

РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

С.Г. Горелик, докт. мед. наук, М.В. Дуганова

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: gorelik@bsu.edu.ru

Обсуждаются вопросы реабилитации и специализированного ухода за стомированными больными, рассмотрены основные аспекты их социализации и улучшения качества их жизни.

Ключевые слова: колостомы, илеостомы, уход за больными, реабилитация, качество жизни, социализация больных.



Одна из актуальных проблем здравоохранения – реабилитация стомированных больных. Медико-социальные проблемы стомированных больных связаны с наличием колостомы и эпистомы, что резко снижает качество жизни, ограничивает трудоспособность, часто приводит к инвалидизации [1]. Психологический дискомфорт, сопровождающий этих пациентов, приводит к их социальной изоляции. Поэтому большое значение придается вопросам восстановления непрерывности пищеварительного тракта и нормального акта мочеиспускания [2]. К сожалению, есть категория стомированных больных старших возрастных групп, у которых по медицинским показаниям восстановительные операции невозможны и которые в процессе реабилитации и ухода нуждаются не только в медицинском, но и в социальном и психологическом сопровождении. Так как основной целью реабилитации пациентов со стомами является повышение качества жизни и социальная адаптация, немалое значение приобретают вопросы ухода за такими больными [3, 4].

Реабилитация с основами ухода за больными с колостомами

Что необходимо знать о колостомах?

1. Стомы классифицируются в зависимости от отдела кишечника, выведенного на переднюю брюшную стенку. Если выводят толстую кишку, это – колостома, если тонкую – илеостома.

2. Стомированные пациенты не чувствуют позывов и не могут контролировать процесс опорожнения кишечника, так как колостома не имеет замыкательного аппарата.

3. Опорожнение кишечника при колостоме происходит в основном 2–3 раза в сутки. Стул – оформленный при выведении сигмостомы, при других видах колостом (цекостома, асцендостома, трансверзостома, десцендостома) – полуоформленный. Очень часто, почти постоянно, опорожнение кишечника происходит при выведении на переднюю брюшную стенку тонкой кишки (илеостоме); при этом кишечное отделяемое – жидкое и едкое.

4. Колостома лишена нервных окончаний, поэтому боль в колостоме не чувствуется. Если появляются болевые ощущения, жжение или зуд, это может быть связано с раздражением кожи вокруг стомы (перистомальный дерматит) или с усиленной перистальтикой кишечника.

5. Формирование стомы происходит в среднем за 4–6 нед. После операции стома имеет яркий красный цвет, отечна, немного кровоточит. Со временем отек спадает, стома уменьшается в размере, приобретает красно-розовую окраску.

Средства ухода за колостомами

В настоящее время используют средства ухода за стомой, имеющие клеевую основу: однокомпонентные и двухкомпонентные калоприемники, имеющие встроенные фильтры, которые автоматически эффективно нейтрализуют запах и обеспечивают удаление воздуха из мешка.

В раннем послеоперационном периоде и до момента формирования стомы предпочтительно использование однокомпонентных дренируемых калоприемников. В дальнейшем пациенты переходят на двухкомпонентные калоприемники. У пациентов со «втянутой» стомой применяются специальные конвексные пластины, состоящие из жест-

кого фланца и «ушек» для крепления пояса. Пояс применяют для более прочной фиксации калоприемника с целью предотвращения подтекания кишечного содержимого под калоприемник.

Правила установки и использования калоприемников

1. Перед установкой калоприемника кожу вокруг стомы тщательно очищают с помощью теплой воды с мылом. Можно использовать любые антисептики, исключая спирт, эфир и т.д. Просушивают кожу мягким полотенцем или салфеткой промокательными движениями. Если вокруг стомы имеются волосы, их аккуратно срезают ножницами, так как бритье опасно повреждением кожных покровов и развитием воспалительных процессов.

2. Для определения размера стомы используют специальный трафарет, при отсутствии трафарета стому измеряют.

3. Вокруг стомы для выравнивания кожи и лучшего приклеивания калоприемника наносят пасту «Колопласт» или «Абуцел».

4. Вырезают отверстие соответствующего размера по контуру, при этом отделяют переднюю и заднюю стенки калоприемника друг от друга.

5. Снимают с клеящей поверхности калоприемника защитную бумагу или пленку. Начиная снизу, аккуратно приклеивают калоприемник вокруг стомы. Предварительно дренажное отверстие закрывают зажимом.

6. Если больной ходит, калоприемник наклеивают дренажным отверстием вниз. У лежачих больных дренируемый конец калоприемника должен находиться сбоку.

7. Однокомпонентные недренируемые калоприемники меняют 2–3 раза в день. Пластины двухкомпонентных недренируемых калоприемников меняют 1–2 раза в неделю, а закрытые мешки – 2–3 раза в сутки. Однокомпонентные дренируемые калоприемники меняют не чаще 1 раза в день. Пластины двухкомпонентных дренируемых калоприемников меняют 1–2 раза в неделю, а дренируемые мешки регулярно опорожняют и меняют не чаще 1 раз в сутки.

8. Следует регулярно опорожнять открытые мешки при заполнении их каловыми массами на 1/3 объема мешка, не допуская их переполнения. Однокомпонентные дренируемые (открытые) калоприемники опорожняют, не отклеивая от кожи. Для опорожнения дренируемого мешка его направляют в унитаз, открывают дренажное отверстие, опорожняют его, дренажный конец мешка тщательно протирают и закрывают.

9. Кожа вокруг стомы должна быть неповрежденной, чистой и сухой. Это возможно при правильном регулярном уходе за кожей, использовании калоприемников, применении пасты для

выравнивания кожи, регулярном опорожнении калоприемника, применении трафарета для вырезания оптимального отверстия под стому, соответствующего форме и размеру стомы, что предотвращает протекание кишечного содержимого под пластину.

10. При появлении признаков перистомального дерматита использование калоприемников становится проблематичным из-за невозможности плотного приклеивания их к коже и вследствие этого – протекания кишечного содержимого под пластину. При перистомальном дерматите для предупреждения соприкосновения кожи с кишечным отделяемым вокруг отверстия стомы накладываются мази, присыпки, пасты и др. (например, паста Лассара, цинковая паста или мазь, БФ-2, БФ-6, силиконовые пленки).

11. При невозможности использования калоприемников эффективны кустарно изготовленные калоприемники из плотного целофанового пакета. Для этого в задней стенке пакета делается отверстие по размерам энтеро- или колостомы, куда выводится стома для оттекания кишечного содержимого. Целофановый пакет фиксируется к коже лейкопластырем. Эти методы применяются до стихания воспалительных процессов.

Важные вопросы социализации пациентов

1. Основные принципы рационального питания стомированных больных:

- принимать пищу 3–4 раза в день в одно и то же время;
- в первые месяцы после операции необходимо воздерживаться от пищи, содержащей клетчатку;
- за 1 сут необходимо потреблять не менее 1,5–2 л жидкости;
- воздерживаться от употребления жирных продуктов, копченостей, острой и маринованной пищи.

2. Калоприемники лучше менять утром до завтрака или вечером перед сном.

3. Стома не может вызывать болевых и других неприятных ощущений, так как она не имеет нервных окончаний.

4. Современные средства по уходу за стомой (калоприемники) оснащены встроенными угольными фильтрами, предотвращающими неприятный запах; они сделаны из нетканых материалов, которые не шуршат при ходьбе и незаметны под любой одеждой. Благодаря незаметности современных калоприемников больные могут носить привычную одежду и окружающие могут никогда и не узнать, что у пациента выведена стома. Рассказывать или нет о наличии стомы, решает сам пациент.

5. Активная жизнь людей со стомой не ограничена. На случай непредвиденных ситуаций с собой всегда следует иметь запасные калоприемники. Стомированные больные могут заниматься аэробикой, плаванием, играть в теннис, можно посещать бассейн или ходить на пляж: женщины – в закрытом купальнике, мужчины – в широких шортах. Не рекомендуются любые виды борьбы: самбо, дзюдо и т.д.

Реабилитация с основами ухода за больными с эпицистостомами [4]

Что необходимо знать о эпицистостомах?

1. Эпицистостома устанавливается в мочевой пузырь через переднюю брюшную стенку в месте, где он не покрыт брюшиной. Поэтому к брюшной полости данный дренаж не имеет отношения.

2. Катетер Фолея удерживается в мочевом пузыре с помощью специального баллона, расположенного на конце катетера и заполненного жидкостью. Катетер Пецдера удерживается благодаря форме головки. Катетер Нелатона необходимо фиксировать к коже либо лейкопластырем, либо швами на коже.

3. Эпицистостома не создает каких-либо ограничений в движении.

Уход за больными с эпицистостомой

Самое важное в уходе за эпицистостомой – соблюдение чистоты.

1. До и после соприкосновения с катетером или мешком-мочеприемником необходимо тщательно мыть руки теплой водой с мылом.

2. Следует избегать прикасания к внутренним поверхностям катетера, а также к деталям, соединяющим катетер с мешком-мочеприемником, и к пробке мочеприемника.

3. Место вхождения катетера в нижней части следует содержать в чистоте. Кожу вокруг эпицистостомы не реже 2 раз в сутки промывают теплой кипяченой водой или раствором антисептика и просушивают с помощью салфеток. Если нет выделений и кожа вокруг катетера без признаков воспаления, повязку и пластырь можно не использовать.

4. Ежедневно проверяют, нет ли каких-либо выделений из места вхождения катетера. Если они обнаружатся, на кожу вокруг эпицистостомы наносят цинковую пасту или мазь, пасту Лассара, Стомагезив и т.д. После впитывания остатки мази удаляют с помощью салфеток, место вхождения катетера прикрывают стерильной повязкой.

5. Больные могут принимать душ. Перед посещением душа повязку снимают; после душа до наложения повязки минут на 10 рекомендуется оставить кожу вокруг катетера незакрытой для принятия «воздушной ванны». Следует избегать посещения сауны, а также купания в ванне.

6. Смена катетера производится врачом не реже 1 раза в месяц.

7. Пациент нуждается в регулярном, не реже 2 раз в неделю, промывании мочевого пузыря. Но при соблюдении адекватного питьевого режима (не менее 1,5–2,5 л в зависимости от массы тела больного) промывания мочевого пузыря не требуется.

Как правильно обращаться с мешком-мочеприемником?

1. Подсоединяя катетер к мешку-мочеприемнику, надо закрепить последний так, чтобы катетер не вытягивался, и ни катетер, ни мешок-мочеприемник не перегибались вдвойне.

2. При ходьбе и стоянии необходимо следить за тем, чтобы мешок-мочеприемник был закреплен ниже мочевого пузыря. Если пациент лежит, мешок-мочеприемник должен быть ниже поверхности тела (например, сбоку кровати), но не на полу. Это обеспечивает беспрепятственное отхождение мочи в мешок и не позволяет моче попасть из мочеприемника обратно в мочевую пузырь.

3. Лучше использовать мешок-мочеприемник, который можно опорожнять через находящийся на дне мешка вентиль (пробку).

4. Мешок-мочеприемник следует менять не менее 1 раза в 5 дней (6 раз в месяц), при необходимости (например, при повреждении мешка или засорениях) – чаще.

Таким образом, при своевременном получении специализированной реабилитационной помощи большинство пациентов со стомой возвращаются к привычному образу жизни, работе, активному отдыху, занятиям спортом. Следовательно, жизнь со стомой также может быть счастливой, полной и яркой!

Литература

1. Пузин С.Н., Модестов А.А., Подкорытов А.В. Медико-социальная реабилитация лиц пожилого и старческого возраста: учеб. пособие. М.: Медицина, 2007; 232.
2. Дарвин В.В., Ильканич А.Я., Васильев В.В. Профилактика осложнений при хирургической реабилитации больных с колостомой. I Международная конференция по торако-абдоминальной хирургии. М., 2008; 20.
3. Сигида Е.А., Лукьянова И.Е., Суханов В.Г. Проблемы реабилитации: социальный и медицинский аспекты. Теория и технологии социальной работы. 2011; 3: 17–21.
4. Горелик С.Г. Прощаев К.И. Роль социальных работников в реабилитации пожилых и старых больных. Третий съезд геронтологов и гериатров России (сборник тезисов докладов, 24–26 октября 2012 г.). Новосибирск, 77–8.
5. Колпакова Н.А., Горелик С.Г., Булынин В.В., Белоусов П.Н., Бобров К.Е. Недержание мочи (памятка для пациентов). Белгород: ПринтМастер, 2015; 50.

REHABILITATION OF STOMY PATIENTS
Associate Professor S.G. Gorelik, MD; M.V. Duganova
Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper discusses the issues of rehabilitation and specialized care for stomy patients. It also considers the basic aspects of socialization and improvement of quality of life in stomy patients.

Key words: colostomies, ileostomies, patient care, rehabilitation, quality of life, patient socialization.