

The background features a teal-to-blue gradient with various circular and semi-circular patterns. A prominent scale on the left side ranges from 140 to 260 in increments of 10. Several circular elements, some with arrows, are scattered across the scene, suggesting a technical or scientific theme.

# КОЛОСТОМА

Показания для наложения.

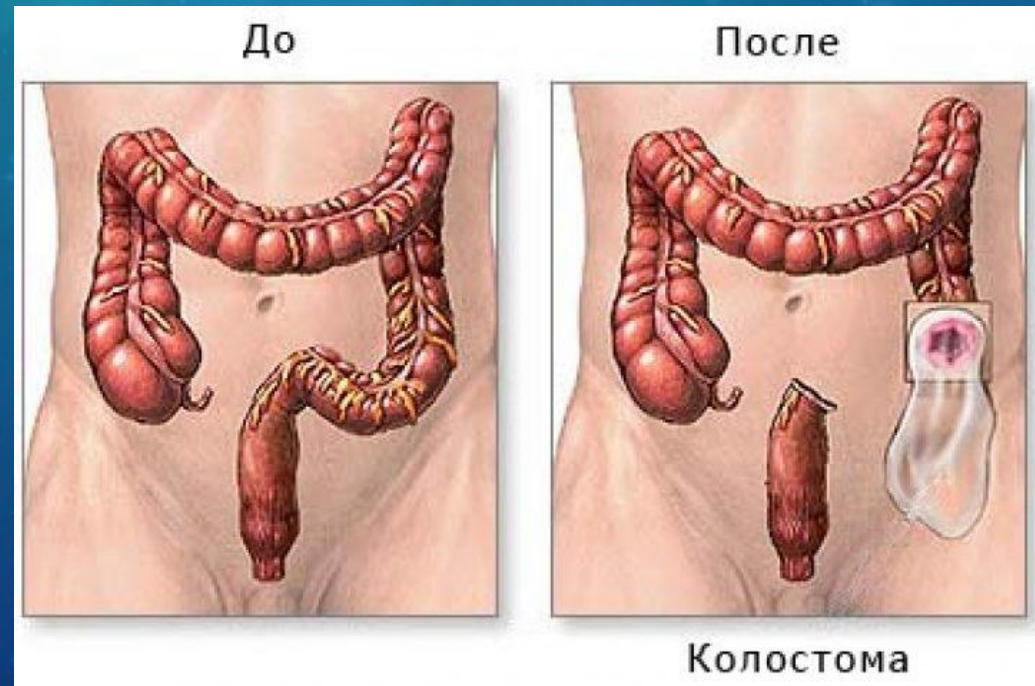
Проблемы пациентов.

Уход за колостомой.

Колостома – выведение окончания толстого кишечника на поверхность стенки живота. Процедура проводится в случае, когда необходимо обеспечить удаление газов и каловых масс в обход ануса. Этот приём заключается в перемещении конечного отдела трубки кишечника с целью обхода патологической зоны или места проведения хирургического вмешательства. Таким образом, колостомиа – важная составляющая лечения ряда заболеваний.

Параметры формируемого на брюшной стенке отверстия – размеры, расположение, форма – у разных пациентов отличаются. Колостома может быть временной (закрывается в процессе восстановительной операции) или постоянной.

Важно понимать, что удаление даже большого участка толстого кишечника не оказывает принципиального влияния на пищеварение. Речь идёт только об изменении процесса выведения кала и газов.





# Разновидности колостом

## Временная колостома

Формируется для ограничения прохождения кишечного содержимого по кишке, при необходимости исключения воздействия каловых масс на зону анастомоза – хирургически сформированного соединения между двумя концами кишки. Или в том случае, если не удастся добиться хорошей подготовки кишки к операции (при нарушении кишечной проходимости из-за опухоли или спаек). Также формирование временной колостомы может потребоваться при этапном хирургическом лечении пациентов с болезнью Крона, семейным аденоматозном полипозе, когда на первом этапе выполняется удаление всей ободочной кишки или всей ободочной кишки вместе с прямой кишкой с формированием J-образного резервуара, при недержании (анальной инконтиненции) тяжелой степени.

Хирургическое лечение осложненных форм острого дивертикулита (операция Гартмана или операции по типу Гартмана) заканчивается формированием концевой сигмостомы. В последующем, при отсутствии противопоказаний, возможно проведение реконструктивно-восстановительной операции, при которой стому удаляют, а проходимость кишечника восстанавливают.

При низкой резекции прямой кишки, создание защитной (превентивной) стомы также носит временный характер. В определенные сроки, после проведения проктографии – метода исследования, подтверждающего состоятельность анастомоза, стому ликвидируют.

## Постоянная стома

Постоянную стому чаще всего формируют у пациентов с колоректальным раком при невозможности выполнения радикальной операции - для устранения или предотвращения кишечной непроходимости.

При радикальном хирургическом лечении рака прямой кишки и рака анального канала с распространением опухолевого процесса на сфинктерный аппарат прямой кишки (анальные сфинктеры) – выполняют удаление сфинктерного аппарата вместе с опухолью. В данной ситуации хирург формирует концевую постоянную стому на передней брюшной стенке, которая и является новым естественным задним проходом (*anus praeternaturalis* – лат.).

Будет ли стома временной или постоянной, во многом зависит от основного заболевания, а также от многих других факторов: возраста человека, сопутствующих заболеваний, осложнений после операции, анатомических особенностей пациента.

# Локолизация колостомы

Конкретную локализацию колостомы определяет хирург с учетом клинической ситуации, анатомических особенностей пациента. Кроме того, обязательно берется в расчет состояние наружных покровов и брюшной стенки — шрамы и рубцы значительно осложняют установку калоприемника.

Колостомы:

- **Асцендостома**, цекостома располагается в правой подвздошной области или правом мезогастрiiи, формируется из восходящей, слепой кишки. Кишечные выделения близки по своему составу к тонкокишечному содержимому.
- **Трансверзостома** может располагаться в правом или левом подреберьях, а также по средней линии живота выше пупка, на уровне пупка слева или справа от него. Этот вид стомы формируется из поперечной ободочной кишки. У большей части больных происходит выделение кашицеобразного содержимого, легко раздражающего кожу вокруг стомы.
- **Сигмостома** располагается в левой подвздошной области, выводится сигмовидная кишка. По сигмостоме кал выделяется, как правило, один-два раза в сутки, по консистенции - полуоформленный.



# Показания для наложения колостомы

1. Аноректальное недержание.
2. Злокачественные новообразования в нижних отделах кишечника, закрывающие кишечный просвет (например, рак прямой кишки).
3. Травмы стенок нижней части желудочно-кишечного тракта, полученные вследствие огнестрельных ранений или иных воздействий механического характера.
4. Осложненные случаи таких заболеваний, как ишемический колит или дивертикулит, перитонит или злокачественное перерождение воспаленных клеток, язвенный колит неспецифического типа, полипоз, абсцесс кишечных стенок, осложненный их прободением.
5. Осложненные последствия лучевой терапии, после лечения рака матки или цервикального канала.
6. Образование свищей.
7. Послеоперационные осложнения (разошедшиеся швы или их воспаления).
8. Врожденные патологии нижней части кишечника, затрудняющие или исключают процесс нормального опорожнения.
9. Резекция части прямой или сигмовидной кишок.

# Проблемы пациента

Главной проблемой пациента является тревога за дальнейшую жизнь. Эта операция зачастую заставляет больного изменить образ жизни, характер работы или даже перейти на инвалидность. Она накладывает отпечаток на семейную жизнь, отдых, на психологическое состояние человека, порой существенно изменяя ее характер, делая его более замкнутым, раздражительным, эмоционально не устойчивым.

Пациент должен знать, что эта операция направлена на спасение его жизни.

Особенностью сестринского ухода является правильное обучение больного уходу за колостомой.

После формирования колостомы необходимо ежедневно менять повязки с салфетками пропитанные вазелином. В последующем за стомой необходим постоянный уход обмывание водой, смена повязок, ежедневно и после каждого стула. При благоприятном течении послеоперационного периода калоприемником разрешают пользоваться через 2-3 месяца после операции.

# Уход за колостомой

В первые несколько суток после проведения хирургического вмешательства функциональность кишечника будет ниже, чем обычно, однако затем последует восстановление. Во время пребывания в клинике израиля уход за колостомой осуществляет медперсонал, который также опишет процесс вашим близким, чтобы в дальнейшем они могли вам помочь.

## **Колостома включает в себя:**

Калоприёмник, имеющий исполнение в виде мешка.

Защитную плёнку встроенного или отдельного типа.

Нейтрализаторы для устранения запахов.

Сама процедура по уходу предполагает проведение ряда манипуляций. Удобнее всего выполнять их в ванной комнате, где есть зеркало для обеспечения хорошего обзора. Помимо составляющих колостомы, понадобятся полиэтиленовый пакет, бумажные полотенца, паста-герметик, пластырь и ножницы.



- Создание в защитной плёнке отверстия, которое по конфигурации соответствует стоме.
- Вся кожа вокруг стомы должна быть прикрытой, отступ составляет примерно 1 мм.
- Прорезь можно создавать по шаблону, который даст медсестра в клинике.
- Снятие использованного калоприёмника и его дальнейшее помещение в мусорный пакет.
- Очищение колостомы и кожи вокруг неё с помощью воды, мыла, специальной салфетки.
- Просушивание кожных покровов возле стомы.
- Удаление бумаги с защитной плёнки, наклеивание основы на кожу.
- Обработка калоприёмника нейтрализатором запахов (одна-две капли средства), прикрепление мешка.
- Проверка прочности фиксации приспособления, укрепление плёнки пластырем микропор (при необходимости).
- Добавление герметизационной пасты, если такая рекомендация была дана в медицинском центре.
- Проводить указанные манипуляции нужно один раз в день. При использовании калоприёмника закрытого типа выполнять замену можно чаще, после частичного заполнения ёмкости.



## Возможные проблемы с колостомой и способы их решения

После проведения колостомии пациент может столкнуться с некоторыми проблемами. Они следующие:

Изменение состояния кожных покровов возле стомы. При нормальном течении процесса кожа должна иметь нормальный вид, не шелушиться, не пересыхать. Даже при правильном уходе иногда возникают раздражения, причиной которых в основном является контакт эпидермиса и кала. В этом случае рекомендуется откорректировать размеры отверстия в защитной плёнке, привести его в соответствие с параметрами стомы. Кроме того, покраснение может быть обусловлено индивидуальной повышенной чувствительностью к пластырю или другим составляющим системы. Решение проблемы – замена материалов медсестрой. Ещё одна причина изменения состояния кожи – грибковая инфекция. Она может развиваться в жаркое время года или в условиях повышенной влажности. В таком случае рекомендуется применение противогрибковых средств на водной основе. Если вокруг стомы есть волосяной покров, то в мешочки может попадать инфекция, что приведёт к появлению сыпи. Рекомендуется удалять волосы вокруг стомы, обрабатывать зону очищающими салфетками, отказаться от использования маслянистых средств для купания.

Запор. Такое состояние развивается вследствие отсутствия дефекации в течение 2-3 суток. Лечение заключается в увеличении объёма питья, обогащении рациона продуктами питания, содержащими клетчатку. Приём слабительных назначается только врачом. Стомальная клизма при запоре не применяется.

Расстройство. В этом случае назначаются питьевые солевые растворы, которые обеспечат компенсацию влагопотери.