стомах (кало- и мочеприемники и вспомогательные принадлежности к ним).

Калоприемники — это устройства, фиксирующиеся на теле больного, предназначенные для сбора кишечного содержимого и устранения его агрессивного воздействия на кожу.

К калоприемникам предъявляется ряд требований: безопасность для кожных покровов, полная и надежная изоляция кишечного содержимого от внешней среды и элементов одежды пациента, герметичность, прочность прикрепления, а также незаметность под одеждой, простота использования.

**ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТСР ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

 КАЛОПРИЕМНИКИ

Все клеящиеся **(адгезивные) калоприемники** можно разделить на два основных вида — однокомпонентные и двухкомпонентные13.

Однокомпонентный калоприемник представляет собой стомный мешок со встроенной адгезивной (клеевой) пластиной.

Однокомпонентные калоприемники могут быть дренируемыми (открытыми) или недренируемыми (закрытыми). Однокомпонентные калоприемники (дренируемые) имеют конструкцию со специальным отверстием внизу мешка, закрывающимся зажимом, что позволяет опорожнять его по мере наполнения.

Двухкомпонентный калоприемник представляет собой комплект, состоящий из двух частей — адгезивной (клеевой) пластины и стомного мешка, он имеет специальное устройство для крепления мешка к пластине. Пластины и стомные мешки имеют специальные фланцы для соединения друг с другом. При подборе двухкомпонентной системы необходимо соответствие фланца мешка и фланца пластины. Производители предлагают различные системы фланцевых соединений: механическое (фланец мешка надевается на фланец пластины, или мешок крепится на фланце пластины с помощью фланцевого кольца-защелки) и адгезивное (фланец мешка приклеивается к фланцу пластины).

Современные клеящиеся калоприемники изготовлены из полимерных материалов. Адгезивные пластины имеют гипоаллергенную гидроколлоидную основу, которая предохраняет кожу, обладает защитными, заживляющими и адгезивными свойствами. Пластины могут иметь различную форму: круглую, овальную, квадратную, а также они могут быть плоскими и конвексными (вогнутыми).

Конвексные пластины имеют различную величину вогнутости. Эти пластины предназначены для пациентов с втянутыми стомами, стомами, находящимися между кожными складками или на уровне кожи.

Адгезивы пластин различны по своим функциональным характеристикам: адгезивы стандартные, для длительного ношения, для чувствительной кожи.

Стомные мешки изготавливаются из непрозрачного или прозрачного многослойного, не пропускающего запах биостабильного полиэтилена. Стомные мешки могут быть недренируемыми (закрытыми) или дренируемыми (открытыми).

Дренируемые калоприемники имеют специальное дренажное отверстие внизу мешка, дренажный конец мешка закрывается зажимом, что позволяет опорожнять мешок по мере его наполнения.

Недренируемые калоприемники должны быть обязательно оснащены фильтрами, которые не только нейтрализуют запах, но и позволяют удалить из мешка избыточный воздух, препятствуя надуванию мешка. Наличие фильтра в дренируемом мешке необязательно, так как избыток воздуха удаляется при дренировании мешка, кроме того, современные калоприемники отличаются высокой герметичностью и не пропускают запах.

Некоторые виды калоприемников имеют на пластине или мешке специальные крепления для пояса.

Наряду с калоприемниками на адгезивной основе используются калоприемники из пластмассы, крепящиеся к телу с помощью пояса. Однако они не обладают всеми вышеперечисленными свойствами и не дают возможности проводить полноценную реабилитацию стомированных пациентов.

Послеоперационные дренируемые универсальные стомные мешки, прозрачные, со встроенной адгезивной пластиной без окошка или с окошком для инспекции стомы, со сливным клапаном или с клеящимся гибким зажимом накладывают сразу после завершения операции по формированию стомы.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УХОДА ЗА СТОМОЙ.

Вспомогательные средства для ухода за стомой (паста, порошок, дезодоранты, поглотители запаха, уплотнительные кольца, стержни под двуствольную стому, ирригаторы, абсорбенты и др.) и средства ухода за кожей вокруг стомы (очистители, защитные пленки, кремы).

Очиститель для кожи вокруг стомы используется для обработки кожи вокруг стомы или фистулы, является эффективным средством, замещающим мыло и воду, растворители или другие агрессивные и высушивающие кожу вещества, которыми пользуются пациенты со стомами.

Защитная пленка для кожи вокруг стомы используется для защиты кожи от агрессивных выделений или от повреждений, вызываемых при удалении адгезива с кожи вокруг стомы. Пленка не растворяется в воде и обеспечивает защиту даже при купании.

Защитный крем для кожи вокруг стомы используется для защиты кожи от воздействия вредных выделений из стомы. Обладает водоотталкивающими свойствами, смягчает кожу, восстанавливает нормальный уровень pH кожи, предохраняет ее от повреждения.

Паста-герметик используется для защиты кожи вокруг стомы от возможного раздражения, так как, засыхая, паста образует долговременный влагонепроницаемый барьер, предотвращая затекание содержимого под пластину. Паста также используется для заполнения неровностей на коже вокруг стомы (рубцы, впадины и другие деформации), образуя тем самым плоскую поверхность для наложения пластины. Паста обеспечивает герметичное крепление калоприемника на коже, остается мягкой и гибкой, отделяется от кожи вместе с калоприемником при его замене, продлевает срок ношения калоприемника. Существуют варианты пасты в виде полоски, уплотняющих колец.

Абсорбирующий порошок используется для лечения мацерации и эрозирования кожи в перистомальной области, а также для лечения поверхностных ран при расхождении кожно-кишечного шва.

**ПОДБОР ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ**

Выбор модели калоприемника, дополнительных средств ухода за кожей вокруг стомы определяется индивидуально, с учетом места наложения стомы, ее типа и размера, наличия осложнений стомы, а также состояния кожи вокруг нее. Правильное использование продукции обеспечивает гарантированную надежность крепления к коже, максимально щадящее воздействие на нее, безболезненное удаление калоприемника, герметичность и незаметность для окружающих.60,

Алгоритм подбора технических средств реабилитации пациентов с кишечной стомой.

* Определить вид стомы.
* Оценить размер, конфигурацию, месторасположение стомы.
* Выявить наличие или отсутствие осложнений стомы, перистомальных кожных осложнений.
* Установить психофизические особенности пациента.
* Определить размер и тип калоприемника.
* Определить норму выдачи ТСР.

**СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ТСР**

Порядок обеспечения стомированных пациентов специальными средствами реабилитации регулируется законодательными актами, предусматривающими финансирование расходов на ТСР за счет региональных бюджетов. Пациенты с кишечной стомой - инвалиды по Российскому законодательству имеют право на льготное обеспечение средствами ухода и лекарствами.

На основании Федерального закона от 24.11.1995г. №181 «О социальной защите инвалидов в РФ» Государство гарантирует инвалидам получение необходимых технических средств реабилитации (ТСР), предусмотренных «Федеральным перечнем ТСР», утвержденным Правительством РФ. В этот перечень включены технические средства реабилитации при нарушении функций выделения (Пункт 21 Перечня).

Согласно классификации технических средств реабилитации, утвержденной Приказом МТСЗ № 214н от 24.05.13, п. 21, к специальным средствам при нарушении функции выделения относятся одно- и двухкомпонентные калоприемники и уроприемники, средства ухода за кожей вокруг стомы и аксессуары.

Нормы обеспечения (сроки пользования) вышеуказанными средствами

утверждены в Приказе МЗ РФ от 7.05.2007 № 321:

однокомпонентные дренируемые калоприемники – 30 шт. в месяц, однокомпонентные недренируемые калоприемники – 60 шт. в месяц, однокомпонентные уроприемники – 30 шт. в месяц; двухкомпонентные калоприемники и уроприемники: пластины – 10 шт. в месяц, дренируемые стомные мешки - 30 шт. в месяц, недренируемые стомные мешки - 60 шт. в месяц, уростомные мешки - 30 шт. в месяц.

Рекомендуемые нормы средств ухода за кожей: паста – 1 шт. в месяц, защитный крем - 1 шт. в месяц, порошок абсорбирующий - 1 шт. в месяц, очиститель - 1 шт. в месяц, защитная пленка – согласно рекомендации специалиста.

Обеспечение инвалидов техническими средствами осуществляется в соответствии с индивидуальными программами реабилитации инвалидов, разрабатываемыми федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы.

**Путь пациента для льготного получения ТСР.**

Необходимо:

1. Получить от лечащего врача Выписной эпикриз или справку с рекомендацией о необходимости использования нужного ТСР с указанием полного наименования (названия), размера, нужного количества в месяц.

2. Обратиться в поликлинику по месту жительства, чтобы пройти врачебную комиссию (ВК или КЭК) и получить **Направление на медико-социальную экспертизу** (МСЭ) по форме № 088/у. В **пункте 34** Направления должна быть вписана полученная ранее рекомендация лечащего врача или специалиста по уходу за стомой.

3. Обратиться с Направлением на МСЭ (форма 088/у) с рекомендацией в пункте 34 в филиал учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) для

а) оформления инвалидности и

б) разработки **«Индивидуальной программы реабилитации**» (ИПР).

4. С оформленной ИПР обратиться в отделение Фонда социального страхования (ФСС) или в Центр социального обслуживания при Департаменте социальной защиты (в зависимости от условий региона). Предъявить ИПР и написать **заявление** о необходимости обеспечения нужными ТСР (с указанием названия, размера, количества). Получить **направление** на бесплатное получение ТСР.

5. По направлению получить ТСР в соответствии с региональными условиями.

**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ**

Любая стома функционирует неуправляемо. Однако имеются некоторые мероприятия, позволяющие в определенной степени оказать влияние на работу стомы и сделать ее наиболее приемлемой. К их числу относится соблюдение диеты, применение некоторых лекарств, промывание (ирригация) кишки.

 РЕГУЛЯЦИЯ СТУЛА С ПОМОЩЬЮ ДИЕТЫ

Цель диеты заключается в выработке регулярного, самопроизвольного, по возможности менее частого стула. Если колостома наложена на левую половину толстой кишки, то обычно этой цели добиться нетрудно. При наличии илеостомы изменения частоты опорожнения кишечника добиться нельзя и поэтому необходимо стремиться к сгущению его содержимого.

С целью выработки правильного режима питания пациенту следует вести журнал, в который он записывает принятую им пищу, ее количество, когда и как часто происходило опорожнение кишки, качество стула, наличие газов, возможные боли после приема пищи, количество мочи. Обычно достаточно следить за приемом пищи на протяжении примерно одного месяца.

ИРРИГАЦИЯ — ОПОРОЖНЕНИЕ КИШЕЧНИКА С ПОМОЩЬЮ ПРОМЫВАНИЯ

 Ирригация используется при **сигмостоме, десцендостоме**

 **Противопоказания: дивертикулез, воспалительные заболевания**

 Необходимо использовать специальные наборы

 После промывания пациент остается без стула на протяжении 24-48 часов

 Пациент должен освоить ирригацию под руководством врача или медсестры

Проводить процедуру следует с предельной осторожностью, так как при введении наконечника в колостому он может перфорировать кишечную стенку.

Абсолютные противопоказания к применению ирригации: стриктура сигмостомы, парастомальная грыжа, грыжи передней брюшной стенки, дивертикулез ободочной кишки, воспалительные заболевания толстой кишки. Относительные медицинские противопоказания: диарея, нарушения зрения, моторики кисти, препятствующие безопасному проведению ирригации

Если больному наложена двухствольная колостома или проведена операция по типу Гартмана, то ежедневно необходимо промывать также и отключенные отделы, в которых накапливается сгущенная слизь и эпителий слизистой оболочки.