

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

2013 г.

Настоящие рекомендации разработаны экспертной комиссией ООО «Ассоциация колопроктологов России» в составе:

1. Шелыгин Юрий Анатольевич	Москва
2. Ачкасов Сергей Иванович	Москва
3. Балобина Элла Викторовна	Санкт-Петербург
4. Васильев Сергей Васильевич	Санкт-Петербург
5. Григорьев Евгений Георгиевич	Иркутск
6. Голубева Мария Юрьевна	Москва
7. Еропкин Павел Викторович	Москва
8. Жуков Борис Николаевич	Самара
9. Калашникова Ирина Анатолиевна	Москва
10. Кашников Владимир Николаевич	Москва
11. Костенко Николай Владимирович	Астрахань
12. Куликовский Владимир Федорович	Белгород
13. Куляпин Андрей Вячеславович	Уфа
14. Манихас Георгий Моисеевич	Санкт-Петербург
15. Москалев Алексей Игоревич	Москва
16. Муравьев Александр Васильевич	Ставрополь
17. Тимербулатов Виль Мамитович	Уфа
18. Тотиков Валерий Зелымханович	Владикавказ
19. Хубезов Дмитрий Анатольевич	Рязань
20. Чибисов Геннадий Иванович	Калуга
21. Яновой Валерий Владимирович	Благовещенск

ОГЛАВЛЕНИЕ

СОКРАЩЕНИЯ	4
1. ВВЕДЕНИЕ	4
1.1 ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ	5
1.2 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ	5
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ	5
3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ	6
3.1. СТРУКТУРА ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ	6
3.2. МЕРОПРИЯТИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ	7
3.3. ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	9
3.3.1. Оценка состояния пациента перед операцией с формированием стомы	9
3.3.2. Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту	10
3.3.3. Маркировка местоположения стомы перед операцией	10
3.3.4. Послеоперационная оценка пациента с кишечной стомой	11
3.3.5. Уход за пациентом с илеостомой, колостомой	12
3.3.6. Ирригация кишечника через стому	13
3.3.7. Подготовка к выписке из стационара	14
3.3.8. Обучение пациента со стомой	14
4. ДИАГНОСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ И ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ	15
4.1. КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ	15
4.2. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ	15
4.3. АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ	18
5. ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ	19
5.1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СТОМ	19
5.1.1. Лечение ранних осложнений	19
5.1.2. Лечение поздних осложнений	21
5.2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ СТОМ	23
6. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИСТОМАЛЬНЫХ КОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	23
7. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ	25
7.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТСР	25
7.1.1. Калоприемники	25
7.1.2. Вспомогательные средства для ухода за стомой	26
7.2. ПОДБОР ТСР ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ	26
7.3. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ТСР У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ	27
7.4. СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ТСР	29
8. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ	30
8.1. РЕГУЛЯЦИЯ СТУЛА С ПОМОЩЬЮ ДИЕТЫ	30
8.2. ИРРИГАЦИЯ КИШЕЧНИКА	30
9. ЛИТЕРАТУРА	31

СОКРАЩЕНИЯ

КРСП – кабинет реабилитации стомированных пациентов

РКИ – рандомизированное контролируемое испытание

СР – степень рекомендаций

ТСР – технические средства реабилитации

УД – уровень доказательности

1. ВВЕДЕНИЕ

В России, как и во всем мире, постоянно растет число людей, перенесших операции по наложению кишечной стомы в связи с различными заболеваниями, аномалиями или травмами кишечника. Подавляющее число таких пациентов (около 90%) имеет стому в связи с онкологическими заболеваниями толстой кишки. По данным ВОЗ, число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100–150 человек¹. Несмотря на высокий уровень хирургической реабилитации, число стомированных пациентов в России приближается к 180 000 человек.

Формирование противоестественного заднего прохода вносит существенные ограничения в жизнь человека и значительно снижает ее качество, что приводит к инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции^{2,3}.

Стомированные пациенты нуждаются в комплексной медико-социальной программе реабилитации. Общими принципами реабилитации являются индивидуальность, последовательность, непрерывность и комплексность^{4,5,6}.

Настоящие рекомендации по ведению взрослых пациентов с кишечной стомой являются руководством для практических врачей, осуществляющих ведение и лечение таких пациентов. Рекомендации подлежат регулярному пересмотру в соответствии с новыми данными научных исследований в этой области. Данные рекомендации составлены с учётом имеющегося отечественного и зарубежного опыта по ведению стомированных пациентов, клинических руководств профессиональных ассоциаций^{8,9,10}, научных публикаций и действующих нормативных документов.

Рекомендации включают в себя следующие разделы: определение и классификация кишечных стом, организация помощи стомированным пациентам, диагностика осложнений кишечных стом и выбор метода лечения, лечение осложнений кишечных стом, лечение перистомальных кожных осложнений, технические средства реабилитации для пациентов с кишечной стомой, некоторые аспекты помощи стомированным пациентам.

Для отдельных положений рекомендаций приведены уровни доказательности согласно общепринятой классификации Оксфордского Центра доказательной медицины¹¹ (Таблица 1).

Таблица 1. Уровни доказательности и степени рекомендаций на основании руководства Оксфордского центра доказательной медицины

Уровень	Диагностическое исследование	Терапевтическое исследование
1a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня	Систематический обзор гомогенных РКИ
1b	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом	Отдельное РКИ (с узким ДИ)
1c	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результаты позволяет исключить/установить диагноз	Исследование «Все или ничего»
2a	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований
2b	Разведочное когортное исследование с	Отдельное когортное исследование

	качественным «золотым» стандартом	(включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)
2с	нет	Исследование «исходов»; экологические исследования
3а	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3b и выше	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»
3b	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых	Отдельное исследование «случай-контроль»
4	Исследование случай-контроль или исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом	Серия случаев (и когортные исследования или исследования «случай-контроль» низкого качества)
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»

Степени рекомендаций (убедительности доказательств)

A Соглашающиеся между собой исследования 1 уровня

B Соглашающиеся между собой исследования 2 или 3 уровня или экстраполяция на основе исследований 1 уровня

C Исследования 4 уровня или экстраполяция на основе уровня 2 или 3

D Доказательства 4 уровня или затруднительные для обобщения или некачественные исследования любого уровня

1.1. ВАЛИДИЗАЦИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать прежде всего то, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций доступна для понимания. Получены комментарии со стороны руководителей отделений (кабинетов) реабилитации стомированных пациентов и врачей амбулаторного звена ЛПУ. Полученные комментарии тщательно систематизировались и обсуждались на совещаниях экспертной группы.

Последние изменения в настоящих рекомендациях были представлены для дискуссии на заседании Профильной комиссии «Колопроктология» Экспертного Совета Минздрава России 12.09.2013 г. Проект рекомендаций был повторно рецензирован независимыми экспертами и врачами амбулаторного звена. Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами экспертной группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведен к минимуму.

1.2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Данные клинические рекомендации применимы при осуществлении медицинской деятельности в рамках Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ

2.1. 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.

2.2. КЛАССИФИКАЦИЯ

2.2.1. КОД ПО МКБ-10 .

В Международной статистической классификации болезней МКБ-10 термины "колостома" и "илеостома" употребляются для обозначения следующих состояний:

- 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**).

2.2.2. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ^{12,13}

По локализации на кишечнике:

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

По методу формирования:

- Одноствольная
- Двуствольная: петлевая; отдельная.
- 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

3. ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

3.1. СТРУКТУРА ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

Первым звеном в структуре региональной службы реабилитации стомированных больных является КРСБ^{13,14}. 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.

3.2. МЕРОПРИЯТИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ

Стомированные пациенты нуждаются в комплексной медико-социальной программе реабилитации.¹⁵ 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^{16,17}.

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 клинично-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.

Ключевые мероприятия по реабилитации пациентов с кишечной стомой представлены в таблице 2.

Таблица 2. Программа мероприятий по реабилитации пациентов с кишечной стомой¹⁴

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	
а) определение размера и типа калоприемника	лечащий врач,
б) обучение пациента уходу за стомой, формирование навыка ношения калоприемника	перевязочная медицинская сестра
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 а) к ликвидации осложнений стомы б) к реконструктивно-восстановительному оперативному лечению	колопроктолог, оперирующий хирург

3.3. ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Протоколы ведения стомированных пациентов составлены согласно правилам, отраженным в Отраслевом стандарте ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие требования», от 1 октября 2007 г.

В протоколы включены ситуационные модели, наиболее полно описывающие типичные клинические ситуации при работе со стомированными пациентами.

Ситуационная модель определяется клинической ситуацией и связана с группой заболеваний, профильностью и функциональным назначением отделения, медицинского учреждения. Пример ситуационной модели представлен в таблице 3.

Таблица 3.

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Оценка состояния пациента перед операцией с формированием стомы
Группа заболеваний	Заболевания толстой кишки С 18 - С 21, К 50 – К 63
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных пациентов
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий у пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Все пациенты, подлежащие хирургическому лечению заболеваний толстой кишки с формированием кишечной стомы

Ситуационная модель № 1. **Оценка состояния пациента перед операцией с формированием кишечной стомы.**^{18,19} (УД 3б, СР С).

I. Цель.

Для определения объема специализированной помощи необходимо получить всеобъемлющую объективную информацию о пациенте и его родственниках.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.

2. Провести оценку состояния пациента по следующим параметрам:

2.1 Социальная, культурная и духовная среда

2.2 Семейный анамнез /предшествующий опыт и имеющиеся представления о диагнозе/стоме

2.3 Условия для реабилитации

2.3.1 Домашняя обстановка /наличие санитарно-гигиенических условий

2.3.2 Поддержка семьи

- 2.4 Эмоциональное и психологическое состояние
- 2.5 Род занятий и образ жизни
- 2.6 История и последствия болезни, адаптация
- 2.7 Наличие хронического заболевания/ текущее лечение
- 2.8 Возможные аллергические реакции
- 2.9 Способность к общению
- 2.10 Координация движений, острота зрения и ловкость рук.
3. Зафиксировать и обновить информацию о пациенте.

III. Результат.

1. Точная информация о пациенте, готовящемся к операции с формированием стомы, задокументирована и подтверждена.
2. Потребности пациента выявлены и задокументированы.
3. План ухода за стомой разработан.

Ситуационная модель № 2. **Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту.**^{20,21,22,23,24} (УД 1а, СР А).

I. Цель.

Пациент (и/или родственники) должен быть проинформирован о предстоящей операции, а также должен получить необходимую психологическую поддержку.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом (и/или родственниками).
2. Провести оценку состояния пациента по следующим параметрам:
 - 2.1. степень беспокойства,
 - 2.3. психологическая адаптация,
 - 2.3. имеющиеся знания и необходимость в обучении.
3. Помочь пациенту выразить свои чувства, страхи и опасения.
4. Предоставить необходимую информацию о функции стомы, средствах ухода за стомой.
5. Оказать пациенту индивидуальную поддержку и психологическую помощь.
6. Организовать, если необходимо, встречу с членами ассоциации стомированных больных.
7. Организовать, если необходимо, консультации с другими специалистами.
8. Составить и записать отчет на основании полученных данных, ответов пациента и сведений, полученных от других специалистов.

III. Результат.

1. Пациент проявляет естественное (нормальное) беспокойство.
2. Пациент осознает необходимость хирургического вмешательства, понимает последствие операции – выведение стомы, знаком с основами ухода за стомой.
3. Вся полученная информация задокументирована.

Учебные пособия / материалы:

Образовательные материалы по уходу за стомой.

Ситуационная модель № 3. **Маркировка местоположения стомы перед операцией.**^{24,25,26,27,28} (УД 1а, СР А).

I. Цель.

Выбрать наиболее подходящее место расположения стомы.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения маркировки стомы (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту необходимость и процедуру проведения маркировки.
4. Оценить тип операции, физическое, психологическое состояние пациента, его социальный статус.

5. Определить конфигурацию передней брюшной стенки, для определения наиболее подходящего места выведения стомы.
6. Сделать маркировку стомы:
 - 6.1. Сделать предварительную маркировку.
 - 6.2. Обсудить предварительную маркировку с пациентом.
 - 6.3. Провести корректировку, если необходимо.
 - 6.4. Отметить место выведения стомы на передней брюшной стенке.
7. Документировать полученные данные.

III. Результат.

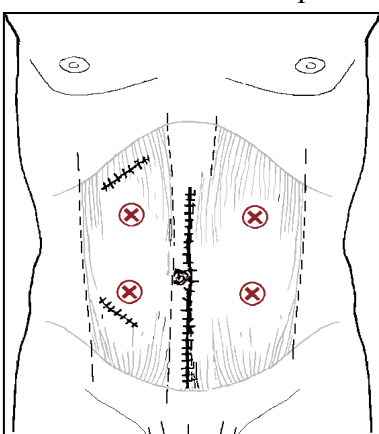
1. Разметка стомы отмечена на наиболее подходящем месте.
2. Выбор разметки и маркировка стомы сделаны при участии пациента.
3. Пациент удовлетворен выбранным местом наложения стомы.

Необходимое оборудование и информация:

1. Пластина для маркировки стомы, маркер.
2. Предоперационная информация о пациенте.

Невыполнение маркировки местоположения часто приводит к затруднению в уходе за стомой, а впоследствии — к возникновению осложнений.

Стома должна быть расположена в проекции прямой мышцы живота, при этом избегать



близости к линии запланированного разреза, линии талии, пупку, гребню подвздошной кости, нижнему краю реберной дуги, кожным складкам, паховым складкам, послеоперационным рубцам, участкам тела, невидимым пациентом (рис. 1). На передней брюшной стенке необходимо выбрать ровную площадку диаметром 10 см (обычный размер пластины современных калоприемников на адгезивной основе). Приложить пластину (или ее макет) таким образом, чтобы она не закрывала линии предполагаемого разреза, пупка; располагалась выше кожно-жировой складки в пределах видимости для пациента. Через отверстие в центре сделать метку несмываемым маркером.

Местами для формирования петлевой трансверзо-, реже десцендостомы являются правое, левое подреберье на расстоянии не менее 5 см от реберной дуги и пупка. При формировании сигмостомы ее располагают в левом нижнем квадранте в точке, расположенной в средней трети линии, соединяющей пупок и передне-верхнюю ость гребня подвздошной кости. Илеостому формируют в аналогичном месте справа. При одновременном наложении уростомы и колостомы уростому располагают выше кишечной стомы.

Место расположения стомы должно быть определено в различных положениях больного (стоя, сидя, лежа), так как при переходе из горизонтального положения в вертикальное происходит смещение кожи и подкожно-жировой клетчатки вниз, особенно у пациентов с ожирением или дряблой передней брюшной стенкой. Необходимо учитывать также предпочтения больного в одежде, особенно в ношении пояса, ремня. Стому располагают ниже линии талии и пояса, чтобы последний не травмировал кишку. При показаниях к абдоминальной радиотерапии следует избегать запланированного места облучения и располагать стому выше него, по краю прямых мышц живота.

Ситуационная модель № 4. Послеоперационная оценка пациента с кишечной стомой.^{10,29} (УД 2b, СР В).

I. Цель.

Получить необходимую информацию о пациенте (его родственниках) для планирования послеоперационного ухода за стомой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
 2. Обеспечить необходимые условия для проведения осмотра (температура помещения, хорошее освещение).
 3. Объяснить пациенту смысл и необходимость процедуры.
 4. Провести оценку состояния пациента по следующим параметрам:
 - 4.1. Диагноз и тип хирургической операции.
 - 4.2. Место расположения стомы и хирургический метод формирования стомы.
 - 4.2.1. Тип стомы.
 - 4.2.2. Размер стомы.
 - 4.2.3. Расположение стомы.
 - 4.3. Состояние и функционирование стомы.
 - 4.3.1. Состояние стомы (форма, состояние кожно-кишечного шва).
 - 4.3.2. Цвет стомы.
 - 4.3.3. Оформленность и объем кишечного отделяемого.
 - 4.4. Состояние кожи в перистомальной области.
 - 4.4.1. Целостность кожи.
 - 4.4.2. Тургор кожи.
 - 4.5. Определить состояние перистомальной области для обеспечения герметичной фиксации калоприемника.
 5. Документировать полученные данные.
- III. Результат.
1. Необходимая информация о прооперированном пациенте получена и задокументирована.
 2. Потребности стомированного пациента определены и документально оформлены.
 3. План ухода за стомой выработан.

Ситуационная модель № 5. **Уход за пациентом с илеостомой, колостомой.**^{10,30,31,32}
(УД 3b, СР С).

I. Цель.

Обеспечение оптимального ухода за стомой и перистомальной кожей у пациента с илеостомой, колостомой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения ухода за стомой (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту смысл и необходимость процедуры.
4. Подготовить необходимые калоприемники и аксессуары.
5. Разместить пациента максимально удобно для проведения процедуры.
6. Обеспечить надлежащий уход за илеостомой, основанный на оценке состояния пациента.
7. Уделить особое внимание следующим моментам:
 - 7.1. Осмотреть стому и перистомальную кожу на предмет осложнений.
 - 7.2. Определить точный размер и форму стомы.
 - 7.3. Подобрать подходящий калоприемник и аксессуары (если они необходимы).
8. Задокументировать состояние стомы, кожи вокруг стомы, характер и объем кишечного отделяемого, а также дату смены калоприемника.

Результат.

1. Пациент (и/или родственник) удовлетворен надежностью калоприемника.
2. Осложнения стомы выявлены.
3. Точные записи ведутся.

Необходимое оборудование:

1. Калоприемники и аксессуары.

2. Послеоперационная документация и записи о ходе проведения процедур.

Особенности ухода в раннем послеоперационном периоде.

Для ухода за стомой в раннем послеоперационном периоде используется специальный послеоперационный калоприемник, который наклеивается сразу же по окончании операции. В пластине вырезается отверстие, соответствующее размеру стомы. После наложения пасты-герметик мешок одевают таким образом, чтобы удерживающий стержень располагался поверх пластины. Прозрачный мешок и снимающаяся крышка позволяют контролировать состояние стомы в раннем послеоперационном периоде.

На 10-14 день после операции удерживающий стержень удаляют.

Для дальнейшего ухода за стомой пациенту подбирают одно- или двухкомпонентную систему с учетом функциональных особенностей стомы, рельефа перистомальной области, индивидуальных предпочтений пациента.

Послеоперационный эластичный бандаж накладывают поверх калоприемника. Дреназируемый конец мешка для обеспечения своевременного контроля его наполнения вытаскивают через щелевидный разрез на бандаже ниже уровня месторасположения стомы.

Ситуационная модель № 6. **Ирригация кишечника через стому.*** ^{33,34} (УД 2b, СР В).

I. Цель.

Проведение безопасной и эффективной ирригации кишечника.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения ирригации кишечника (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту смысл и необходимость процедуры.
4. Подготовить ирригационную систему и необходимые калоприемники и аксессуары.
5. Разместить пациента максимально удобно для проведения процедуры.
6. С помощью пальцевого исследования определить направление кишки.
7. Уделить особое внимание следующим моментам:
 - 7.1. Температура воды.
 - 7.2. Скорость подачи воды в кишечник.
8. Промыть кишку полностью.
9. Проконтролировать, не жалуется ли пациент на боли в животе или на вздутие живота во время проведения процедуры.
10. Задokumentировать результаты процедуры.

III. Результат.

1. Ирригация проведена безопасным и эффективным способом.
2. Пациент (и/или родственники) удовлетворен проведенной процедурой и полученными объяснениями.
3. Возможные осложнения обнаружены, приняты соответствующие действия по их устранению.
4. Точные записи ведутся.

Необходимое оборудование:

1. Ирригационная система с регулятором подачи воды и ирригационная воронка.
2. Пластина, сливной рукав, ремень для пластины, зажим.
3. Смазочный гель.
4. Теплая вода.
5. Калоприемник.
6. Документация (карта) пациента.

*** Ирригация применяется только по рекомендации специалиста и после обучения проведению процедуры.**

Ситуационная модель № 7. **Подготовка к выписке из стационара**^{35,36,37}. (УД 2b, СР В).

I. Цель.

Обеспечить преемственность в уходе за стомированными пациентами после выписки из стационара домой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Определить возможные потребности пациента при первом посещении врача (медсестры) после выписки:
 - 2.1 Способность самостоятельно ухаживать за стомой.
 - 2.2 Адаптация пациента к жизни со стомой.
 - 2.3 Финансовое положение.
 - 2.4 Уход за стомой, психологическая и социальная поддержка пациента после выписки.
3. Обучить пациента самостоятельному уходу за стомой, проинформировать о возможных осложнениях, помогать адаптироваться к изменениям в привычном образе жизни.
4. Оценить общее состояние пациента, запланировать день визита к специалисту по реабилитации стомированных пациентов после выписки.
5. Сообщить пациенту адрес специалиста по уходу за стомой поликлинического звена, назначить день посещения.
6. Предоставить информацию о социальной поддержке и ассоциации стомированных пациентов.
7. Задokumentировать беседу с пациентом.

III. Результат.

1. Пациент доволен оказанной ему помощью и предоставленными рекомендациями.
2. После выписки из стационара пациент продолжает получать специализированную помощь и находится под наблюдением специалистов по уходу за стомой.

Дополнительные материалы:

1. Информационные материалы
2. Выписка (история болезни) пациента.

Ситуационная модель № 8. **Обучение пациента со стомой**^{38,39,40,41}. (УД 2b, СР В).

I. Цель.

Обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Оценить способность пациента обучаться и определить объем необходимой информации.
3. Провести обучение в соответствии с индивидуальными потребностями.
4. Убедиться, что пациент знает и понимает следующее:
 - 4.1. Диагноз и проведенную операцию.
 - 4.2. Уход за стомой и кожей вокруг нее.
 - 4.3. Дренаж и смена калоприемника.
 - 4.4. Решение неожиданных проблем (протекание кишечного содержимого и др.).
 - 4.5. Изменения в диете.
 - 4.6. Изменения в одежде.
 - 4.7. Ограничение физической активности.
 - 4.8. Изменения в сексуальной жизни.
 - 4.9. Подбор соответствующих средств ухода за стомой.
 - 4.10. Обеспечение необходимыми средствами ухода за стомой и аксессуарами.
 - 4.11. Ассоциация стомированных больных и другие группы поддержки.
5. Оценить реакцию пациента на проведенное обучение.

III. Результат.

1. Пациент может продемонстрировать полученные навыки ухода за стомой и кожей вокруг стомы.
2. Пациент понимает изменения образа жизни.
3. Пациент доволен обучающей программой и полученными навыками.

Дополнительные материалы:

1. Учебные пособия.
2. Образцы средств ухода за стомой и аксессуаров.
3. Информационные материалы о средствах ухода за стомой и аксессуарах.
4. Карта (история болезни) пациента после выписки.

Составление протоколов ведения пациентов с осложнениями кишечной стомы представляло собой трудную задачу ввиду наличия большого числа и разнообразия осложнений, а также возможного их сочетания. В связи с чем были разработаны алгоритмы выбора тактики лечения осложнений, которые включались в протоколы ведения стомированных пациентов в соответствии с конкретной клинической ситуацией.

4. 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.

4.1. 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.

4.1.2. АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ И ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ.

Для диагностики осложнений стомы используют алгоритм, изображенный на рис.2.

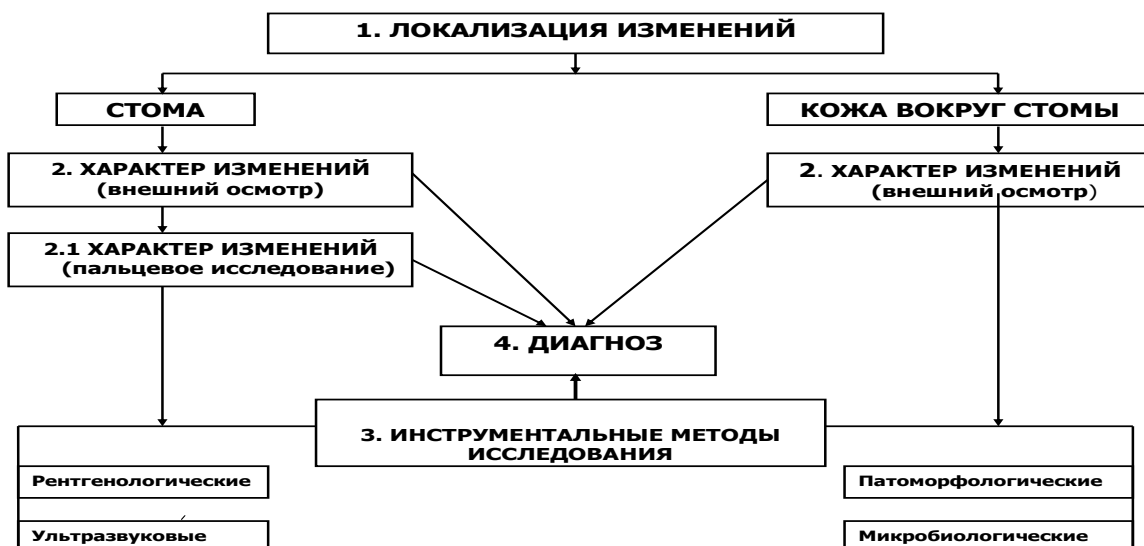


Рис.2. Алгоритм диагностики осложнений кишечных стом.

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 (рис.3).



Рис.3 Определение характера изменений в области стомы с помощью внешнего осмотра.

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.



Рис.4. Определение характера изменений в области стомы с помощью пальцевого исследования.

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).

Для диагностики перистомальных кожных осложнений применяют алгоритм, построенный с учетом особенностей клинических проявлений поражения кожи (рис.5).



Рис.5. Определение характера изменений кожи в области стомы.

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.

4.2. 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 (рис.6).



Рис. 6. Алгоритм выбора метода лечения осложнений кишечной стомы.

Показаниями к хирургическому 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

5. ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ^{46,47,48,49,50}

5.1. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

5.1.1. 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, резекция 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 резекцию 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 вмешательство 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:

- резекция кишки, несущей стому и перенос стомы в другое место (транспозиция стомы)
- при невозможности и повышенном риске такого вмешательства – формирование проксимальной двуствольной стомы с целью исключения 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, резекция 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.

5.1.2. 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 стомы кишки выполняют при наличии выраженных изменений стенки.

При выраженных сопутствующих заболеваниях и невыраженной сопутствующей 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 двустольных колостомах составляет 0-30,8%, при двустольных 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.

5.2. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ 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 стомы^{42,51,52,53,54,55,56}:

- 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).

7. 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.

7.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТСР ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

7.1.1. 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, закрываемым 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.

7.1.2. 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.

7.2. 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.

7.3. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ТСР У СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Показания и противопоказания к применению ТСР у стомированных пациентов представлены в таблице 4.

Таблица 4. Перечень показаний и противопоказаний к применению ТСР.

Пункт раздела «Технические средства реабилитации» федерального перечня	Номер вида технического средства реабилитации (изделий)	Вид технического средства реабилитации (изделия)*	Медицинские показания для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации	Медицинские противопоказания для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации**
1	2	3	4	5
21. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники)	21-01	Адгезивная пластина для двухкомпонентного калоприемника - плоская - конвексная	Наличие кишечной стомы (колостомы или илеостомы, или еуностомы), кишечного свища на передней брюшной стенке Кожные осложнения в перистомальной области Ретракция (втянутость) кишечной стомы, стомы, находящиеся между кожными складками или на уровне кожи	Наличие изогнутых поверхностей в перистомальной области, парастомальной грыжи (для калоприемников с жестким фланцем)
	21-02	Однокомпонентный дренируемый калоприемник	Наличие кишечной стомы (колостомы или илеостомы, или еуностомы), кишечного свища на передней брюшной стенке	Наличие перистомального дерматита, стриктуры стомы при необходимости ее бужирования
	21-03	Однокомпонентный недренируемый калоприемник	Наличие колостомы (сигмостомы, десцендостомы) с оформленным	Наличие парастомальной грыжи, перистомального

		кишечным отделяемым	дерматита
21-04	Мешок дренируемый для двухкомпонентного калоприемника	Наличие илеостомы, или еюностомы, колостомы с жидким кишечным отделяемым	нет
21-05	Мешок недренируемый для двухкомпонентного калоприемника	Наличие колостомы (сигмостомы, десцендостомы) с оформленным кишечным отделяемым	Наличие илеостомы, или еюностомы, колостомы с жидким кишечным отделяемым
21-06	Пояс для калоприемников и уроприемников	Необходимость дополнительной фиксации калоприемника или уроприемника	нет
21-07	<i>Калоприемник из пластмассы на поясе в комплекте с мешками</i>	Наличие кишечной стомы Аллергический перистомальный дерматит (Непереносимость адгезивов)	Наличие илеостомы, или еюностомы, колостомы с жидким кишечным отделяемым
21-19	Паста-герметик (полоски, кольца) для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы	Наличие илеостомы, или еюностомы, кишечного свища передней брюшной стенке, уростомы Неровности и кожные осложнения в перистомальной области	Наличие перистомальных глубоких ран, гнойных осложнений
21-20	Крем защитный (тубик)	Для защиты и ухода за кожей вокруг кишечной стомы, кишечного свища или уростомы	
21-21	Порошок (пудра) абсорбирующий	Для защиты кожи вокруг кишечной стомы, кишечного свища или уростомы при мацерации (мокнущей) кожи	Наличие перистомальных глубоких ран, гнойных осложнений
21-22	Защитная пленка	Для защиты кожи вокруг кишечной стомы, кишечного свища или уростомы от контакта с кишечным отделяемым или мочой и механических повреждений при удалении адгезивных пластин	Наличие перистомальных глубоких ран, гнойных осложнений
21-23	Очиститель для кожи	Для очищения стомы кожи вокруг стомы, удаления остатков пасты, адгезивов и других средств ухода за кожей	

	21-25	Средство для опорожнения колостомы	Для промывания (опорожнения) кишечника только через колостому (сигмостому, десцендостому)	Дивертикулез ободочной кишки, воспалительные заболевания толстой кишки. Сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации
--	-------	------------------------------------	---	--

* Вид технического средства реабилитации подбирается индивидуально с учетом физиологических особенностей человека и условий использования технического средства реабилитации.

** Медицинские противопоказания для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации являются основанием для подбора иного показанного технического средства реабилитации.

7.4. 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 ТСП (с указанием названия, размера, количества). Получить **направление** на бесплатное получение ТСП.

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

8.1. 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.

8.1.1. 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.

8.1.2. 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.

9. ЛИТЕРАТУРА

1. Програма ВОЗ, "SINDI", 2001. С.340
2. Renzulli P, Candinas D. Intestinal stomas--indications, stoma types, surgical technique. *Ther Umsch.* 2007 Sep; 64(9):517-27)
3. Суханов В.Г. Социальная реабилитация пациентов со стомой. М.: Наука, 2006. С. 12.
4. Лукьянова И.Е. Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности. Дисс. докт. мед. наук.- М. – 2009.
5. Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009 May-Jun;36(3):254-65)
6. Breckman B. *Stoma Care and Rehabilitation.* Edinburgh, UK: Elsevier Churchill Livingstone; 2005:280–290.
7. Hong Kong Enterostomal Therapist Association. HKETA Standards in Stoma Care. ISBN 962-86486-2-4 Published by Hong Kong Enterostomal Therapists Association Limited. December 2004.
8. Olsen T., Alstad B., Thomsen L., Bach K., Berndtsson I. & Palselius I. (2001) Postoperative Standards. *Stoma Care. Skin Care.* Nordic Stoma Cooperation, Goteborg.
9. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Ostomy care and management.* Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2009 Aug. 115 p. [101 references]
10. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). *Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians.* Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN); 2010 Jun 1. 44 p.
11. OCEBM Levels of Evidence Working Group. "The Oxford 2011 Levels of Evidence". Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.
12. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом, М.: Стольный град, 2002.
13. Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Справочник по колопроктологии, Издательство «Литерра», 2012., С. 538-596.
14. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Суханов В.Г., Варданян Л.Х., Калашникова И.А., Оршанский Р.Н. Вопросы организации службы реабилитации стомированных пациентов. *Колопроктология.* 2005. №2(12). С. 46-52.
15. Манихас Г.М. Амбулаторно-стационарная реабилитация больных с колостомой. Дисс. докт. мед. наук. - М., 2006.
16. Stoia Davis J., Svavarsdóttir MH, Pudło M. et al. Factors impairing quality of life for people with an ostomy. *Gastrointestinal Nurs.* 2011;9:(2 suppl):14–18.
17. Nichols T.R., Riemer M. The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008 May-Jun; 35(3):316-20.
18. Persson, E., Gutavsson, B., Hellstrom, A.L, Fridstedt, G., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Information to the relatives of people with ostomies: Is it satisfactory and adequate? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing,* (32)4, 238-244.
19. Wu H. K.-M., Chau J. P.- C. & Twinn S. (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nursing,* 30(3), 186-193
20. Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. F. (2005). Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum,* 48(3), 504-509.
21. Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing,* 34(5), 492-496.
22. Marquis P., Marrel A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Management,* 49(2), 48-55.

23. Haugen V., Bliss D. Z., & Savik K. (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 525-535).
24. Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(5), 492-496.
25. Pittman J., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C. Y., Wendel, C., et al. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(5), 493-503.
26. Mahjoubi B; Kiani Goodarzi K; Mohammad-Sadeghi H. Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. *World Journal Of Surgery*, Jan 2010; 34(1),147-52.
27. Bass E.M., Del Pino A., Tan A., Pearl R.K., Orsay C.P., Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Dis Colon Rectum*. 1997;40(4):440-442.
28. Park J.J., Del Pino A., Orsay C.P., Nelson R.L., Pearl R.K., Cintron J.R., Abcarian H. Stoma complications: the Cook County Hospital experience. *Dis Colon Rectum*. 1999;42(12):1575-1580.
29. Colwell, J. C. & Beitz, J. (2007). Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 57-69.
30. Cottam J., Richards K., Hasted A., Blackman A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*, 9(9), 834-838.
31. Wound Ostomy and Continence Nurses Society. *Colostomy and ileostomy: products and tips*. Mt. Laurel (NJ): Wound Ostomy and Continence Nurses Society; 2008.
32. Richbourg L, Fellows J, Arroyave WD. Ostomy pouch wear time in the United States. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2008 Sep-Oct; 35(5):504-8.
33. Cesaretti I.U., Santos V.L., Vianna L.A. Quality of life of the colostomized person with or without use of methods of bowel control *Rev Bras Enferm*. 2010 Jan-Feb;63(1):16-21.
34. Grant M., McMullen C.K., Altschuler A., Hornbrook M.C., Herrinton L.J., Wendel C.S., Baldwin C.M., Krouse RS. Irrigation practices in long-term survivors of colorectal cancer with colostomies. *Clin J Oncol Nurs*. 2012 Oct;16(5):514-9.
35. Addis, G. (2003). The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(1), 26-33.
36. O'Connor G. Discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma. *Br J Nurs* 2003; 12 (13):800-7.
37. Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 70-79
38. Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. F. (2005). Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), 504-509.
39. Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(5), 492-496.
40. Lo S.F., Wang Y.T., Wu L.Y., Hsu M.Y., Chang S.C., Hayter M. Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. *J Adv Nurs*. 2011 Jan;67(1):68-76.
41. O'Connor G. Discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma. *Br J*

- Nurs 2003;12(13):800-7.
42. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечной стомы. // Колопроктология. - 2009. - №3 (29), - С. 8 – 14
 43. Beitz J., Gerlach M., Ginsburg P., Ho M., McCann E., Schafer V., Scott V., Stallings B., Turnbull G. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. *Ostomy Wound Manage.* 2010;56:22-38
 44. Salvadalea G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* 2008;35(6):596–607.
 45. Kalashnikova I., Achkasov S., Fadeeva S., Vorobiev G. «The development and use of algorithms for diagnosing and choosing treatment of ostomy complications: results of a prospective evaluation» *Ostomy Wound Manage.* 2011 Jan ; 57(1):20-7
 46. Стойко Ю.М., Манихас Г.М., Ханевич М.Д., Коновалов С.В. Профилактика и лечение осложнений колостом. –Спб.: Аграф + , 2008. С. 16-17, 40.
 47. Vujnovich A. The management of stoma-related skin complications. *Wounds UK.* – 2006 – 2(3):36–47.
 48. Butler DL. Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. *J WOCN.* 2009;36(5):513–519.
 49. Husain S. G., & Cataldo T. E. Late stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery,* - 2008 -21(1), P. 21-40.
 50. Caricato M., Ausania F., Ripetti V., Bartolozzi F., Campoli G., Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2007;9(6):559-561.
 51. Burch J., Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. *Br J Nurs.* 2008;17(17):P.4-11.
 52. Deitz D., Gate J. Basic ostomy management. *Wound Skin Care.* 2010;20(2):61–62.
 53. Herlufsen P., Olsen A.G., Carlsen B. et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas // *British Journal of Nursing.* – 2006 – 15(16), P. 854-862.
 54. Erwin-Toth P., Stricker L.J., van Rijswijk L. Peristomal skin complications. *AJN.* 2010;110(2):43–48.
 55. Jemec G.B., Martins L., Claessens I., Ayello E.A., Hansen A.S., Poulsen L.H. and Sibbald R.G. Ostomy Skin Tool Validation study: Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. *British Journal of Dermatology, BJD* [1] 2011 British Association of Dermatologists 2011 164, P. 330–335.
 56. Meisner S., Lehur P-A., Moran B., Martins L., Jemec G.B.E. Peristomal skin complications are Common, Expensive, and difficult to Manage: A Population Based Cost Modelling Study. 2012, *PloS ONE*, Vol. 7(5)
 57. Uchino M., Ikeuchi H., Matsuoka H., Bando T., Takahashi Y., Takesue Y., Matsumoto T., Tomita N. Clinical Features and Management of Parastomal Pyoderma Gangrenosum in Inflammatory Bowel Disease. *Digestion.* 2012; 85 (4):295-301. doi: 10.1159/000336719. Epub 2012 May 12.
 58. Funayama Y, Kumagai E, Takahashi K, Fukushima K, Sasaki I: Early diagnosis and early corticosteroid administration improves healing of peristomal pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum.* 2009;52:311–4.
 59. Hanley J. Effective management of peristomal pyoderma gangrenosum. *Br J Nurs.* 2011 Apr 14-27;20(7):S12, S14-7. Review.
 60. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм индивидуального подбора технических средств реабилитации у больных с кишечной стомой.. Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2007 №2. С.56-57.