

ГБОУ ВПО ЧГМА
Кафедра госпитальной хирургии

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО
ВЕДЕНИЮ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С
КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ**

Руководители: врач-колопроктолог высшей категории Иванова Ольга Вольфрамковна

Ассистент кафедры Госпитальной хирургии ЧГМА, к.м.н.,
врач-хирург первой категории Крюкова Виктория Викторовна

Выполнила: клинический интерн Рой А.Ю.

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.



Одностольная
стома



Двустольная
петлевая стома



Двустольная
раздельная стома

Классификация

- По локализации на кишечнике:

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

- По методу формирования:

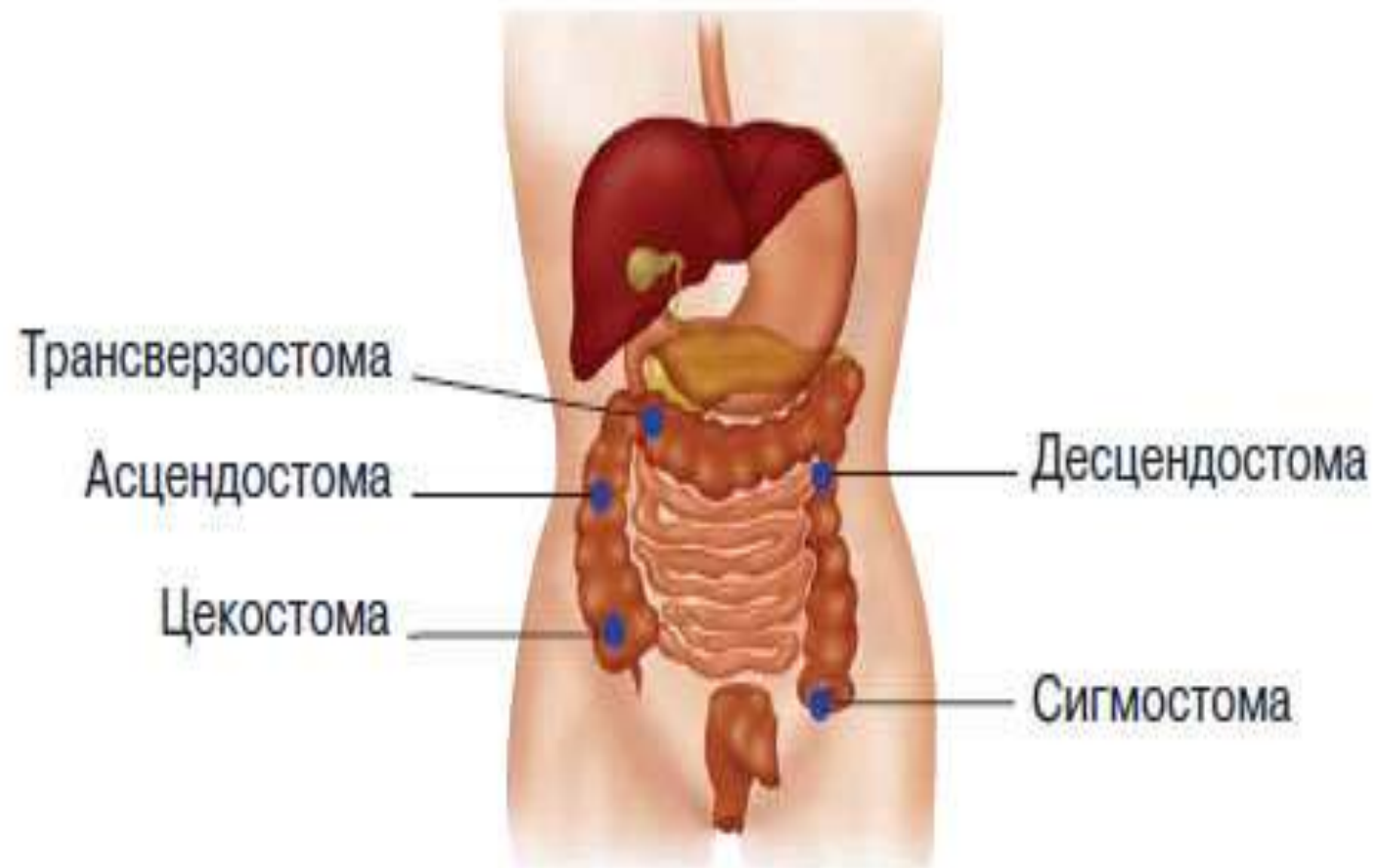
- Одноствольная
- Двуствольная: петлевая; раздельная.
- Краевая (пристеночная)

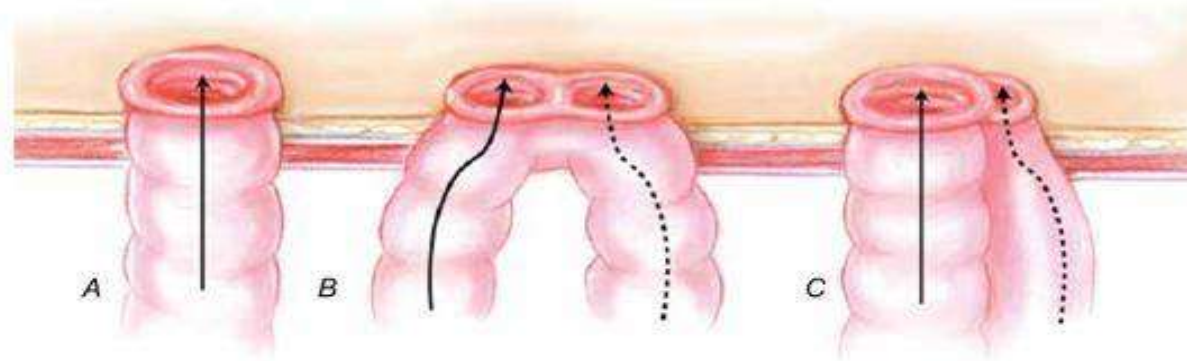
- По способу выведения на переднюю брюшную стенку

- Чрезбрюшная (внутрибрюшная)
- Забрюшинная

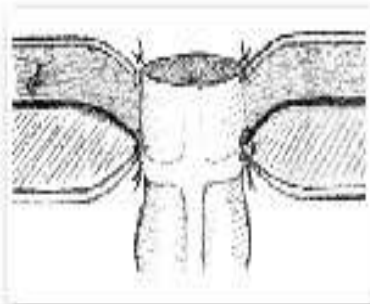
- По технике формирования:

- «Плоская»
- «Столбиком»





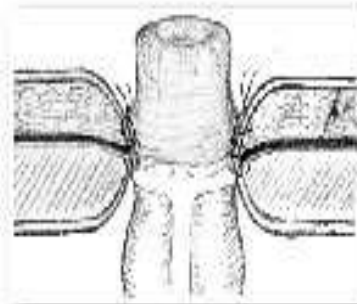
Типы колостом: Концевая одноствольная(А), Петлевая двуствольная(В),
Концевая двуствольная (С)



Плоская стома



Удачная стома



Стома "столбиком"

Классификация

- По прогнозу хирургической реабилитации:
-

Постоянная
Временная

- По месту наложения стомы на теле пациента:

Абдоминальная
Промежностная

- По наличию осложнений:

Осложнения стомы
Перистомальные кожные осложнения

Нормативные документы

- Приказ МЗ РФ №206-н от 2 апреля 2010 г. утверждено положение о кабинете реабилитации стомированных больных.
- Отраслевой стандарт ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие требования», от 1 октября 2007 г.
- ФЗ от 24.11.1995г. №181 «О социальной защите инвалидов в РФ».
- Приказом МТСЗ № 214н от 24.05.13, п. 21.
- Приказе МЗ РФ от 7.05.2007 № 321.

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
г) использование медикаментозных средств при лечении перистомальных кожных осложнений и для регуляции функции толстой кишки	лечащий врач, медицинская сестра по уходу за стомой
3) систематическая диспансеризация стомированных больных в сроки 3-6-12 мес. после операции	колопроктолог, медицинская сестра по уходу за стомой
4) хирургическая реабилитация пациентов с стомой, определение показаний	колопроктолог, оперирующий хирург
а) к ликвидации осложнений стомы	
б) к реконструктивно-восстановительному оперативному лечению	

Протоколы ведения больных

(ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ ГОСТ Р 52600-2006)

-
1. Оценка состояния пациента перед операцией с формированием кишечной стомы.
 2. Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту.
 3. Маркировка местоположения стомы перед операцией.
 4. Послеоперационная оценка пациента с кишечной стомой.
 5. Уход за пациентом с илеостомой, колостомой.
 6. Ирригация кишечника через стому.
 7. Подготовка к выписке из стационара.
 8. Обучение пациента со стомой.

- На основании Федерального закона от 24.11.1995г. №181 «О социальной защите инвалидов в РФ» Государство гарантирует инвалидам получение необходимых технических средств реабилитации.
- Приказом МТСЗ № 214н от 24.05.13, п. 21 утверждена классификации технических средств реабилитации.
- В Приказе МЗ РФ от 7.05.2007 № 321 утверждены нормы обеспечения (сроки пользования) вышеуказанными средствами.

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

(Приказом МТСЗ № 214н от 24.05.13, п. 21)

КАЛОПРИЕМНИКИ: - однокомпонентные (дренируемые, недренируемые).
- двухкомпонентные.

Двухкомпонентные состоят из: - адгезивной (клеевой) пластины;
- стомного мешка.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ УХОДА ЗА СТОМОЙ: Очиститель для кожи, защитная пленка для кожи, защитный крем для кожи, паста-герметик, абсорбирующий порошок.

Однокомпонентный



Дренируемый



Недренируемый

Двухкомпонентные



Клеевая пластина



Недренируемый мешок



Дренируемый мешок

Вспомогательные средства



Очиститель для кожи



Защитная пленка для кожи



Защитный крем



Паста-герметик

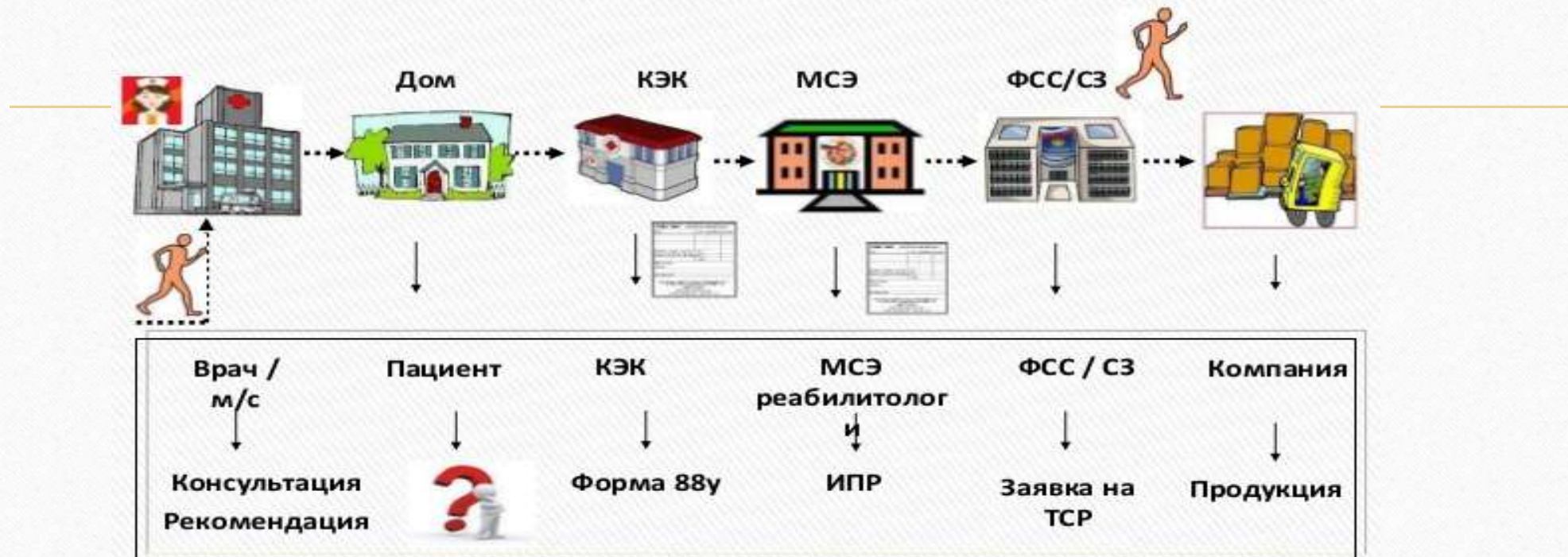


Адсорбирующий порошок

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 (Приказе МЗ РФ от 7.05.2007 № 321).

Путь пациента для обеспечения ТСР



ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ

- Кровотечение
- Некроз
- Эвентрацию
- Гнойно-воспалительные осложнения (несостоятельность кожно-кишечного швапарастомальный абсцесс, флегмону, ретракцию стомы)
- Пролапс
- парастомальные грыжи
- стеноз, свищи, гиперплазию слизистой кишки
- рецидив опухоли в области стомы.

Кровотечение

- Причины

Выделение крови из краев кишки, подшитой коже.

Кровотечение из сосудов брыжейки при соскальзывании лигатуры.

- Способы остановки:

консервативное

хирургическое

Некроз стомы

Причины:

- Перевязка, травматизация, тромбоз краевого сосуда
- Венозный застой вследствие отека кишки
- Недостаточная мобилизация сегмента кишки, выводимого на переднюю брюшную стенку.
- Сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки.
- Перекрут кишки на переднюю брюшную стенку.

Лечение – хирургическое.



Эвентрация

Выпадение внутренних органов из брюшной полости через дефект ее стенки.

Лечение – экстренное хирургическое вмешательство.



Ретракция

Расположение стенки кишки ниже уровня кожи, циркулярное или частичное.

Лечение – хирургическое:

- ☐ Повторное подшивание кишки к коже передней брюшной стенке.
- ☐ Резекция кишки, транспозиция стомы.
- ☐ Формирование проксимальной двуствольной стомы.

Консервативное:

- 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

Интерстициальные

Подкожные

Интрастомальные

Перистомальные

Лечение – Хирургическое:

Лапаротомия, перевод внутрибрюшной стомы в забрюшинную с пластикой дефекта передней брюшной стенки

Лапаротомия, транспозиция стомы с дополнительным укреплением новой стомы синтетический материалом.

Пластика синтетическим материалом.

Консервативное:

- 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.



Эвагинация

Показания к хирургическому лечению:

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

Хирургическое.

Консервативное:

- 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 ерстиком, большого объема, прозрачные мешки (для наблюдения за цветом стомы)



Стеноз

Факторы риска и причины возникновения:

Ретракция, неправильный выбор места для стомы

узкое отверстие на коже при формировании стомы

местные гнойно-воспалительные осложнения, при частых манипуляциях,

пренебрежение формированием кожно-слизистого шва, рецидив заболевания (болезнь Крона, опухоль).



Лечение хирургическое:

- 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.

Лечение консервативное:

- 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)

Перистомальные кожные осложнения



фолликулит



Контактный дерматит



ПЕРИСТОМАЛЬНЫЙ
ДЕРМАТИТ

У 4 из 10 пациентов имеются изменения кожи в области стомы*

Большинство пациентов (**80%**)
не обращаются к специалистам



* OstomySkinStudy

**Перистомальные кожные осложнения
следует диагностировать и лечить на ранней стадии,
чтобы предотвратить
долгосрочное, изнурительное и дорогостоящее лечение**

Контактный дерматит

- Эритема — защитный крем, защитная пленка
-
- Эрозии, мацерация, язвы — ранозаживляющие, абсорбирующий порошок.

Фолликулит

- Срезание волос вокруг стомы.
- Использование двухкомпонентных калоприемников.
- Местные антисептики.
- Коррекция общего состояния.

Гангренозная пиодермия

- Хирургическая обработка раны под местной анестезией.
- Локально – стероидные препараты.
- Использование гидроколлоидных повязок.
- Двухкомпонентные системы калоприемников.

Благодарим за внимание