

# РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТУ СО СТОМОЙ

**Захарова Полина Александровна,**  
врач-гастроэнтеролог, онколог

**Скопина Диана Юрьевна,**  
старший стоматерапевт, старшая медицинская сестра отделения  
медицинской реабилитации (с центром реабилитации  
стоматированных пациентов) ГБУЗ «СПб ГКОД», Санкт-Петербург

## Понятие стомы, ее виды

Стома (в переводе с греческого — устье, начало) формируется на передней брюшной стенке в результате оперативного вмешательства на кишечнике или мочевого пузыря. После выписки из больницы пациенты со стомой часто задают вопросы, к какому врачу обратиться за помощью. В подобной ситуации оказывались тысячи людей: на сегодняшний день в одном только Санкт-Петербурге их более семи тысяч. Вопросов у пациентов возникает очень много.

Стома является окончанием действующей части кишечника (колостомы) или мочевыводящей системы (уростомы). Образована стома самой нежной и легкоранимой тканью человеческого организма — слизистой оболочкой. Стома является не болезнью, а лишь следствием перенесенной операции. Анатомический пищеварительный тракт остался прежним, и процесс пищеварения такой же, как был. Для пациентов с уростомой также следует отметить, что процесс образования мочи не изменился, как и работа почек.

## Изменения, произошедшие в организме с появлением стомы

Во-первых, изменилось место расположения заднего прохода или мочеиспускательного канала — теперь он расположен выше. При этом место выхода стомы можно спрятать под одеждой.

Во-вторых, исчезла возможность регулировать деятельность кишечника или мочевыводящей системы. Для решения этой проблемы созданы калоприемники, урочищники и мочеприемники, которыми пациент может быть обеспечен при посещении отделения реабилитации.

Многие пациенты со стомой могут продолжать вести привычный образ жизни: работать, заниматься спортом, воспитывать детей и даже рожать. Некоторые очень известные люди тоже жили со стомой. Например, маршал Жуков, Рональд Рейган, актриса Богданова-Чеснокова, Леонид Утесов, Борис Ельцин, Федор Шалапин. Среди известных людей современности тоже немало стомированных пациентов. По этическим соображениям мы не будем называть их фамилии.

## Уход за стомой

Уход за стомой должен быть крайне бережным. Рекомендуется обмывать кожу вокруг стомы теплой водой с мылом (мыло может быть любое, лучше хозяйственное, детское или специальный очиститель), а для урологических пациентов лучше использовать подкисленную воду (1 ст. л. 9% уксуса на 1 л воды). Попадание воды с мылом на стому не представляет опасности.

Затем необходимо высушить кожу легкими промокающими движениями, используя любую впитывающую мягкую ткань, салфетки, туалетную бумагу. Чтобы как можно меньше травмировать стому, можно использовать фен (струя воздуха должна быть теплой). При мытье может появляться кровь — это совершенно нормальное явление. Слизистая оболочка даже от контакта с воздухом может кровоточить. Поэтому не стоит пользоваться грубой туалетной бумагой, марлей, газетой, ватой.

Следующим этапом необходимо максимально защитить кожу, так как она не предназначена для контакта с каловыми массами и мочой. Часто выделения бывают достаточно агрессивными и могут вызывать сильное раздражение, контактируя с кожей вокруг стомы.

Что же делать при появлении покраснений на коже, зуда или иногда даже боли? Наиболее часто раздражение возникает в том случае, если кожа вокруг стомы недостаточно хорошо прилегает к коже, и кишечное содержимое попадает под нее, вызывая зуд и мацерацию (покраснение, мокнувшая поверхность кожи).

Кожа, в отличие от слизистой оболочки, не предназначена для контакта с каловыми массами. Однако иногда пациенты вырезают слишком большое отверстие в калоприемнике, и небольшой участок кожи остается незащищенным. В таких случаях рекомендуется несколько дней не пользоваться калоприемником, кожу вокруг стомы обильно смазывать вазелиновым маслом, а саму стому лучше всего смазывать вазелином или каким-нибудь жирным кремом. После того как прошло раздражение, можно снова пользоваться калоприемником, но перед наклеиванием следует тщательно отмыть кожу от цинковой пасты и хорошо обезжирить ее с помощью воды и мыла. Следует помнить, что калоприемник надо промывать не более чем на одну третью часть, а желательнее только кончик (выпуск мешка). Все, что происходит внутри калоприемника (при правильно вырезанном отверстии, конечно), никак не влияет на слизистую оболочку кишки — это ее нормальная среда обитания.

Раздражение кожи может возникнуть и в результате хирургического осложнения (например, такого как ретракция — втянутая или воронкообразная стома). В таком случае поражение кожи носит хронический характер, и потому пациентам рекомендован более тщательный уход и постоянный контроль за состоянием кожи в области стомы, также целесообразно применение различных дополнительных средств по уходу за стомой (пасты, защитные пленки, защитные кремы, уплотнительные кольца). Причиной раздражения кожи вокруг стомы может быть и использование калоприемников с клеевым слоем низкого качества.

Грибковые поражения кожи (микозы) могут появиться у пациентов во время приема антибиотиков, различными химиотерапевтическими и другими препаратами. Лечение этого осложнения требует участия врача-дерматолога.

Есть еще один вид раздражения, который существенно отличается от всех других, — это непереносимость клеевого слоя или аллергическая реакция на клеевой слой. Покраснение в таком случае имеет четкие границы, повторяющие контуры клеевого слоя. Покраснение такого рода может вызвать сыпь не только вокруг стомы, но и по всему животу (в редких случаях и по всему телу). Обычно бывает достаточно сменить клеевую слюй, и гиперемия (покраснение) вокруг стомы исчезает. Однако нередко требуется помощь других специалистов (аллерголог, дерматолог), которые назначат общее лечение.

Аллергическую реакцию может вызвать непереносимость и сам калоприемник, а точнее материал, из которого он сделан (полиэтилен). Чтобы избежать этого осложнения, достаточно сшить матерчатый чехол на калоприемник, который будет прилегать к коже вместо полиэтиленового мешка.

## Особенности питания пациентов со стомой

Большинству пациентов рекомендуется вернуться к тому же режиму питания, что был до операции. Само наличие стомы не предусматривает соблюдение диеты. Можно попробовать все продукты в небольших количествах и наблюдать, как на них реагирует кишечник. Если что-то вызывает запор или понос, вздутие живота и дискомфорт, следует на время отказаться от этих продуктов. Позже можно попробовать их снова.

Не рекомендуется употреблять в пищу продукты, вызывающие повышенное газообразование (горох, квашеную капусту, газированные напитки). Но строгого запрета на употребление данных продуктов нет, вероятно, придется чаще выпускать воздух из мешка, если в нем нет фильтра. Снизить газообразование поможет употребление в пищу укропа, петрушки, йогуртов, также можно после еды принять 2–3 таблетки активированного угля.

Для всех, а особенно для урологических пациентов, очень важно соблюдать питьевой режим, то есть пить не меньше двух литров чистой воды. В питании ограничений нет, за исключением пациентов у которых имеется какая-либо сопутствующая патология ЖКТ или почек.

## Опорожнение кишечника

Необходимо задаться тем, чтобы кишечник регулярно опорожнялся. Внешний вид стула будет зависеть от того, на каком уровне установленна стома. При установленной сигмостоме стул должен быть ежедневным, мягким, пастообразным. При стоме, установленной на уровне верхних отделов толстого кишечника (транверзостомы) или тонкого кишечника (илеостомы), оформленный стул бывает крайне редко, как правило он будет жидким или кашицеобразным.

Примерно через полгода у половины пациентов вырабатывается относительная ритмичность работы кишечника. Опорожнение кишечника происходит ежедневно, чаще утром. Для этого необходимо соблюдать режим — питаться регулярно, дробно, небольшими порциями не менее 3–4 раз в сутки.

При склонности к поносам нужно отдавать предпочтение продуктам, оказывающим закрепляющий эффект (рис, отварной картофель, сваренные вкрутую яйца, отварная говядина, кукуруза, различные сладости, шоколад, бананы, сухарики, белый хлеб и т. д.). Необходимо снизить количество потребляемых жиров. Вся пища следует употреблять в хорошо подогретом виде.

Если же имеется склонность к запорам, можно позволить себе жирную пищу с добавлением растительного и сливочного масла. Не следует употреблять пищу в горячем виде. В рационе должно быть как можно больше продуктов, оказывающих послабляющий эффект (сырые фрукты и овощи, слизистые каши, отварная свекла, чернослив, инжир, кисломолочные продукты). Рекомендуется небольшими порциями пить воду и/или соки в течение всего дня (в промежутках между приемами пищи).

Независимо от того, как работает кишечник, необходимо ввести в рацион пшеничные или овсяные отруби. Можно добавлять их во всю готовую пищу и употреблять, не давая разбухать в тарелке. Норма — около одного стакана отрубей в сутки.

## Общие рекомендации пациенту со стомой

Нельзя поднимать больше 3–4 килограммов.

При кашле и чихании следует придерживать область стомы рукой.

Необходимо носить бандаж из вафельного полотна. Практически всем пациентам, перенесшим операции на брюшной полости, врачи рекомендуют носить бандаж, чтобы избежать послеоперационных осложнений. В наше время существует великое множество бандажей. Их можно купить в аптеке или заказать. Все они сделаны из эластичных материалов, некоторые из них имеют жесткие элементы (пациентам, имеющим стому, они не подходят). Людям, перенесшим операцию, которая закончилась выведением кишки на переднюю брюшную стенку, подходит единственный вид бандажа — тот, который они сделают сами, своими руками. Необходимо взять вафельное полотно (бандаж делается в один слой). Ширина должна быть от паховой складки до реберной дуги. Длина примерно 1,5 метра. По краю пришиваются обычные бельевые крючки (примерно 7 штук). Петли ни в коем случае не пришиваются. Отверстие под калоприемник не вырезается. Надевается бандаж только лежа! Крючки втыкаются непосредственно в само полотно. Пациенту необходимо лечь и плотно обернуться полотном. При дыхании мышцы живота приходят в движение, полотно начинает немного разъезжаться, затем останавливается. Место, куда пришелся каждый крючок, следует зафиксировать. Единственным исключением является самый последний крючок, который находится в области паха, — его можно застегнуть немного потуже. Когда человек принимает вертикальное положение, живот немного выпячивается вперед, и полотно начинает его придерживать, а не в коем случае не сдавливать.

Пациентам, у которых установлена колостомы (сигмостома, трансверзостомы), необходимо проводить бужирование колостомы от одного раза в три дня до одного раза в неделю. Бужирование — это механическое расширение и растягивание отверстия стомы, которое пациент может проводить самостоятельно, так и с помощью родственников (либо специалистов стационара).

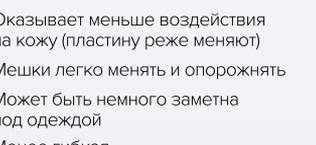
Техника бужирования очень проста. На кисть руки надевается тонкая медицинская резиновая перчатка, продающаяся в любой аптеке. Один из пальцев (начиная можно с мизинца) обильно смазывается вазелином и вводится в стому на глубину 3–4 см, при этом производятся вращательные движения, а также движения вверх-вниз. Продолжительность и частота проведения процедуры зависят от состояния стомы.

Чтобы проконсультироваться по поводу выполнения бужирования, целесообразно обратиться за консультацией к стоматерапевту центра реабилитации. Целевое бужирование, не являясь сложной процедурой, часто вызывает у пациентов психологический страх, вследствие опасений повредить кишку. Этот страх понятен, поэтому первое бужирование необходимо проводить под контролем опытного специалиста. Стоматерапевт в доступной форме объяснит обоснованность этих страхов.

Слизистая оболочка стомы не имеет нервных окончаний, следовательно, с ее стороны болевых ощущений пациент испытывать не может. Если же стома заросла настолько, что растягивается болезненно и с трудом, то это повод к оперативному вмешательству (реконструкция стомы). Не стоит также опасаться появления небольшого кровотечения в процессе бужирования. Это нормальная реакция слизистой оболочки на травму, и она не является противопоказанием к проведению данной процедуры. Более того, это говорит о том, что пациент не халтурит, а совершенно верно проводит бужирование. Еще раз хочется обратить внимание на то, что палец должен входить беспрепятственно и относительно безболезненно. Если палец вводится с трудом, эту процедуру следует проводить чаще (вплоть до ежедневного проведения). В том же случае, если палец (даже мизинец) в стому ввести не удается, следует срочно обратиться к стоматерапевту (либо хирургу).

## Калоприемники

На сегодняшний день калоприемники можно разделить на две большие группы: однокомпонентные и двухкомпонентные системы.



### За и против при выборе 1- или 2-компонентной системы:

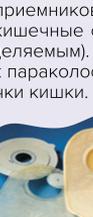
#### 1-компонентная система

- + Очень гибкая и удобная
- + Не стесняет движений
- + Незаметна под одеждой
- Оказывает большее воздействие на кожу
- Более дорогая в использовании (смена мешков чаще)

#### 2-компонентная система

- + Длительное время ношения
- + Менее дорогая в использовании
- + Оказывает меньше воздействия на кожу (пластину реже меняют)
- + Мешки легко менять и опорожнять
- Может быть немного заметна под одеждой
- Менее гибкая

Однокомпонентная система представляет собой мешок с встроенной пластиной. В этом случае пластина встроена непосредственно в сам мешок, образуя единое изделие. Система является универсальной и наиболее часто используемой в обиходе.



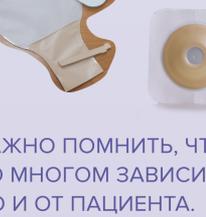
Однокомпонентные системы делятся на два вида: открытые и закрытые. Открытый тип калоприемника не требует частой смены, опорожняется пациентом и может использоваться (в зависимости от модели) до 3 суток. Преимущественно такой тип калоприемника подходит для пациентов с жидким каловым отделяемым, требующим неоднократного опорожнения в течение дня. У таких пациентов частая смена калоприемника может приводить к мацерации кожных покровов перистомальной области. Таким образом, для пациентов с тонкокишечными стомами и высокими толстокишечными стомами, опорожняемый калоприемник является оптимальным выбором.

Закрытый тип калоприемника представляет собой неопорожняемый мешок (закрытый, недрипаемый), сменяемый при наполнении.

Закрытые системы имеют несколько особенностей. Первая — это частая смена калоприемника в течение дня (при наполнении). Вторая — необходимость использования такого типа калоприемников являются высокие толстокишечные стомы, тонкокишечные стомы (в связи с частым и обильным кишечным отделяемым). Вторая — наличие поздних осложнений, таких как паракалостомическая грыжа и выпадение слизистой оболочки кишки.



Двухкомпонентные системы представляют собой пластины и мешок, отдельно крепящийся к пластине. Крепление представляет собой два кольца, встроенных в пластины и мешок. Такой тип калоприемников больше подходит для пациентов, ведущих активный образ жизни, не имеющих осложнений и способных к полноценному самостоятельному обслуживанию.



Мешки у двухкомпонентных систем также могут быть открытыми и закрытыми.



Преимущество двухкомпонентных открытых систем — быстрая смена мешка без гигиенического ухода и мытья, без смены пластины и, соответственно, без дополнительной травматизации кожи перистомальной области. Использование двухкомпонентных систем противопоказано при наличии паракалостомической грыжи и выпадении слизистой оболочки кишки.