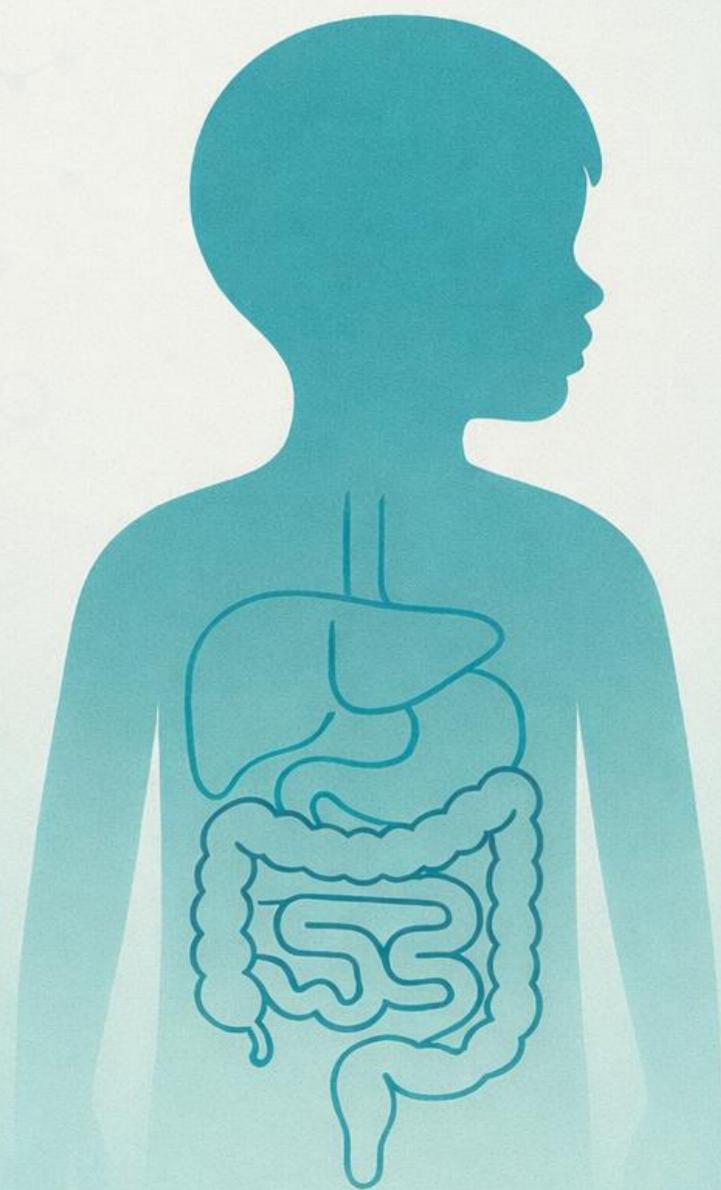


М.М. АЛИЕВ, Ш.Т. БОЗОРОВ

**«КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У ДЕТЕЙ:
ФОРМИРОВАНИЕ, УХОД И
РЕАБИЛИТАЦИЯ»**

Монография



Андижан - 2026

М.М. АЛИЕВ, Ш.Т. БОЗОРОВ

**«КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У ДЕТЕЙ:
ФОРМИРОВАНИЕ, УХОД И
РЕАБИЛИТАЦИЯ»**

Монография

Андижан - 2026

УДК ББК

Рецензенты

О.Т.Оллаберганов д.м.н., профессор: Педиатрический институт, кафедра детской хирургии.

А.А.Гафуров д.м.н., профессор: Андижанский государственный медицинский институт, заведующий кафедрой детской хирургии лечебного факультета.

Авторы: М.М. Алиев, Ш.Т. Бозоров

«Кишечные стомы у детей: формирование, уход и реабилитация»

Монография посвящена системно изложены современные подходы к формированию кишечных стом у детей, ведению послеоперационного периода и профилактике осложнений. Особое внимание уделено вопросам реабилитации, которые являются одним из ключевых и в то же время недостаточно освещенных аспектов данной проблемы.

Монография «Кишечные стомы у детей: формирование, уход и реабилитация» является актуальным, завершенным и практико-ориентированным научным трудом, обладающим высокой научной и практической значимостью. Работа соответствует требованиям, предъявляемым к научным монографиям, и может быть рекомендована к изданию и использованию в клинической практике и образовательном процессе.

Монография предназначена для студентов старших курсов, клинических ординаторов, магистрантов, молодых ученых, врачей общей практики, а также врачей, занимающихся научно-исследовательской деятельностью.

ISBN -

КИШЕЧНЫЕ СТОМЫ У ДЕТЕЙ: ФОРМИРОВАНИЕ, УХОД И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Оглавление

Раздел А. Клинические аспекты детской кишечной стомы

Глава 1: Введение в детскую колопроктологию и исторические аспекты

Глава 2: Анатомия и физиология кишечника

Глава 3: Показания к наложению кишечной стомы у детей

Глава 4: Виды кишечных стом в педиатрической практике

Глава 5: Методики формирования кишечных стом у детей и выбор метода и уровня наложения колостомы

Глава 6: Уход за стомой: основные принципы и рекомендации

Глава 7: Осложнения стомы и перистомальной области: диагностика и лечение

Раздел В. Психосоциальные аспекты и реабилитация

Глава 8: Влияние кишечной стомы на качество жизни ребенка и семьи

Глава 9: Адаптация ребенка и родителей к уходу за стомой

Глава 10: Влияние операции по удалению стомы на ребенка и семью

Глава 11: Повседневная деятельность со стомой

ГЛАВА 1

ВВЕДЕНИЕ В ДЕТСКУЮ КОЛОПРОКТОЛОГИЮ И ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и врожденных пороках развития кишечника оперативные вмешательства нередко завершаются наложением временных кишечных стом на различные отделы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), поскольку тяжесть общего состояния ребенка не позволяет выполнить радикальную коррекцию заболевания во время первого вмешательства.

История применения колостомии в лечебных целях не имеет хронологической последовательности, если не считать отдельных сообщений о попытках отведения кала через переднюю брюшную стенку хирургическим путем в глубокой древности. Первое предложение наложить искусственный каловый свищ новорожденному с атрезией прямой кишки в 1710 г. сделал хирург Алексис Литре. Успешную колостомию выполнил С. Диурет (1718) у новорожденного с атрезией ануса в левой подвздошной области. Больной выздоровел и дожил до 45 лет. В 1795 г. Дагюско применил колостому по поводу травмы прямой кишки. В этом же году впервые в мире трансверзотомию произвел женевский профессор Фаин. В 1839 г. парижский хирург Амюссо выполнил поясничную колостомию, которая и применялась всеми хирургами до появления асептики. В последней четверти XIX столетия благодаря развитию антисептики при наложении колостомы утвердился чрезбрюшинный доступ, который позволил накладывать колостому на левом участке толстой кишки, широко и спокойно оперировать в более отдаленных областях, что значительно упростило колостомию. Было опубликовано много работ, посвященных способам предупреждения ретракции и выпадения кишки при колостомии, а также контролю над опорожнением кишечника. В связи с этим внимание хирургов было направлено на усовершенствование техники колостомии, создание максимального удобства для больного и предупреждение попадания кала в дистальный отдел кишки.

Кишечная стома является неотъемлемой частью лечения 30–50% больных колопроктологического профиля. Ни одну реконструктивную операцию на промежности невозможно представить без кишечной стомы. Осложнения кишечных стом встречаются у 21–75% пациентов, от 16 до 36% больных со стомами требуют повторных вмешательств.



Стоматерация набирала обороты, естественно, в связи с появлением наркоза, с расширениями хирургических возможностей, с расширением познания человечества. Может быть, эти операции выглядели так

Интерес к энтеростомии как дренирующей операции при острой кишечной непроходимости (заворот, спаечный процесс, опухоли) и паралитической кишечной непроходимости на фоне течения перитонита различной этиологии возобновился после работ B.L. Coley (1926), F.T. Van Beuren (1926), W.L. Secor (1926), P.J. Lipsett (1927), Richard son (1927), F.S. Hough (1929), J.L. DeCourcy (1929), R.L. Evans (1934), Глава 1. Кишечные свищи в лечении врожденной и приобретенной хирургической... 7 R.R. Linton (1934). Авторы отмечают снижение летальности, более раннее восстановление пассажа по ЖКТ, возможность начала раннего питания в кишечный свищ.



В 1961 г. T.V. Santulli (Thomas Santulli (1915 1997) —хирург, автор анастомоза «бок в конец» с разгрузочной энтеростомой приводящей петлей кишки) при атрезии, а в 1969 г. при мекониальном илеусе выполнил резекцию и анастомоз по Ру с проксимальной энтеростомией. Эта операция заключалась в резекции наиболее расширенной части подвздошной кишки и анастомозе «бок в конец» с выведением проксимального сегмента в виде энтеростомы [28, 29]. Такой под ход позволяет осуществлять полную декомпрессию проксимального отдела тонкой кишки с питанием за зону анастомоза через катетер. При решении стомирования у детей с болезнью Гиршпрунга (БГ) большинство авторов исходят из принципа неотложности или плановости вмешательства. Эти показания коррелируют с возрастом, наличием или отсутствием сопутствующих пороков и заболеваний, эффективностью

консервативной терапии, характером аганглионарной зоны. Колостома помогает быстро и эффективно опорожнить кишку и про вести ее санацию.

Таким образом, лечение врожденных и приобретенных хирургических заболеваний органов брюшной полости и промежности у детей часто требует формирования энтеро- и/или колостомы. Исходя из анализа мировой и отечественной литературы, следует отметить, что проблема кишечных стом до сих пор не решена и вызывает большое количество вопросов. При каком заболевании накладывать ту или иную стому? Какие осложнения следует ожидать, если выбран не тот вариант стомирования? Каким образом профилактировать или ликвидировать развившиеся осложнения? Ответить на эти вопросы мы попытались в предлагаемой вашему вниманию работе.

ГЛАВА 2 АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ КИШЕЧНИКА

Кишечник (intestina) — часть пищеварительного канала, начинающаяся от привратника желудка и заканчивающаяся заднепроходным отверстием. В кишечнике происходит переваривание и всасывание пищи, удаление образующихся шлаков, синтезируются некоторые интестинальные гормоны, он также играет важную роль в иммунных процессах.



Анатомия и гистология

Кишечник разделяется на **тонкую** и **толстую** кишку.

Длина **тонкой кишки** колеблется в пределах 160—430 см; у женщин она короче, чем у мужчин. Диаметр тонкой кишки в проксимальной ее части в среднем равен 50 мм, в дистальной части кишки он уменьшается до 30 мм. Тонкая кишка делится на двенадцатиперстную, тощую и подвздошную кишку. Тощая и подвздошная кишки подвижны, лежат внутрибрюшинно (интраперитонеально) и имеют брыжейку, представляющую собой дубликатуру брюшины. Между листками брыжейки находятся нервы, кровеносные и лимфатические сосуды, лимфатические узлы и жировая клетчатка.

Толстая кишка состоит из шести основных отделов: слепой, восходящей ободочной, поперечной ободочной, нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишок. Первые пять отделов в целом имеют вид рамы, или обода, окаймляющего брюшную полость справа, сверху и слева, поэтому они и получили название ободочной кишки. Шестой отдел лежит на передней поверхности крестца - вначале несколько слева от средней линии, а далее книзу занимает срединное положение, вследствие чего и называется прямой кишкой. Анатомия толстой кишки, изменяясь с возрастом, обретает также индивидуальные различия. У новорожденных длина толстой кишки составляет 66-67 см. С возрастом длина ее увеличивается. К 6-месячному возрасту она равна 69 см, к 1 году - 93 см, к 3 годам - 86 см, в возрасте 7 лет - 108 см, 10 лет - 118 см.



Слепая кишка у новорожденного короткая, но широкая, чаще конической формы, без четких границ, переходит в червеобразный отросток. Длина ее - 1,5 см, ширина - 1,7 см. Преобладание ширины над длиной сохраняется до 2-4-летнего возраста. В последующем их размеры уравниваются, а к 7 годам кишка приобретает вид, типичный для взрослых. У новорожденных она обычно лежит высоко, а начиная с 1-го месяца жизни

опускается до уровня гребешка подвздошной кости. Формирование слепой кишки обычно заканчивается к 7 годам. У маленьких детей вследствие наличия длинной брыжейки эта кишка более подвижна, чем у взрослых, а у новорожденных она соприкасается с печенью, петлями тонкой кишки, иногда с сигмовидной кишкой. У детей 12-14 лет топографо-анатомические взаимоотношения слепой кишки соответствуют таковым взрослого человека.

Восходящая ободочная кишка у новорожденных слабо развита, длина ее - 1,5-2 см. К 3-4 годам жизни она сравнивается по длине с нисходящей, а после 7 лет устанавливается то же соотношение длины восходящей и нисходящей кишки, что и у взрослых (Валькер Ф. И., 1951). По данным В.Г. Дебеле, длина восходящей кишки у грудных детей равна 7 см, а в 10-летнем возрасте достигает 13 см. Характерными особенностями этой кишки у новорожденных и грудных детей являются наличие перегибов и отсутствие гаустрации. Топографо-анатомические взаимоотношения восходящей ободочной кишки с органами брюшной полости резко меняются с возрастом. У новорожденных она прикрыта печенью сверху и спереди, у 3-4-месячных детей соприкасается с печенью только сверху, спереди к ней примыкает брюшная стенка, а с медиальной стороны лежат петли тонкой и нисходящая часть двенадцатиперстной кишки.

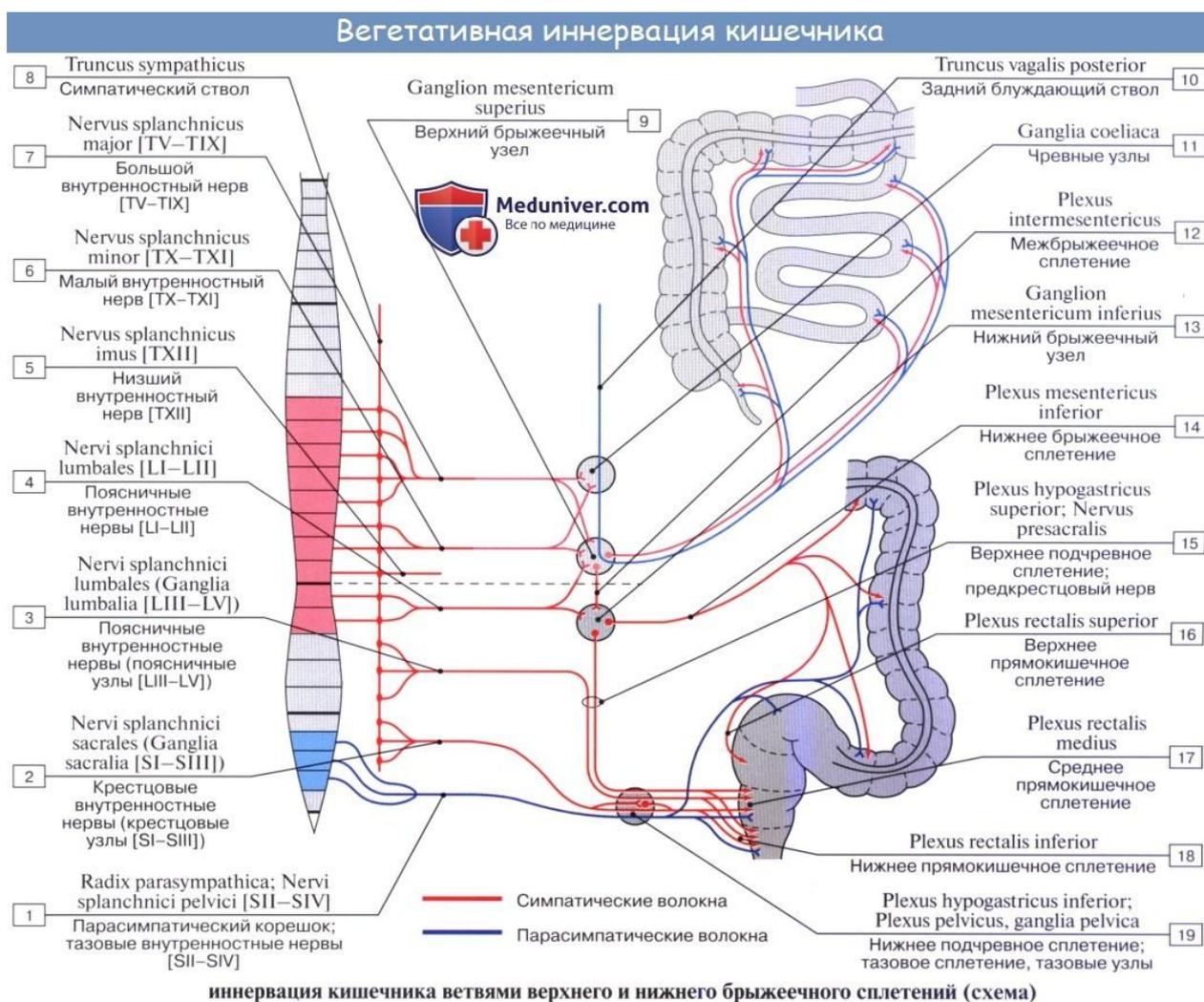
Поперечная ободочная кишка у новорожденных часто образует перегибы, которые с возрастом постепенно сглаживаются. У детей в возрасте до 1 года длина кишки в среднем равна 26-28 см, а к 10 годам достигает 35 см. Подвижность ее у новорожденных и грудных детей значительно меньше, чем у детей старшего возраста и взрослых, что объясняется малой длиной брыжейки, которая у новорожденных составляет 1,5 см, у ребенка 1-2 лет - 5-8 см, а к 14 годам достигает 14-15 см. До 5-6-месячного возраста поперечная ободочная кишка прикрыта печенью. С возрастом кишка опускается, однако положение ее непостоянно и зависит от ряда условий: тонуса мышечного слоя кишечной стенки, степени наполнения кишечника, состояния передней стенки живота и соседних органов и др.

Нисходящая ободочная кишка у новорожденных более развита, чем восходящая. Она длиннее и, как и у взрослых, покрыта брюшиной с трех сторон, и лишь примерно у 25% детей имеет брыжейку. Длина ее у новорожденных имеет 5 см, к концу 1-го года жизни увеличивается до 10 см, к 5 годам - до 13 см, к 10-12 годам - до 16 см.

Сигмовидная кишка у новорожденных равна 15-20 см, в годовалом возрасте - 25-30 см, к 10-летнему возрасту достигает 37-38 см. До 5-7 лет она

имеет длинную брыжейку и образует дополнительные петли. В этот период кишка размещается главным образом в брюшной полости над входом в таз. Изменения положения кишки весьма демонстративны. Их связывают обычно с дисгармонией развития костей таза и ускоренным ростом тоже той кишки.

Прямая кишка — это конечный отдел толстого кишечника, расположенный в малом тазу и переходящий в анальный канал. Она начинается на уровне третьего крестцового позвонка и заканчивается задним проходом. Прямая кишка проходит вдоль крестца и копчика, образуя две изгибы — крестцовый и промежностный. Верхняя часть окружена брюшиной (интра- и мезоперитонеально), средняя покрыта брюшиной только спереди, а нижняя расположена экстраперитонеально. Вокруг кишки находятся клетчаточные пространства, обеспечивающие её подвижность, а также



1 – Parasympathetic root; Pelvic splanchnic nerves [SII–SIV]; 2 – Sacral splanchnic nerves (Sacral ganglia [SI–SIII]); 3 – Lumbar splanchnic nerves (Lumbar ganglia [LIII–LV]); 4 – Lumbar splanchnic nerves [LI–LII]; 5 – Least splanchnic nerve; Lowest splanchnic nerve [TXII]; 6 – Lesser splanchnic nerve [TX–TXI]; 7 – Greater splanchnic nerve [TV–TIX]; 8 – Sympathetic trunk; 9 – Superior mesenteric ganglion; 10 – Posterior vagal trunk; 11 – Coeliac ganglia; 12 – Intermesenteric plexus; 13 – Inferior mesenteric ganglion; 14 – Inferior mesenteric plexus; 15 – Superior hypogastric plexus; Presacral nerve; 16 – Superior rectal plexus; 17 – Middle rectal plexus; 18 – Inferior rectal plexus; 19 – Inferior hypogastric plexus; Pelvic plexus, pelvic ganglia

важные сосудисто-нервные структуры, включая верхние, средние и нижние прямокишечные артерии и сплетения.

Кровоснабжение и иннервация. Кишечник снабжается кровью из верхней и нижней брыжеечных артерий. Отток крови происходит по верхней и нижней брыжеечным венам, являющимся притоками воротной вены. Чувствительная иннервация кишечника осуществляется чувствительными волокнами спинномозговых и блуждающего нервов, двигательная — симпатическими и парасимпатическими нервами.

Физиология

Процесс пищеварения в кишечнике начинается в полости тонкой кишки (полостное пищеварение). Здесь при участии ферментов поджелудочной железы осуществляется гидролиз сложных полимеров (белков, жиров, углеводов, нуклеиновых кислот) до полипептидов и дисахаридов. Дальнейшее расщепление образовавшихся соединений до моносахаридов, аминокислот, жирных кислот и моноглицеридов происходит на стенке тонкой кишки, в частности на мембранах кишечного эпителия (мембранное пищеварение), при этом важная роль принадлежит собственно кишечным ферментам.

Большинство веществ всасывается в двенадцатиперстной кишке и проксимальном отделе тощей; витамин В12 и желчные кислоты — в подвздошной кишке. Важнейшими механизмами всасывания в кишечнике являются активный транспорт, осуществляемый против концентрационного градиента с использованием энергии, освобождающейся при расщеплении фосфорных соединений, и диффузия. Различные виды сокращений кишечника (ритмическая сегментация, маятникообразные, перистальтические и антиперистальтические сокращения) способствуют перемешиванию и растиранию кишечного содержимого, а также обеспечивают его продвижение.

В толстой кишке происходят всасывание воды, формирование плотного содержимого и эвакуация его из организма. Кишечник принимает непосредственное участие в обмене веществ. Здесь происходит не только переваривание и всасывание пищевых веществ с последующим поступлением их в кровь, но и выделение ряда веществ из крови в просвет кишечника с дальнейшей их реабсорбцией. Одной из наиболее важных является эндокринная функция кишечника. Клетками кишечника синтезируются пептидные гормоны (секретин, панкреозимин, кишечный глюкагон, гастроингибирующий полипептид, вазоактивный интестинальный пептид, мотилин, нейротензин и др.), обеспечивающие регуляцию деятельности

пищеварительной системы и других систем организма. Наибольшее количество таких клеток сосредоточено в двенадцатиперстной кишке.

Кишечник принимает активное участие в иммунных процессах. Наряду с костным мозгом, селезенкой, лимфатическими узлами, слизистой оболочкой бронхов он является источником иммуноглобулинов; в кишечнике обнаружены также различные субпопуляции Т-лимфоцитов, с помощью которых реализуется клеточный иммунитет. Многие функции кишечника (защитные, синтез витаминов и др.) тесно связаны с состоянием кишечной микрофлоры, в норме представленной преимущественно анаэробами.

ГЛАВА 3

ПОКАЗАНИЯ К НАЛОЖЕНИЮ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ У ДЕТЕЙ

Кишечная стома представляет собой хирургически сформированное отверстие, соединяющее кишечник с передней брюшной стенкой, что позволяет эвакуировать кишечное содержимое наружу. В детской колопроктологии наложение стомы выполняется в ряде врожденных и приобретенных патологий, требующих временного или постоянного обхода пораженного участка кишечника. Основными целями стомирования являются нормализация кишечного пассажа, снижение интоксикации, подготовка к реконструктивным операциям и предотвращение тяжелых осложнений.

Основные показания к наложению кишечной стомы у детей

1. Врожденные пороки развития аноректальной области

Наиболее частыми врожденными патологиями, требующими формирования стомы, являются:

- **Атрезия ануса и прямой кишки.** При бессвищевой форме аноректальной атрезии (отсутствие нормального выхода для каловых масс) или при неадекватном опорожнении кишечника (например, при наличии свища в мочевую систему) накладывается колостома в первые дни жизни, если невозможна немедленная реконструкция.
- **Ректовестибулярные и ректопромежностные свищи.** Несмотря на возможное спонтанное опорожнение кишечника через свищ, часто требуется наложение превентивной колостомы как первого этапа реконструкции.
- **Синдром Каудального Регресса.** В тяжелых случаях этого порока развития, сопровождающегося аноректальной атрезией, аномалиями крестца и тазовых органов, может потребоваться стомирование.

2. Болезнь Гиршпрунга и гипоганглиоз

Болезнь Гиршпрунга – это врожденное нарушение иннервации толстой кишки, приводящее к аганглиозу и стойкому запору. В ряде случаев показано наложение колостомы:

- При выраженной декомпенсации толстой кишки и невозможности немедленного выполнения радикальной операции.

- В качестве подготовительного этапа перед радикальным вмешательством, если требуется постепенная разгрузка кишечника.
- При тотальном аганглиозе толстой кишки (синдром Зульцера–Вильсона) накладываается илеостома, так как поражены все отделы толстой кишки.

3. Острые хирургические заболевания и их осложнения

Стомирование может быть необходимым при тяжелых воспалительных и деструктивных заболеваниях кишечника:

- **Некротизирующий энтероколит новорожденных.** При развитии перфорации, тяжелого сепсиса или тотального поражения кишки выполняется наложение илео- или колостомы.
- **Спонтанные или травматические разрывы кишечника.** Возникают в результате врожденных аномалий, родовых травм или проникающих ранений.
- **Перфорация кишки при язвенном колите или болезни Крона.** В тяжелых случаях воспалительных заболеваний кишечника стомирование помогает снизить нагрузку на пораженные отделы кишки.

4. Опухоли толстой и тонкой кишки

Злокачественные и доброкачественные опухоли могут стать причиной кишечной непроходимости или массивного кровотечения. В таких случаях стома накладываается для:

- Восстановления кишечного пассажа при обструкции.
- Подготовки пациента к хирургическому удалению опухоли.

5. Синдром короткой кишки

После обширных резекций кишечника при некротизирующем энтероколите, врожденных атрезиях или опухолях может развиваться синдром короткой кишки. Стомирование необходимо для контроля за кишечной адаптацией и предотвращения мальабсорбции.

6. Послеоперационные осложнения

После реконструктивных операций на кишечнике могут возникнуть серьезные осложнения, требующие наложения стомы:

- Несостоятельность кишечных анастомозов.
- Стеноз ануса или прямой кишки (встречается более чем в 30% случаев после аноректопластики).
- Выраженные воспалительные процессы в области промежности (параректальные свищи, флегмоны таза).

Показания к экстренному наложению колостомы при других патологиях:

- химический ожог слизистой прямой и сигмовидной кишки ;
- флегмона промежности на фоне полного заращения заднего прохода
- НЭЖ у новорожденных.



Химические ожоги ЖКТ

Показания к плановому наложению колостомы при других патологиях:

- восстановление проходимости толстой кишки при злокачественной миогенной опухоли матки со свищами в промежности;
- опухоль пресакральной области;
- послеоперационный кишечный свищ;

- обширный дефект промежности с выпадением прямой кишки. Все вышеизложенное дает основание определить и конкретизировать показания к наложению временной колостомы у детей при лечении пороков развития и повреждений толстой кишки и аноректальной области.



Послеоперационный кишечный свищ

Временные и постоянные кишечные стомы

В подавляющем большинстве случаев в детской хирургии кишечные стомы носят **временный характер** и выполняются с целью подготовки к последующей реконструкции кишечного тракта. Однако в редких ситуациях (например, при несостоятельности сфинктерного аппарата, неоперабельных опухолях или выраженном синдроме короткой кишки) стома может стать **постоянной**.

Формирование кишечной стомы у детей – это важный хирургический этап, направленный на улучшение качества жизни пациента и подготовку к восстановительным операциям. Показания к стомированию зависят от характера основного заболевания, состояния пациента и возможностей хирургического лечения. В детской практике предпочтение отдается временным стомам с последующим восстановлением кишечной проходимости.

ГЛАВА 4

ВИДЫ КИШЕЧНЫХ СТОМ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

По своей этимологии слово «колостомия» - операция по формированию искусственного заднего прохода на одном из участков толстой кишки, которая выполняется для временного или постоянного отведения фекалий из её дистального отдела. Термин «колостома» дословно означает толстокишечный свищ. Следует дифференцировать термины «кишечная стома» и «кишечный свищ». Свищи (fistula), как и стомы, соединяют просвет ЖКТ с внешней средой, однако в отличие от колостом они формируются произвольно вследствие воспалительных процессов, операции и травматических повреждений.

До конца XX века бытовало понятие, что колостома - это выведение конечного отрезка или петли ободочной кишки в рану передней брюшной стенки с формированием постоянного или временного толстокишечного свища, через который попадает наружу часть каловых масс, остальная их часть по-прежнему проходит в нижележащие отделы толстой кишки. А противоестественный задний проход - это отверстие, через которое наружу выводится все содержимое кишки. Поэтому в хирургической практике часто существует расхождение в отношении названия колостомии или противоестественного заднего прохода. Оба понятия подразумевают вскрытие толстой кишки и создание ее сообщения с внешним миром. В хирургии многие годы в основе понимания и оценки различных форм сообщений просвета кишечной трубки с внешней средой лежало классическое определение А. Вира. Г. Брауна. Г. Кюммеля (1929), суть которого сводилась к следующему: «Необходимо делать различие между кишечным свищом и противоестественным задним проходом. Кишечный свищ служит только для частичного отведения кала, в то время как противоестественный задний проход предназначен для отведения всего содержимого кишечника».

Стома представляет собой противоестественное отверстие, искусственно созданное хирургическим путем. После удаления части кишечника на передней брюшной стенке формируется постоянный или временный свищ, через который происходит неконтролируемое отхождение газов и кишечного содержимого.

В настоящее время остаются дискуссионными вопросы о месте и типе наложения стомы. Однако их нельзя решить однозначно, поскольку выбор уровня и методики формирования противоестественного отверстия должен

основываться на ряде основополагающих факторов. Во-первых, наложение стомы должно соответствовать основной концепции лечения, во-вторых, не создавать дополнительных сложностей при проведении последующих реконструктивных операций, в-третьих, обеспечивать удобное расположение для ухода за ней, включая наложение калоприемников.

Классификация стом

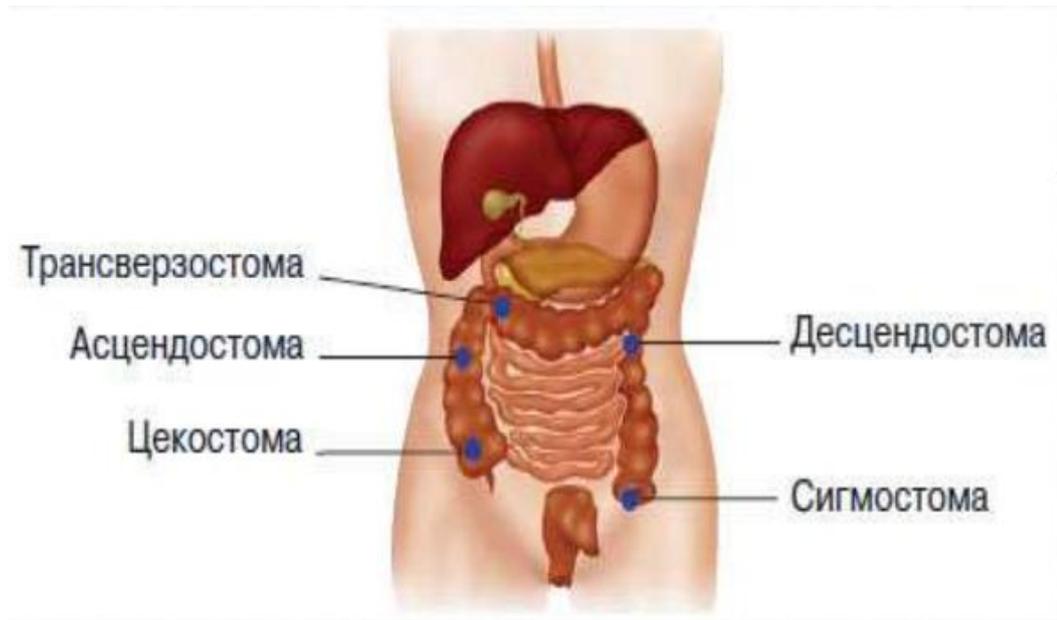
В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термины «колостома» и «илеостома» обозначают следующие состояния:

- Наличие илеостомы (Z93.2);
- Наличие колостомы (Z93.3);
- Дисфункция после колостомии и энтеростомии (K91.4);
- Осложнения коло- и илеостом (K45; K56.6; K63.8).

На сегодняшний день расширенная классификация желудочно-кишечных стом представлена следующим образом:

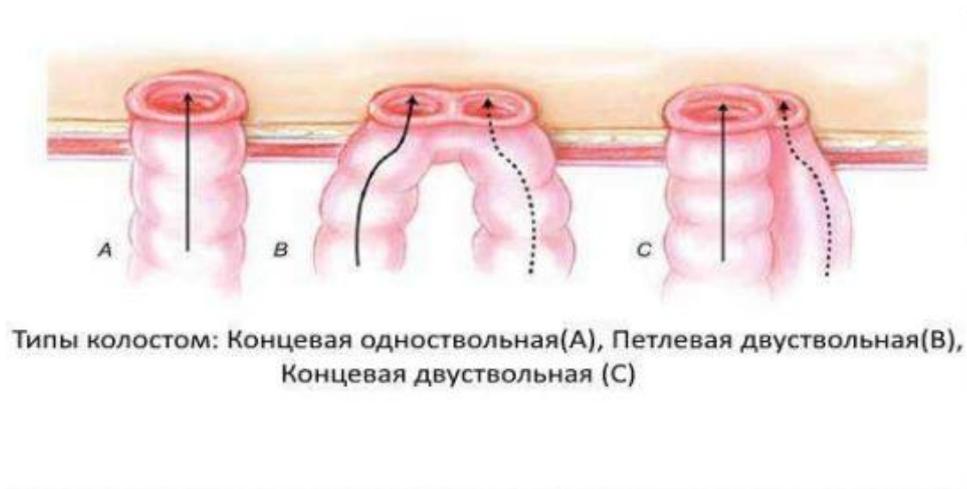
По уровню наложения:

- Эзофагостома;
- Гастростома;
- Еюностома;
- Энтеростома;
- Илеостома;
- Колостома:
 - Цекостома;
 - Асцендостома;
 - Трансверзостома;
 - Десцендостома;
 - Сигмостома;
 - Аппендикостома.



По методу формирования:

- Одноствольная;
- Двуствольная;
- Раздельная;
- Подвесная двуствольная колостома (по Микуличу).



По способу выведения на переднюю брюшную стенку:

- Чрезбрюшная (внутрибрюшинная);
- Забрюшинная.

По характеру прерывания кишечной трубки:

- Концевая стома;
- Петлевая стома.

По технике формирования:

- «Плоская» стома;
- «Столбиком» стома.

По прогнозу в плане хирургической реабилитации:

- Постоянная стома;
- Временная стома.

По месту наложения на теле пациента:

- Абдоминальная (брюшная);
- Промежностная.

По характеру осложнений:

1. Осложнения со стороны стомы:
 - Ретракция (втяжение стомы);
 - Парастомальная грыжа;
 - Пролапс (выпадение) кишки;
 - Стриктура (сужение) стомы;
 - Парастомальный свищ.
2. Перистомальные кожные осложнения:
 - Аллергический дерматит;
 - Контактный (токсический) дерматит;
 - Гипергрануляция кожи.

Виды и типы колостом у детей

Решая задачи колостомии у детей, следует определить, какой из вариантов колостомы наиболее подходит для ее реализации в практике

детской хирургии. Как упоминалось, по виду они делятся на толстокишечные, по типу - на пристеночные, петлевые и концевые. Из пристеночных кишечных стом чаще всего формируют цекостому, как правило, для декомпрессии при непроходимости в области слепой кишки и правых отделов ободочной. Второе ее применение - защита дистальных отделов толстой кишки. В детской практике цекостому нельзя применять, поскольку при этом отключается большая часть толстой кишки и лишается ее физиологичность, что отрицательно воздействует на рост и развитие растущего организма. Следует сказать, что, по мнению многих детских колопроктологов, из всех вариантов колостомии она более подвержена критике. Мы полностью поддерживаем эту позицию. В нашей клинике на протяжении последних 15 лет этот вариант операции используется крайне редко, в тех случаях, когда другой, большой объем вмешательства абсолютно не приемлем по тяжести состояния больного. Абсолютное количество больных с подобным видом колостомы в основном поступали с периферии. Это связано с рядом факторов.

Во-первых, при цекостомии дистально расположенные отделы ободочной кишки надежно не защищаются от калового потока.

Во-вторых, чаще, чем при других вариантах, развиваются ее осложнения: ретракция и развитие параколостомических гнойных осложнений, а в более поздние сроки эвагинация илеоцекального угла, иногда с червеобразным отростком в стому, зачастую с ущемлением эвагинированных элементов. По нашим наблюдениям, при патологии восходящей ободочной кишки осложнившейся острой кишечной непроходимостью, когда по ряду причин нет возможности радикально ее иссечь на первом этапе лечения, с целью декомпрессии целесообразнее наложить петлевую илеостому. Несмотря на это практика показывает, что если технически правильно накладывается петлевая колостома в любом типичном месте толстой кишки, таких осложнений не наблюдается. Поэтому петлевая колостома, особенно у маленьких детей, является наиболее универсальной и щадящей операцией. При этом можно решить все задачи: декомпрессию, защиту и создание нового заднего прохода. Второе ее преимущество состоит в относительно несложной и малотравматичной технике как формирования, так и закрытия. Но успешное функционирование петлевой колостомы в первую очередь зависит от техники ее создания, а именно - надежно сформированной на уровне кожи «шпоры», поскольку при провисании задней стенки кишки она превратится в пристеночную, со всеми ее недостатками. Формированием концевой колостомы завершается резекция определенных сегментов кишечника, при этом также решаются задачи. Но все же основная ее задача - это отведение кишечного содержимого от нижележащих отделов. Чаще это резекция толстой

кишки по поводу травмы, опухоли, либо доброкачественного заболевания, упомянутых ранее. Ее формирование предполагает два варианта: выведение стомированного сегмента столбиком, иначе говоря, с избытком в 2-3 см, либо формирование плоской колостомы на уровне кожи. В ургентной хирургии предпочтительнее первый вариант. При некоторых вариантах операций: правосторонняя гемиколэктомия, резекция ободочной кишки, после которой остается длинный (более 25-30 см) постстомальный сегмент, а для первичного анастомоза нет условий, предпочтительнее формирование концевых стом, выведенных на отдельных участках передней брюшной стенки.

Принципы формирования колостомии у детей

В неотложной ситуации, при неуточненном диагнозе и окончательно не сложившемся плане операции предпочтительно выполнение вмешательства из параректального срединного доступа под общим обезболиванием. В срочном или плановом порядке формирование пристеночной или петлевой колостомы вполне возможно из локального доступа под общей анестезией у детей. Выбор участка брюшной стенки, наиболее пригодного для формирования колостомы, в первую очередь определяется удобствами фиксации и ношения калоприемника. Кроме этого, пациент должен иметь возможность полностью обзирать стому и беспрепятственно ухаживать за ней, в том числе проводить ирригацию, поэтому ее лучше всего формировать в правом или левом подвздошных областях передней брюшной стенки. Мы не можем согласиться с рекомендациями по формированию колостомы в области пупка, паховой области, либо непосредственно в лапаротомной ране, которые до сих пор можно встретить в практике детской хирургии. Отделы стомирования толстой кишки. Удобны для стомии наиболее подвижные в силу интраперитонеальной локализации и выраженной брыжейки отделы тонкой и ободочной кишки: терминальный отдел подвздошной, слепой, поперечно-ободочной и сигмовидной кишки. Предвидим замечание: не всегда слепая кишка полностью расположена внутрибрюшинно, да и ее брыжейка не выражена. При ограниченной подвижности слепой кишки возможно ее увеличение рассечением нижней илеоцекальной складки, либо формирование петлевой илеоколостомы. С нашей точки зрения, илеостома по количеству и качеству потерь кишечного химуса в силу соседства со слепой кишкой не отличается от цекостомы, а в функциональном плане является петлевой или концевой. При формировании петлевой трансверзостомы желательно освободить

стомируемую петлю поперечной ободочной кишки от прикрепленного к ней большого сальника. Петлевая сигмостома формируется чаще всего у детей. Здесь, пожалуй, нет предмета для особых дискуссий - все давно оговорено. Единственное замечание, следует ли удалять предлежащие жировые подвески? Наши наблюдения показывают, что их иссечение не ухудшает кровоснабжения кишечной стенки, но при этом стома менее объемна, быстрее формируется, что способствует раннему применению калоприемника.

Стомальный канал. При его формировании необходимо учесть три условия: его размеры, форму и выстилку его стенок париетальной брюшиной. При концевой стоме размер стомального канала должен быть диаметром выводимого участка толстой кишки, при петлевой - двух диаметров кишки. При выведении наружу стенки кишки или ее конца кожа и подкожная клетчатка передней брюшной стенки удаляются в виде цилиндра диаметром до 2 см, а затем апоневроз и париетальная брюшина рассекаются крестообразно. При выведении петли слои передней брюшной стенки рассекаются линейно. После окончательного рассечения брюшной стенки париетальная брюшина фиксируется по границе разреза 4-6 швами, одним стежком к мышце, апоневрозу и подкожной клетчатке. Эти лигатуры не отсекаются, позже ими кишка фиксируется к брюшной стенке. Из всех вариантов колостомии самая несовершенная по функции обычно формируется колостомой на слепой кишке и выполняет одну задачу - декомпрессию. Отведение каловой струи частичное, а способность защитить нижележащие отделы сомнительна. Часто осложняется ретракцией, парак- лостомическим нагноением и перистомальным дерматитом. Нередко развивается пролапс в стому подвздошной кишки. Оправдано при толстокишечной непроходимости, когда общее состояние пациента не позволяет выполнить другое, большее по объему вмешательство.

Колостомия может быть выполнена на любом подвижном отрезке толстой кишки: цекостомия, трансверзостомия, сигмостомия. По В.Б. Сучкову, колостомия должна отвечать следующим требованиям:

- простота выполнения,
- преемственность этапов наложения и закрытия колостомы;
- надежная изоляция дистального отдела кишки;
- безопасность и радикальность при ликвидации колостомы.

У детей обычно постоянная колостома не приемлема, однако она может быть использована исключительно редко у тяжело больных. Учитывая временный и недолгосрочный характер, широкое применение находят наиболее частые из колостом: двухствольная петлевая, терминальная и

пристеночная. Такое деление обусловлено техникой формирования характера кишечного пассажа, а также выбором способа восстановительной операции.

I. ПЕТЛЕВАЯ КОЛОСТОМИЯ

Петлевая колостома представляет собой петлю ободочной кишки, выведенную в рану передней брюшной стенки и фиксированную на распорке, которая проводится через окно в брыжейке выведенной кишки и подшивается к париетальной брюшине и коже. При этом образуется шпора, препятствующая попаданию кала в отводящее колено кишки. Задняя стенка при этом методе не рассекается, такая стома может быть наложена там, где имеется длинная брыжейка толстой кишки, чаще всего на сигмовидной или поперечной ободочной кишке.

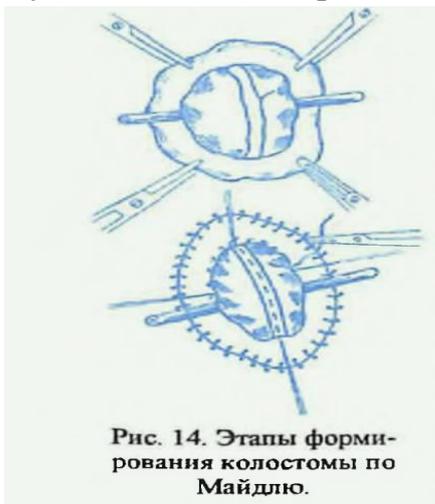
Петлевая колостомия - операция по формированию искусственного заднего прохода на одном из участков толстой кишки, которая выполняется для временного отведения фекалий от дистального отдела кишки. Противоестественный задний проход - это есть петлевая колостомия, через это отверстие наружу выводится все содержимое кишки. Мы предлагаем классическую и модифицированные методы петлевой колостомии у детей.

A. Противоестественный задний проход в классическом варианте

Техника. Разрезы брюшной стенки проводятся соответственно предполагаемому участку. После вскрытия брюшной полости брюшину тотчас берут зажимами Микулича. Извлекают в нужном месте колено толстой кишки. При наложении противоестественного заднего прохода на правую половину толстой кишки, а иногда и на поперечную ободочную мобилизуют кишку обычно тупым путем - тупфером и пальцами. У вершины колена, в бессосудистом участке, брыжейку перфорируют и проводят марлевую полоску держалку. Обе кишки, образующие петлю, сшивают между собой ближе к брыжеечному краю серозно-мышечными капроновыми швами так, чтобы длина колена была не менее 8-10 см. Мышцы, апоневроз и кожу передней брюшной стенки ушивают так, чтобы петля проходила с некоторым усилием и в то же время не ущемлялась. Брюшину подшивают к апоневрозу капроновыми швами. Петлю кишки выводят над поверхность кожи на 4-6 см и фиксируют к брюшине этими же швами. Марлевую полоску- держалку удаляют. Через большой разрез фиксируют участки кишки, граничащие с выведенным участком, путем наложения капроновых стягивающих швов на брыжейку. Помимо этого, при наложении искусственного заднего прохода на слепую кишку или начальный отдел восходящей подвздошной кишки их

фиксируют 3-4 капроновыми швами к задней париетальной брюшине. Большой разрез брюшной стенки ушивают послойно, линию кожных швов обильно смазывают пленкообразующей жидкостью. На выведенной кишке проводят продольный разрез в области свободной ленты. Края разреза подшивают капроновыми узловыми швами к коже, отступив от ее разреза на 7-10 мм. Этот метод наложения противоестественного заднего прохода упрощен несколькими авторами с изменениями и модификациями. Приведем несколько вариантов, которые чаще применяются в детском возрасте. Петлевая колостома по Майдлю Двухствольная петлевая колостомия по Майдлю применяется в детском возрасте чаще из-за простоты техники наложения, однако при этом довольно часто наблюдаются осложнения после её создания и закрытия.

Техника. Послойно вскрывают соответствующие участки передней брюшной стенки, париетальную брюшину мобилизуют и подшивают к кожной ране, извлекают петли сигмовидной или поперечной ободочной кишки из брюшной полости. Через брыжейку под кишкой проводят прочный стержень и укладывают на передней брюшной стенке.



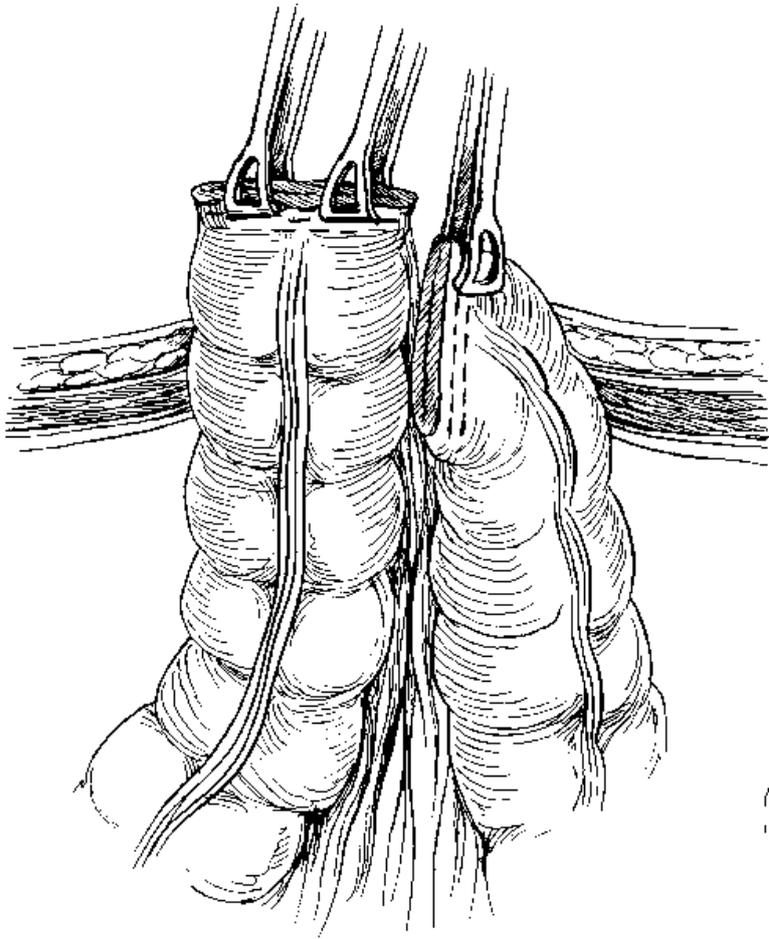
У брыжеечного края приводящий и отводящий отделы кишки сближаются несколькими швами. Кишку вскрывают по тению, края ее разреза подшивают узловыми капроновыми швами к коже. Кожу вокруг свища покрывают слоем индифферентной пасты или пленкообразующей жидкостью. При закрытии такой колостомы имеются определенные затруднения чисто технического плана. Из-за наличия большого числа осложнений при ношении и трудности при ее закрытии, в техническом плане в клинике плановой хирургии НИИ педиатрии РАМН данный метод нами упрощен и усовершенствован.

В. Модифицированный метод Майдля

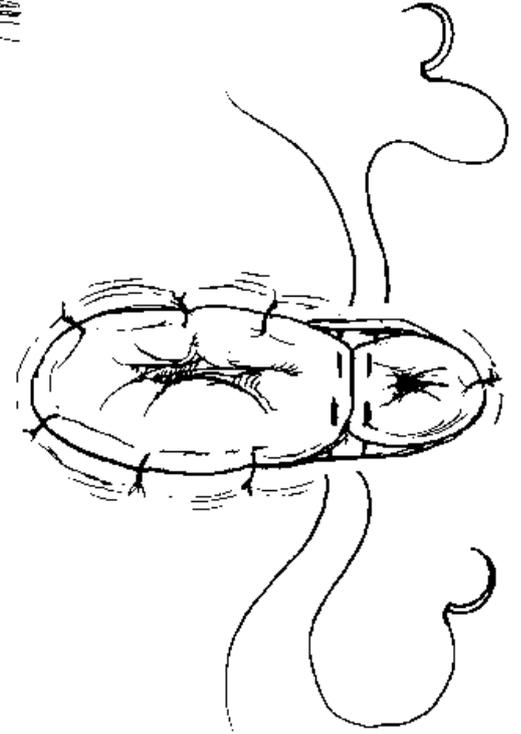
Однорядный шов между брюшиной и стенкой выведенной кишки, предложенный в классическом методе Майдля, не может обеспечить полной изоляции выключенного сегмента от попадания каловых масс. Поэтому рекомендуется сначала создание колопекции, потом вскрытие кишки на 2-3 сутки. А.И. Лёнюшкин рекомендует применение модифицированного метода Майдля в несколько измененном варианте. Модифицированный метод

Майдля отличается от классического тем, что все слои передней брюшной стенки послойно подшивают к кишке и создают многослойный барьер от проникновения инфекции в брюшную полость, что позволяет вскрыть просвет кишки вскрывают кишку поперечно в косом направлении сразу после окончания операции при помощи электроножа.

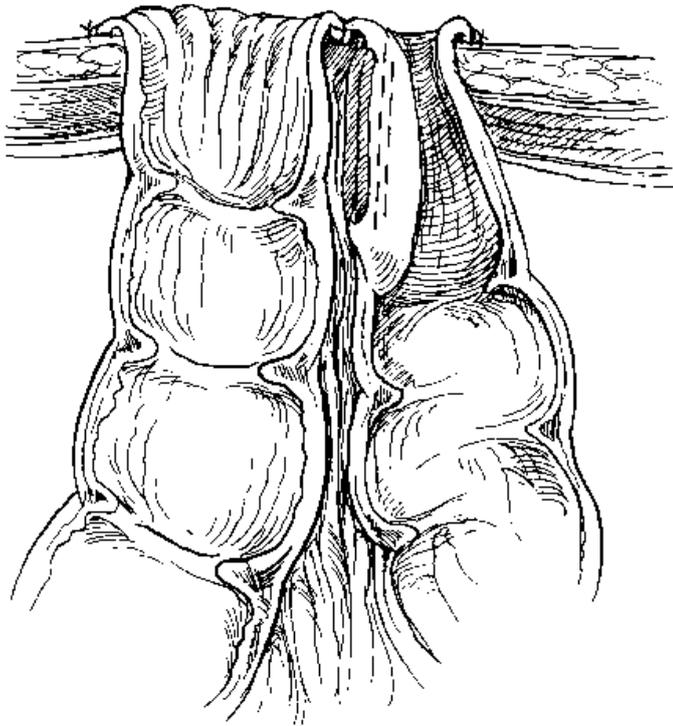
Техника. Небольшим разрезом в соответствии с выбранным уровнем наложения свища послойно вскрывают брюшную полость, из раны извлекают петлю соответствующего отдела ободочной кишки.



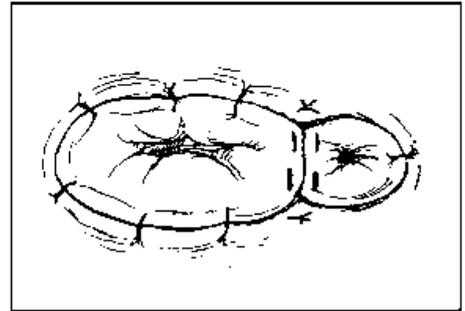
A



B



C



В брыжейке делают отверстие (а), через которое проводят стеклянную трубку для фиксации кишки в подвешенном состоянии (б). Ниже трубки, между коленями кишки, накладывают серо-серозные швы - по два с каждой стороны (с). Редкими капроновыми швами «двухстволку» послойно фиксируют к брюшине, мышцам, апоневрозу и коже. Стеклянную трубку фиксируют резиновой трубкой в виде «баранки». По окончании операции выведенную кишку прикрывают стерильной марлевой салфеткой, пропитанной бальзамическим линиментом (по Вишневному). Ее вскрывают по истечении 20-24 ч, когда происходит рыхлое склеивание тканей. Раньше этого срока вскрывают кишку у больных, находящихся в тяжелом состоянии, когда срочно необходимо разгрузить кишечник. Разрез скальпелем или ножницами наносят без анестезии в косом направлении, примерно под углом 45° на 2/3 окружности кишки, не затрагивая брыжеечного края. Через некоторое время стенка кишки срастается с кожей. Трубку, на которую подвешена петля, удаляют через 18-20 дней. За этот срок двухствольная колостома прочно срастается с тканями брюшной стенки и не западает в сторону брюшной полости. При экстренных случаях для декомпрессии кишки в ходе операции делают разрез стенки кишки, просвет ее интубируют трубкой и фиксируют к сетчатому шву. Через сутки трубку удаляют и расширяют разрез на кишке. При закрытии колостомы, наложенной по нашей методике, можно без затруднений послойно отделить кишку от кожи, апоневроза, мышц и закрыть ее внебрюшинно. В наших наблюдениях у 400 больных были применены петлевая и терминальная колостомы, причем у более половины из них - модифицированным методом Майдля. Сравнительная оценка показала преимущества модифицированной методики операции, которая не приводит к осложнениям колостомы в послеоперационном периоде. Мы не встретили технических трудностей, связанных с отделением стенки кишки во время внебрюшинного закрытия, при этом кишечный анастомоз располагался внебрюшинно. Учитывая большие преимущества данного метода, следует отметить, что он заслуживает широкого применения в практике.

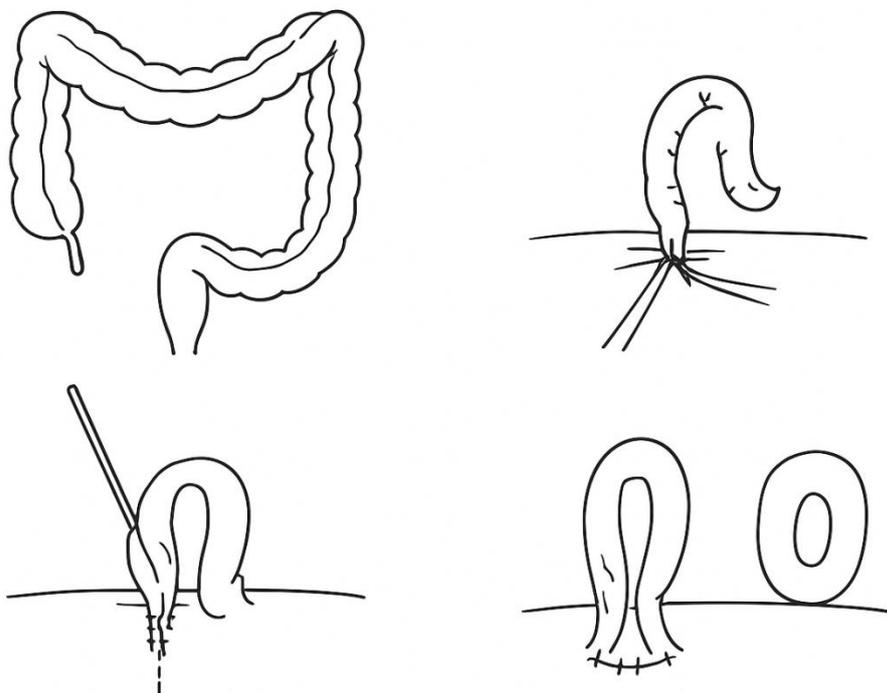
Технические и тактические ошибки при применении отдельных видов и методов колостомии в последнее время стали наблюдаться чаще в связи с широким использованием колостомы и развитием проктологической службы детского возраста, а также с ее необоснованным и нецелесообразным применением в ургентной хирургии неквалифицированными хирургами. Кроме того, при двухствольной петлевой колостоме нередко ошибки, связанные с техникой образования шпоры. По нашим наблюдениям, эти ошибки были обусловлены незнанием методики отдельных видов операции хирургами (недостаточной фиксацией стенки кишки к брюшной стенке,

ранним удалением стержня). При этом часто происходит ретракция шпоры и стома имеет структуру пристеночной колостомы.

Г. Петлевая колостома по Гирдаладзе

При этой технике операции создание противоестественного заднего прохода идентично предыдущей, но шпора формируется двумя узкими мышечно-апоневротическими лоскутами наружной косой мышцы живота, проведенными под кишечной петлей в перпендикулярном к ней направлении и подшиваемыми к противоположным отделам апоневроза. На 4-е сутки кишку вскрывают овальным разрезом и края подшивают к коже. Автор различает высокий, средний и низкий варианты шпоры. Шпоры, предложенные методом Гирдаладзе, не могут обеспечить полную изоляцию выключенного сегмента от попадания каловых масс. Поэтому Г.А. Баиров рекомендует создание противоестественного заднего прохода в несколько измененном варианте - так называемый метод Гирдаладзе с модификацией ЛПМИ.

Техника. Разрез в 5-6 см делают справа над проекцией нижней трети наружной косой мышцы живота.



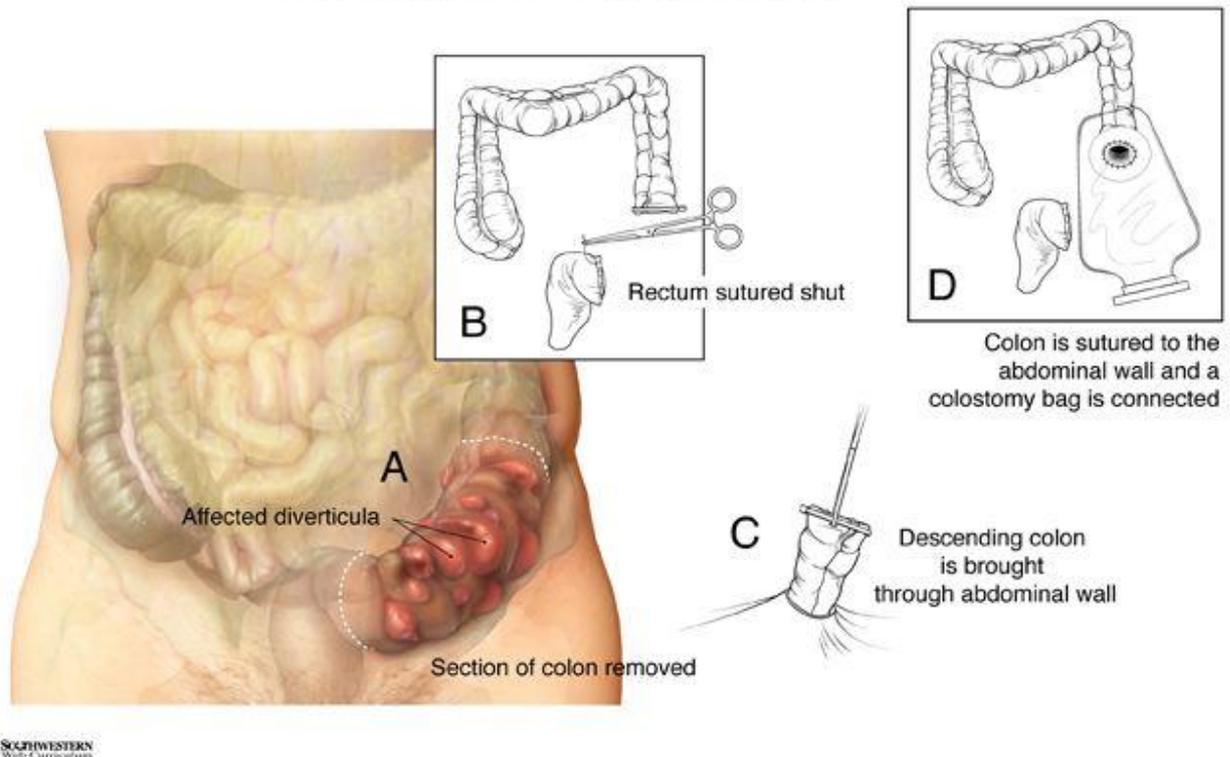
После обнажения апоневроза выкраивают два встречных лоскута, которые в последующем будут перемещены и уложены поперек (для фиксации выведенной кишки). Концы лоскутов прошивают нитями-держалками. Затем вскрывают брюшину, извлекают средний отдел восходящей кишки. В брыжейке, ближе к кишке, образуют отверстие для последующего проведения

апоневротических лоскутов, вводят туда держалку, подтягивают и подшивают к брюшине. Брыжеечный край должен располагаться на уровне кожной раны. Затем через отверстие в брыжейке кишки проводят образованные встречные лоскуты, сшивают между собой несколькими швами и подшивают к краям отверстия в апоневрозе. Кишку послойно фиксируют к мышцам, апоневрозу и коже. Вскрывают кишку сразу после окончания операции электроножом по *tenia libera*, дополняя разрез над проекцией будущих свищей. Недостатком метода является то, что выкроенные два встречных лоскута апоневроза после подшивания теряют свою прочность и оседают, образуя низкий уровень - шпору. Это укорачивает ее нормальную функцию и приводит часто к стенозированию или преобразованию пристеночной колостомы. А также при закрытии колостомы создается сложность из-за технической трудности отделения петли кишки от апоневротической шпоры, поэтому хирурги часто прибегают к внутрибрюшному способу.

II. ОДНОСТВОЛЬНАЯ (ТЕРМИНАЛЬНАЯ) КОЛОСТОМА

Одноствольная (терминальная) колостома создается путем полного пересечения кишечной петли и выведения проксимального конца ее на переднюю брюшную стенку по типу Гартмана. Она применяется как заключительный этап после экстирпации прямой кишки по поводу рака или как один из этапов реконструктивно-восстановительной операции при различных заболеваниях и травмах толстой кишки. При этом любой сегмент ободочной кишки выводят на брюшную стенку и формируют одноствольную (концевую) колостому в зависимости от места поражения толстой кишки.

Hartman's Procedure



По описанной методике нами оперированы 27 детей. В детской практике терминальная колостома из-за большой травматичности и сложности техники наложения и закрытия еще не получила широкого распространения у маленьких детей.

В последнее время большинство неонатальных и детских хирургов (О.Г. Мокрушина и др., 2010.) отдают предпочтение созданию «мукозной терминальной сигмостомы при коррекции сложных аноректальных пороков развития (ректоуретральных и ректовагинальных свищах) через операционную рану промежностным или сакро-промежностным доступом.

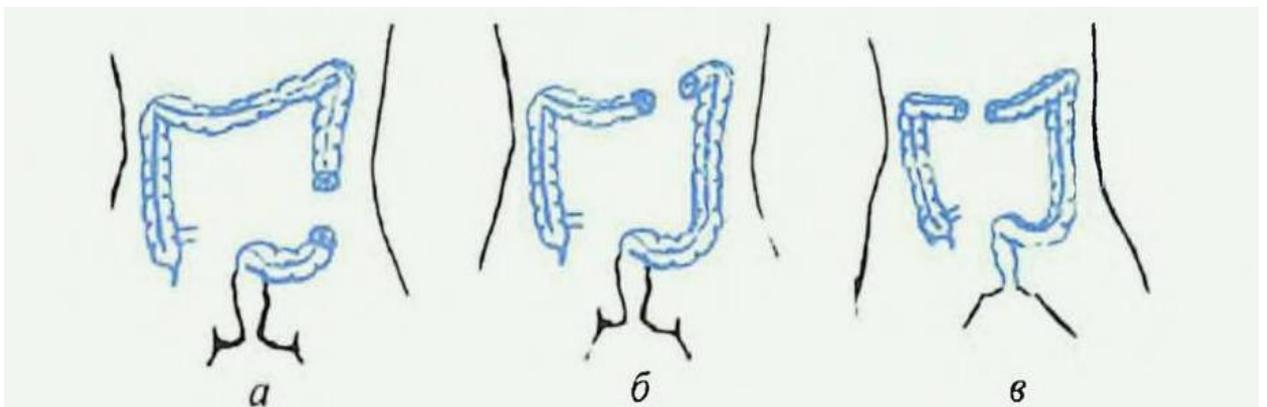


Рис.19. (а,б,в). Виды терминальной двойной колостомы:
а) сигмостома; б) трансверзостома – б) правосторонняя; в) левосторонняя

При этом отводящие и приводящие отделы выводятся на уровне кожи отдельно, как при терминальной двухствольной колостоме. Отводящая часть просвета стом сужается путем ушивания и выводится отдельно на уровне кожи, оставляя слизистую оболочку (мукоза). После приживления раны приводящая часть функционирует как при терминальной одноствольной сигмостоме, а отводящая суженная мукозная часть находится на уровне кожи, что создает условия для местной санации прямой и длинной сигмовидной кишки и подготовки отключенного отдела толстой кишки при закрытии сигмостомы. Избыточное выведение приводящего отдела при терминальной колостомии в свою очередь ведет к ускорению процесса «созревания» колостомы и уменьшению числа осложнений. Полное исключение возможности попадания кишечного содержимого в отводящую кишку обеспечивает полноценную санацию отключенного участка кишки и промежности и, кроме того, удобно при применении калоприемника.

Несмотря на положительные стороны терминальной одноствольной колостомы у детей, она имеет следующие недостатки:

- при восстановлении непрерывности толстой кишки у больных с терминальной колостомой требуется пластическая восстановительно-реконструктивная операция с мобилизацией и перемещением кишечного сегмента в новых условиях его расположения и кровоснабжения.

- при долгом ношении, осложнении приводящая петля кишки по диаметру не соответствует петле отводящей, поэтому при закрытии колостомы создаются немалые технические трудности, что может привести к внутрибрюшному осложнению - послеоперационному перитониту.

При длительном сроке (3-4 года) ношения терминальной проксимальной сигмостомы отключенная дистальная часть инвалидируется. При этом необходима длительная тренировка её при закрытии. При отсутствии восстановления грозит обширная резекция этого отдела.

III. ПРИСТЕНОЧНАЯ КОЛОСТОМА

Пристеночная колостома выполняется непосредственно пришиванием краев кишечного отверстия к краям раны передней брюшной стенки и планируется на короткий срок, по типу формирования губовидного свища. Она применяется в неотложных состояниях, по жизненным показаниям при наличии некроза или перфорации, на отрезке стенки толстой кишки. При тяжелом общем состоянии ребенка невозможно произвести первичную резекцию. При этом пристеночная колостома накладывается на самый

проксимальный перфорированный отрезок толстой кишки. При перфорации язвы толстой кишки, свище слепой кишки, осложненном аппендиците или перитоните, при которых невозможна резекция этого отдела, чаще ограничиваются наложением пристеночной колостомы с целью загрузки до 1 месяца через операционную рану. Он в зависимости от локализации различается: пристеночной цекостомой, трансверзостомой и сигмостомой.

Техника. При цекостомии брюшную полость вскрывают послойно правосторонним аппендикулярным разрезом и выводят купол слепой кишки к ране. Обнаруживается растянутая слепая кишка с истонченной стенкой. Слепую кишку извлекают из брюшной полости. На стенку накладывают поверхностный кисетный шов диаметром 2 см, в который захватывают только слой серозы, и узловатыми серо-серозными швами циркулярно подшивают к париетальной брюшине. Аналогичная операция проводится в поперечной ободочной и сигмовидной кишках. Теми же нитями края кожной раны подшивают к кишечной стенке для того, чтобы кишечное содержимое не попадало между слоями брюшной стенки. В центре кисетного шва проводится разрез, в полости слепой кишки устанавливается резиновая трубка, нити затягиваются и фиксируются к стенке.

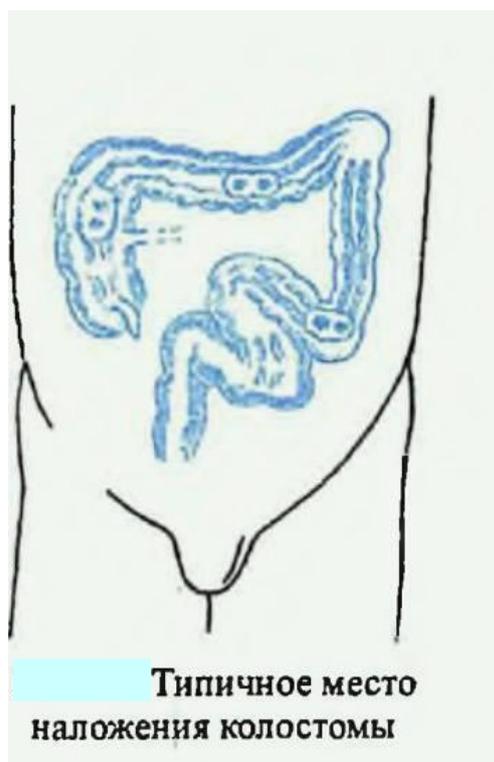


Если не требуется срочного вскрытия слепой кишки, то вокруг нее делают кольцо из салфеток и на него накладывают мазь или бальзам «Бакстимс». Через сутки висцеральная брюшина слепой кишки срастается с париетальной так, чтобы при этом можно было вскрыть кишку. Наложением такого свища можно устранить только явления кишечной непроходимости, что ни в коей мере не отвечает требованиям колостомы. Во всех наших наблюдениях пристеночную колостому пришлось реконструировать в петлевую. Поэтому при хирургическом лечении заболеваний толстой кишки и аноректальной зоны пристеночная колостома не может быть методом выбора.

ГЛАВА 5

МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ КИШЕЧНЫХ СТОМ У ДЕТЕЙ И ВЫБОР МЕТОДА И УРОВНЯ НАЛОЖЕНИЯ КОЛОСТОМЫ

Правильный целенаправленный подход при выборе метода и уровня наложения колостомы у детей важен и для больного, и для хирурга. В связи с большим числом осложнений, связанных с колостомой, в некоторых случаях больные больше страдают от нее, чем от самой болезни. Поэтому в этой главе рассмотрим подробнее данный вопрос. Выбор уровня (места) для наложения колостомы при различных заболеваниях играет большую роль и зависит от характера патологии толстой кишки.



При болезни Гиршпрунга выбор метода определяется длиной (протяженностью) аганглионарной зоны, однако не всегда удается уточнить уровень суженного участка во время радикального вмешательства. Так, например, колостома, наложенная на середину сигмовидной кишки при короткой аганглионарной зоне, в последующем вызывает необходимость

полной резекции сигмовидной кишки, тогда как наложенная в нижней трети (в переходной зоне) позволяет частично сохранить ее. Однако при этих состояниях сигмостома часто осложняется эвагинацией за счет мобильной приводящей части. С подобными случаями нам приходилось сталкиваться неоднократно. При осложнениях и повторных коррегирующих операциях колостому также накладывают на разные отделы. При этом подход к решению данного вопроса должен быть особенно тщательным. Больному уже применялась резекция большего или меньшего участка толстой кишки, и возможности повторного низведения резко ограничены. Если к тому же оставшаяся часть ободочной кишки будет колостомирована нерационально, повторное низведение ее окажется невозможным и может серьезно встать вопрос о создании стационарной колостомы. Поэтому учитывают необходимость повторного низведения. Поскольку ни в одном случае такая возможность не исключается, нужно максимально сохранить кишку, то есть создать правостороннюю колостому.

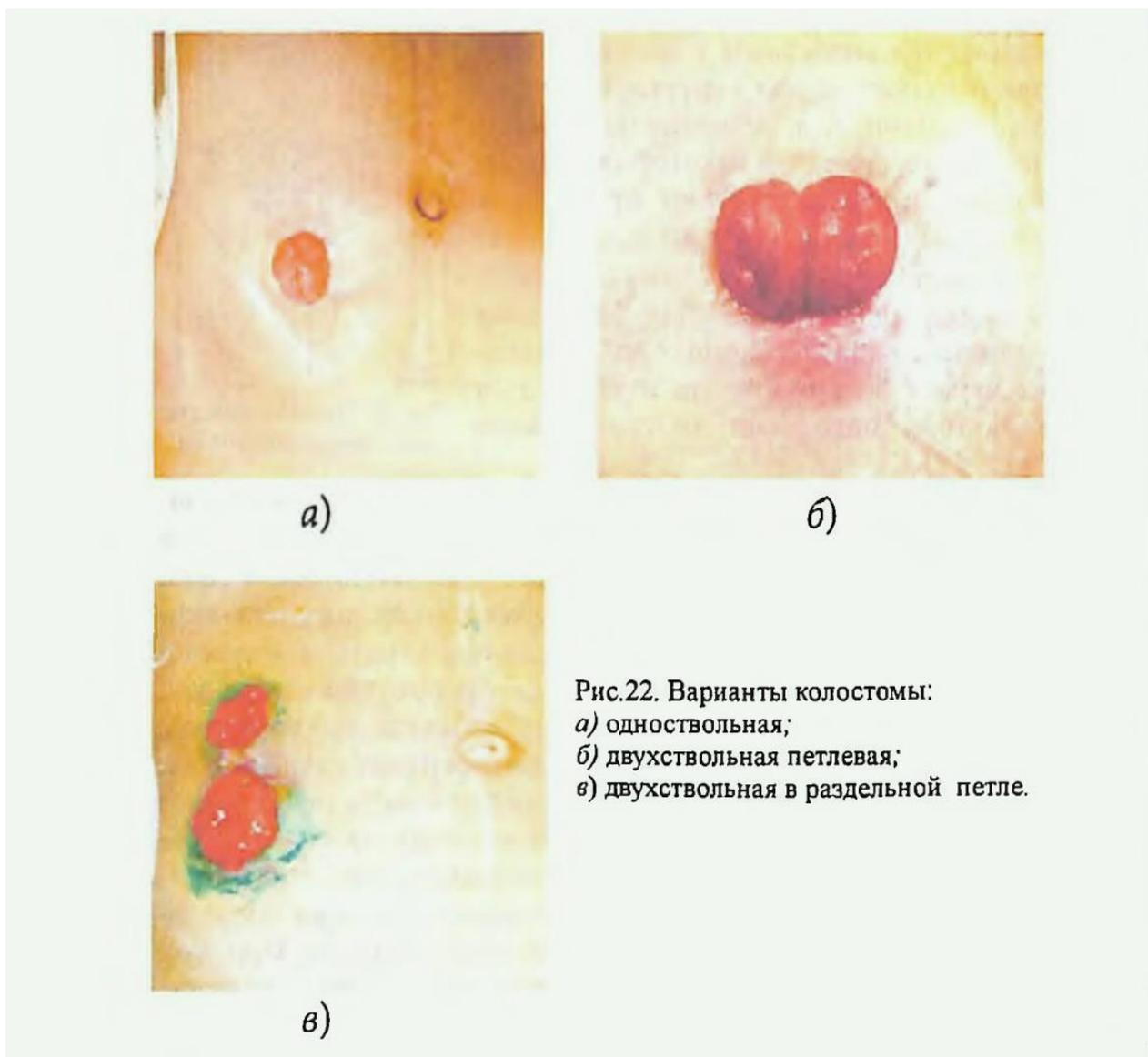


Рис.22. Варианты колостомы:
 а) одноствольная;
 б) двухствольная петлевая;
 в) двухствольная в раздельной петле.

При выборе уровня наложения колостомы у больных с аноректальными аномалиями учитывают форму (свищевая, бессвищевая) и высоту атрезии или свища. Чаще используют левостороннюю колостомию, но нередко свищ формируют справа. В последнем случае, к сожалению, не всегда принимают во внимание то обстоятельство, что длительное отключение кишки может обусловить ее инволюцию.

Приведем пример. Больной С., 2 г. 9 мес, поступил в отделение с жалобами на отсутствие стула естественным путем.

Из анамнеза: ребенок родился с атрезией заднего прохода, и на 2-е сутки жизни ему была выполнена промежностная проктопластика, которая осложнилась нагноением раны и расхождением швов. В последующем наступили рубцовое сужение вновь созданного заднего прохода и полное его заращение. В этой связи в 8-месячном возрасте ребенку была наложена петлевая колостома на слепую кишку. Объективно: общее состояние

удовлетворительное. На месте анального отверстия - послеоперационные рубцы. Опорожнение кишечника через колостому. При рентгенологическом исследовании толстой кишки (фистулографии) справа выявлено равномерное сужение всех отделов, за исключением дистальной части, которая оказалась резко расширенной, заполненной бариевокаловым камнем. Это создало определенные трудности для выполнения радикального повторного вмешательства, так как пришлось при помощи клизм длительное время «тренировать» кишку.

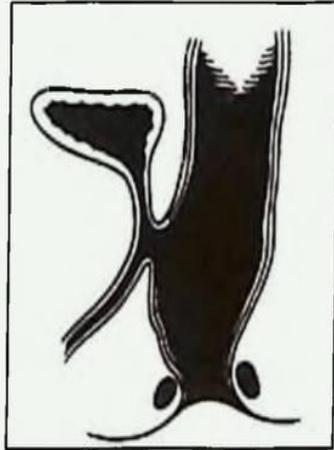
Ретроспективно оценивая данное наблюдение, можно с уверенностью констатировать, что хотя грубой тактической ошибки в выборе уровня колостомии и не допущено, однако целесообразнее было бы наложить ее слева, в том месте, где имеется граница между резко расширенным дистальным отрезком и нормальной сигмовидной кишкой, и тогда бы функционировала вся толстая кишка. При деформациях аноректальной области после травматических повреждений у детей, мы считаем оптимальным уровнем наложения плановой колостомы левосторонней локализации.

Обобщая проблему выбора места наложения колостомы, следует сказать следующее. При решении данного вопроса в первую очередь надо учитывать характер основного заболевания, предполагаемую возможную длительность существования колостомы, вид и объем предстоящего в дальнейшем основного радикального оперативного вмешательства, особенно - необходимость низведения ободочной кишки. Проведенные нами наблюдения позволили выработать тактику, предусматривающую несколько вариантов выбора места наложения калового свища. Из практических соображений и в интересах больного приходится делать выбор между правой (слепая кишка) и левой (сигмовидная кишка) половинами. Это положение относится и к болезни Гиршпрунга, и к аноректальным аномалиям, и к повреждениям ректоанальной зоны. При этом следует подразделять больных на первичных и нуждающихся в повторных коррегирующих операциях. У первичных больных с несвищевыми формами анальной атрезии и болезнью Гиршпрунга с декомпенсированным течением в раннем грудном возрасте оптимальным вариантом служит левосторонняя колостомия. Ее преимущества состоят в том, что остается функционирующей практически вся нормальная кишка, а отключенный участок в дальнейшем удаляется. В таком состоянии ребенок может жить без особого ущерба для здоровья до радикального вмешательства длительное время. При этом сигмостому ликвидируют во время основной радикальной операции. При свищевых формах атрезии заднего прохода и болезни Гиршпрунга у детей старшего возраста предпочтительнее

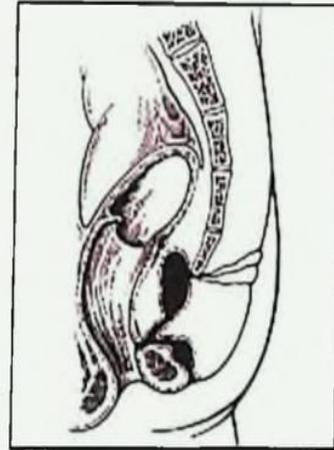
правосторонняя колостома, поскольку свищ в области сигмовидной кишки усложняет последующее выполнение радикальной операции. Он опасен из-за нарушения асептики; обычно в связи с его наличием приходится удалять более обширный участок кишки. При повторных вмешательствах следует учитывать возможность низведения кишки в будущем. При планировании коррегирующей операции целесообразнее правосторонняя колостомия, так как левосторонняя может создать непреодолимые трудности и преграды. Если же вслед за колостомой не предстоит вмешательство, связанное с мобилизацией и удалением ректосигмовидного отдела, ее лучше наложить слева. Несмотря на то, что в работе речь идет в основном о временной колостомии, нельзя не упомянуть о постоянной (стационарной) колостомии, необходимость в которой возникает очень редко в детском возрасте. Это, как правило, бывает при осложненном течении хирургической коррекции аноректальных аномалий или после травматического повреждения органов и тканей малого таза и промежности. При этом хирург должен, во-первых, решить, чему отдать предпочтение - петлевой или концевой колостоме, и, во-вторых, определить уровень наложения колостомы, который бы позволил максимально сохранить функцию оставшихся отделов толстой кишки и надежно предупредил развитие эвагинации проксимальных отделов через стому. Кроме того, вид колостомы и уровень ее наложения во многом будут определять удобства при ношении калоприемника. При формировании постоянной колостомы методом выбора следует признать концевую колостому. Такая стома имеет ряд преимуществ перед петлевой, так как она меньше по размеру и к ней легче подобрать калоприемник. Важное достоинство концевой колостомы - полная изоляция дистальных отделов толстой кишки от попадания каловых масс. Это особенно важно тогда, когда имеется рецидив ректовагинального свища с большим дефектом влагалищно-прямокишечной перегородки.

Приведем пример. *Больной А., 6 лет. Из анамнеза: ребенок с рождения страдает запорами. При обследовании в возрасте 2 мес. был установлен диагноз - болезнь Гиришпрунга, декомпенсированное течение. Была наложена пристеночная колостома на восходящий отдел ободочной кишки. В послеоперационном периоде колостома стала самостоятельно закрываться. По поводу нарастающих явлений каловой интоксикации через 8,5 мес. была произведена операция - ревизия участка аганглионарной зоны и наложение концевой колостомы на суженный участок сигмовидной кишки. Однако колостома, наложенная на аганглионарную зону, быстро подверглась рубцовому стенозу, что потребовало ее реконструкции. Через год осуществлена операция по Дюамелю с ликвидацией колостомы.*

Послеоперационный период осложнился развитием грубого рубцового стеноза низведенной кишки. Попытка через 8 мес. после брюшно-промежностной операции рассечения перегородки и наложения зажима Баирова эффекта не имела. Стенозирование прогрессировало, несмотря на попытки бужирования низведенной кишки. Вновь у ребенка стали возникать стойкие запоры, вздутие живота и каловая интоксикация. Больной в тяжелом состоянии доставлен в отделение плановой хирургии. Рентгенологическое исследование показало, что низведенная кишка является участком аганглионарной зоны. Учитывая неэффективность консервативной терапии, сделана попытка реконструктивной операции, в ходе которой установлен выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Выделение дистального отдела толстой кишки не представлялось технически возможным, так как полость малого таза практически отсутствовала. Решено было ограничиться резекцией зоны аганглиоза с наложением концевой колостомы на нисходящий отдел толстой кишки. В послеоперационном периоде признаки каловой интоксикации быстро исчезли, и больной выписан домой. Повторно больной поступил через 2,5 года в удовлетворительном состоянии. Ребенок хорошо развивается и не отстает от сверстников. Со слов матери, никаких проблем с колостомой нет: ребенок носит калоприемник, опорожняется через стому два раза в день, осложнений колостомы нет.



«Н» тип
ректоуретральный свищ.



Дермоидная
киста осложненной
свищами на ягодичной и
копчиковой области.



Инволюция вся
толстой кишки с каловыми
камнями в дистальной части.



Инволюция
дистального отдела толстой
кишки при проксимальной
сигмостомы.



Обширная
эвагинация петлевой
сигмостомы.



Эвагинация
илиоцекального угла при
цекастомы (срединной)
атипичной локализации.



Высокая аноректальная атрезия.



Высокая аноректальная атрезия с ректоуритальным свищом.



Персистирующая клоака.



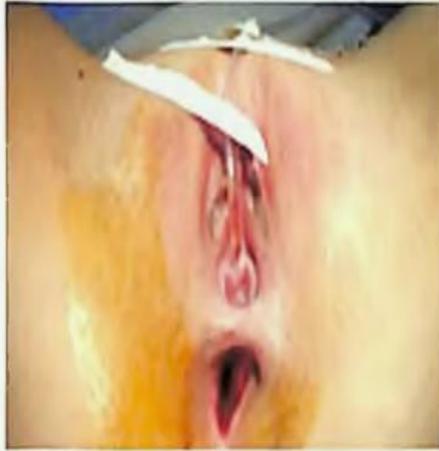
Высокая форма аноректальной атрезии с ректовагинальным свищом.



Эвентрация тонкой кишки вокруг сигмостом.



Мацерация вокруг стома с обширной воспалением кожи.



После неоднократной неудачной АРП по поводу рецидива ректовестибулярного свища.



Посттравматическая рубцовая деформация промежности и заднего прохода.



Рецидив ректовестибулярного свища с отсутствием перегородки.



НЭК. Разлитой каловый перитонит.



Пасты для защиты кожи вокруг колостом.



А



Б



В



Г



Д



Е

Больной А. 1,2 месяцев. Диагноз: Аноректальная атрезия с ректоуретральным свищом осложненной полной эвагинацией сигмовидной кишки.

Операция: БППП с ликвидацией ректоуретрального свища и эвагинированной сигмовидной кишки с обширной резекцией. А – внешний вид больного; Б,В,Г,Д,Е – этапы операции.



Послеоперационное нагноение раны при ликвидации сигмостом.



Временное опорожнение зондом приводящей части сигмостом при осложнениях – «оседания шпоры».



Безвещевая высокая форма аноректальная атрезия.



Отхождение мекония при ректоуретральном свище.



Больной К. Этапы висцероинтимального закрытия сигмостомы.



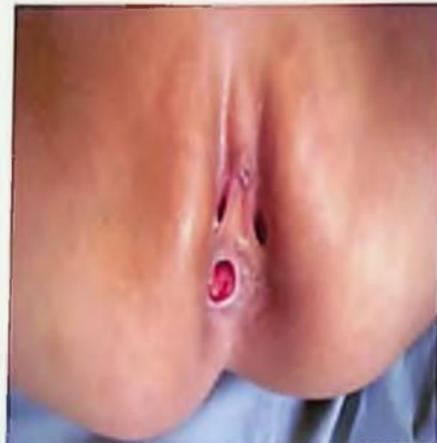
После неоднократной неудачной БППП при высокой форме аноректальной атрезии. СПО терминальной цекстомии.



НАЖ с полным выпадением прямой кишки.



Разрыв промежности с «Н» тип ректovesтибулярного свища.



После неоднократной, неудачной АРП по поводу рецидива ректovesтибулярного свища.



Состояние после повторной, неудачной. АРП по поводу ректovesтибулярного свищ «Искусственная клоака».



Перианальные свищи при болезни Крона.

Нами предпринята еще одна попытка низведения толстой кишки, но технически это не удалось, что подтвердило правильность врачебной тактики при наложении у больного концевой стационарной колостомы. Таким образом, правильный выбор метода и уровня наложения временной колостомы играет существенную роль как в достижении цели ее создания, так и в благоприятном течении периода ношения и в конечном итоге - исходе радикальной операции.

Проведенные наблюдения свидетельствуют о нецелесообразности применения у детей сложных методик создания калового свища, используемых у взрослых больных. Методами выбора следует признать петлевую двуствольную колостому по Майдлю в модификации или терминальную (концевую). Модифицированный метод Майдля имеет существенные преимущества перед классическим, обеспечивая меньшее число осложнений. Пристеночная колостомия может быть произведена в исключительных случаях как экстренное пособие для разгрузки кишечника, когда тяжелое общее состояние не позволяет без большого риска для жизни ребенка выполнить другие виды колостомии. Что касается уровня колостомии, то этот вопрос решается индивидуально в каждой конкретной ситуации. Во всех случаях прежде всего следует руководствоваться интересами предстоящего радикального оперативного вмешательства. Созданная колостома должна максимально обеспечивать оптимальные условия для детей, проведения операции и ухода, не создавать дополнительных трудностей. В этой связи «типичными» местами наложения калового свища надо признать поперечно ободочной кишку (срединная колостомия) и верхнюю треть сигмовидной (левосторонняя колостомия), другие локализации, в области слепой кишки, должны быть исключением.

ГЛАВА 6

УХОД ЗА СТОМОЙ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

Принципы ухода за стомой для взрослых применимы как к новорожденным, так и к детям. Однако особое внимание следует уделять особенностям кожи и профилю тела недоношенных новорожденных и детей разного возраста. Это требует, чтобы медсестры всегда использовали свое клиническое мнение для обеспечения наилучшей практики оказания медицинской помощи.

При замене стомы необходимо оценить и задокументировать следующие факторы:

- Стома: размер, выпячивание (выпуклое, заподлицо или втянутое ниже уровня кожи), форма, цвет, внешний вид
- Перистомальная кожа: неповрежденная, мацерированная, красная, эрозированная, инфицированная, аллергический дерматит, гранулема.
- Кожно-слизистые соединения: не повреждены, отделены
- Характеристики выделений: Стул: консистенция, количество, цвет; Моча: прозрачная, мутная, со слизью, запахом

Медсестры по уходу за стомой также должны документировать:

- Причина(ы) замены системы наложения тампона
- В случае протечки - пораженный участок кожи
- Реакция пациента/родителей/лиц, осуществляющих уход, т.е. уровень комфорта при уходе за стомой
- Признаки и симптомы обезвоживания

Профиль тела

Живот у младенцев обычно короткий и округлый, особенно в верхней части. В нижней части живота, около паха, у них имеются кожные складки, и при движении ребенка между брюшной полостью и бедром может возникать некоторое трение. Эти замечания необходимо учитывать при выборе и применении мешочка, чтобы убедиться, что изделие для стомы не мешает подвижности и комфорту ребенка.



Профиль тела ребенка
с двуствольной стомой



Профиль тела младенца

Использование выпуклости у новорожденных и детей младшего возраста

Согласно литературным данным, при недавно сформированных стомах следует избегать образования выпуклостей. Прежде чем использовать какие-либо выпуклости, даже эластичные, медсестра должна убедиться, что линия шва на стоме зажила. У детей старшего возраста и грудных детей использование гибкой выпуклой опоры может помочь предотвратить просачивание стула или мочи под защитный кожный барьер. Рекомендуется использовать прогрессивную выпуклость. Для младенцев и детей грудного возраста выпуклость можно создать с помощью гидроколлоидов и барьерных колец. У детей младшего возраста выпуклость может быть достигнута путем добавления кусочков защитной добавки, полосок или колец на пластину перед нанесением. У детей школьного возраста и подростков можно использовать мягкое детское средство convexity, если оно имеется в наличии. Имеются в наличии педиатрические ремни, которые повышают эффективность использования выпуклостей. Если в вашем учреждении их нет, вы можете либо изготовить их самостоятельно, либо подогнать взрослый пояс-стому по размеру ребенка, следя за тем, чтобы пряжки на ремне не травмировали кожу.

Уход за слизистой фистулой

Согласно литературным данным, наложение тампона на слизистый свищ может и не требоваться, если нет сопутствующих выделений или если наложение тампона не требуется для защиты стомы. В некоторых случаях свищ следует накладывать отдельно от функционирующей стомы. Это необходимо, если стомы расположены на животе на достаточном расстоянии друг от друга, если имеется слизистый свищ между дистальным отделом кишечника и мочевыводящими путями. Чтобы предотвратить риск инфекции мочевыводящих путей, мочевую стому ни в коем случае нельзя помещать в тот же карман, что и пищеварительную. В литературе также говорится, что слизистый свищ может остаться незакрытым в подгузнике младенца, если он расположен ниже функционирующей стомы и младенец не рискует прикоснуться к ней. Если ребенок особенно активен, свищ может раздражиться или начать кровоточить из-за трения о подгузник. В этом случае может потребоваться закрыть слизистый свищ. При необходимости слизистый свищ можно закрыть силиконовой повязкой, колпачком для стомы или мешочком для новорожденных. Покрытие можно оставить на месте на несколько дней, пока оно не снимется или не появится подтекание. В идеале рекомендуется использовать прозрачное средство для лечения стомы, чтобы можно было ежедневно осматривать состояние слизистой фистулы.

Время ношения изделия для стомы

Имейте в виду, что время ношения мешочка недоношенным младенцем несопоставимо с периодом ношения ребенка старшего возраста или взрослого. Учитывая, что кожа недоношенных новорожденных имеет мало клеточных слоев и не имеет или плохо закрепляет кожные структуры, использование кожных барьеров длительного ношения может быть вредным для кожи недоношенных новорожденных. Также важно избегать любых средств, которые усиливают уплотнение между кожей и изделием для стомы, таких как цемент или бензоин. В литературе рекомендуется, чтобы более частая смена мешочков была предпочтительнее для обеспечения большей адгезии у младенцев и сохранения их здоровья.

Как упоминалось в начале руководства, имеется мало фактических данных о лечении детской стомы. Поэтому обязательно учитывайте имеющиеся данные по лечению ран при лечении стомы. Важно учитывать, что:

- кожные покровы у детей тоньше, что придает им большую эластичность, а значит, они менее устойчивы к агрессивному стулу.

- новорожденные большую часть времени проводят в положении лежа, поэтому их кожа находится в постоянном контакте с выделениями.

Цель состоит в том, чтобы изделие для стомы оставалось на месте минимум в течение 24 часов, чтобы предотвратить нарушение целостности кожи из-за плохой фиксации, хотя при использовании некоторых плохо сконструированных стом это может быть проблемой. Необходимо ежедневно наблюдать за разрушением кожного барьера, чтобы убедиться, что он по-прежнему обеспечивает адекватную перистомальную защиту кожи. Если кожный барьер все еще функционирует, время ношения может быть увеличено до трех дней. Диета и положение тела влияют на время ношения. «Детское устройство для стомирования должно оставаться неповрежденным в течение как минимум 24 часов или до четырех дней, при этом среднее время ношения составляет два-три дня. У недоношенных детей время ношения сокращается, и приемлемое время ношения может составлять от 12 до 24 часов.»

Вскрытие кожного барьера стомы

В существующей литературе не было найдено данных о том, на какой размер необходимо разрезать кожный барьер у новорожденных и детей младшего возраста. Однако мы знаем, что важно проверять размер стомы при каждой смене мешочка в течение первых нескольких недель после операции, поскольку размер и форма стомы могут меняться по мере спадения отека. Мы также понимаем, что размер стомы со временем будет меняться по мере роста ребенка, поэтому необходимы регулярные измерения стомы. Доступные сегодня защитные кожные барьеры более эластичны и с меньшей вероятностью врезаются в стому. Если разрезать стому шире, чем она есть, то кожный покров перистомы подвергается воздействию стоков, что может привести к протечке и повреждению кожи. В литературе рекомендуется, чтобы отверстие стомы было не более чем на 1/8 дюйма (1-2 мм) больше диаметра стомы на уровне кожи. Это делается для того, чтобы свести к минимуму воздействие на кожу сточных вод. Отверстие для стомы также должно быть не меньше диаметра стомы, чтобы предотвратить травму стомы или затруднение ее открывания. Если при открывании кожного барьера остается открытая область кожи, мы рекомендуем использовать пасту для стомы или кольцо. В случае выпадения или образования грибовидной формы стомы может быть трудно правильно измерить ее основание. Чтобы убедиться, что перистомальная поверхность хорошо защищена кожным барьером, стому необходимо осторожно приподнять, чтобы облегчить правильное измерение.

Лечение грибовидной или выпадающей стомы

Также может возникнуть проблема с установкой выпадающей стомы в мешочек, не травмируя кожу. Чтобы облегчить эту процедуру, вы можете:

- использовать кожное защитное кольцо, либо в его первоначальной форме, либо расплющить и растянуть его, чтобы сделать барьер шире. Это позволит увеличить размер кожного барьера при совместном использовании командного подхода для размещения выпавшей/грибовидной стомы.
- сделайте радиальные разрезы вокруг отверстия кожного барьера, чтобы было легче надевать мешочек на грибовидную/выпадающую стому. Затем кожный барьер может быть выровнен вокруг основания стомы.

Перистомальное очищение кожи

Очистите стому и перистомальную область, используя теплую воду и мягкую ткань. Кожу следует аккуратно вытереть насухо, не трением. Избегайте использования коммерческих салфеток, так как они могут содержать добавки, которые могут вызвать раздражение кожи или аллергию. Вместо этого используйте нестерильную мягкую ткань. Также не рекомендуется использовать средства, содержащие масло, ланолин или натуральные растительные масла, так как они могут нарушить адгезию средства для лечения стомы.

Опорожнение мешочка

Мешочек следует опорожнять, когда он заполнится на 1/3, что у младенцев бывает довольно часто. Это происходит потому, что они выделяют большое количество кала, а их мешочки маленькие. Если частота опорожнения мешочка высокая, рассмотрите возможность использования небольшого дренируемого мешочка для взрослых. Если у ребенка есть мочевиная стома, используйте дренажный пакет на ночь.

Газ

У младенцев обычно выделяется больше газов, чем у взрослых. Они заглатывают воздух во время сосания, а искусственная вентиляция легких создает дополнительный объем воздуха. Родителей следует научить, как удалять газы из мешочка. Некоторые мешочки для стомы поставляются с фильтром. В других случаях мешок можно открыть или добавить к нему вентиляционное отверстие для выхода газа.

Выделения из прямой кишки

Родителям (и ребенку, при необходимости) следует сообщить, что небольшие выделения из прямой кишки- это нормально. Это может быть связано с тем, что:

- Дистальный отдел кишечника выводит каловые массы, оставшиеся в нем после хирургического создания стомы;
- Дистальная стенка кишечника продолжает выделять слизь, которая периодически выделяется из прямой кишки;
- Директильный колит, который представляет собой воспаление нефункционального кишечника. Это состояние может вызвать темные или дурно пахнущие выделения из прямой кишки; или
- Петлевая стома, которая не отводит каловые массы полностью. В этих случаях попадание каловых масс из проксимального отдела кишечника в дистальный приводит к выходу каловых масс из прямой кишки.

У детей старшего возраста может возникнуть необходимость в промывании прямой кишки или слизистого свища, в зависимости от количества выделяемой слизи. Для этого используется жидкость, назначенная врачом или медсестрой-стоматологом.

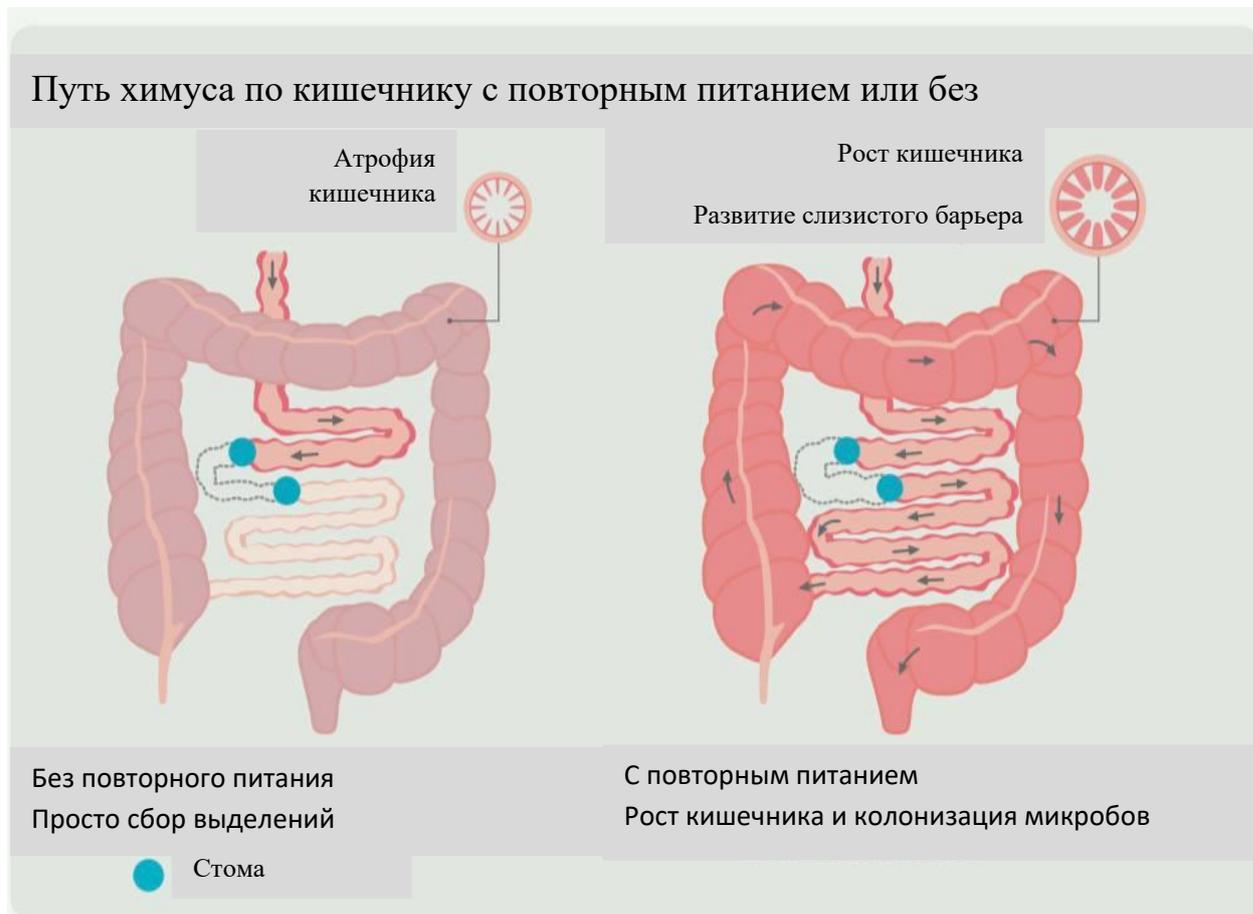
Повторное вскармливание слизистой фистулы (MFR)

Практика повторного вскрытия слизистых свищей (MFR) по-прежнему вызывает споры, и в разных медицинских центрах применяется разная практика. Из-за риска осложнений рекомендуется проводить эту процедуру в специализированных центрах. Важно, чтобы вы ознакомились с протоколом, принятым в вашем учреждении при проведении МФР. Оптимальный уход и ведение пациентов с МФР достигается за счет использования научно обоснованного командного подхода. Кроме того, в учреждении должно быть полное представление о методах и расходных материалах, которые будут использоваться.

Определение и указания

«MFR включает в себя введение проксимального энтеростомического стока в слизистую фистулу (дистальную петлю), чтобы имитировать полный физиологический путь, по которому проходит нормальное кишечное

содержимое.» MFR показан пациентам с синдромом короткой кишки (СБК) для предотвращения дисбаланса жидкости и электролитов и осложнений парентерального питания (ПН) при одновременном максимальном росте.



Преимущества и осложнения

Процедура MFR имеет как преимущества, так и возможные осложнения.
Выгоды:

- Улучшает усвоение питательных веществ и способствует реабсорбции воды и электролитов
- Уменьшает или устраняет необходимость в парентеральном питании (ПП).
- Стимулирует кишечную активность в дистальном отделе кишечника, чтобы свести к минимуму несоответствие размеров просвета между двумя концами, предотвращая, таким образом, осложнения со стороны анастомоза, такие как стриктура и протечка.

Возможные осложнения:

- Перфорация кишечника.
- Непереносимость повторного кормления.
- Раздражение кожи вокруг слизистого свища.
- Трудности с закреплением трубки/катетера в слизистом свище.

Кандидаты в МФР

Лечащий детский хирург является специалистом в области здравоохранения, который определяет, подходит ли младенец или ребенок для проведения процедуры МФР. Обычно кандидатами являются пациенты, у которых есть один или несколько из следующих симптомов/ характеристик:

- Илеостома или тощая кишка и слизистый свищ;
- Значительная длина кишечника дистальнее первичной илеостомы/тощей кишки;
- Системно стабильна;
- Не набирает вес при оптимальном количестве калорий за счет энтерального питания; или
- Установленная программа энтерального питания.

Метод МФР для сбора сточных вод:

- Соберите сточные воды из проксимального отдела стомы с помощью дренажного мешочка
- Не рекомендуется использовать пасту или порошок для защиты кожи, так как они могут смешаться со сточными водами.
- Если МФ находится близко к проксимальному отделу стомы, его можно поместить в тот же мешочек. Однако существует риск того, что корма, поступающие в МФ, будут незаметно стекать обратно в пакет.

Подача сточных вод

- Первоначальную трубку/катетер должен установить хирург.
- Трубка диаметром 6-8 мм (питающий или постоянный катетер) вводится в МФ на расстояние в идеале около 5 см, в зависимости от удобства введения.

- Иногда длина трубки может достигать 10 см, однако окончательное решение о длине введения принимает детский хирург.
- Размер трубки может варьироваться в зависимости от роста ребенка, размера мочевого пузыря и консистенции выделений. Тип и размер трубки определяет хирург.
- Если вы используете постоянный катетер, количество стерильной воды, используемой для наполнения баллона, должен подбирать хирург. Обычно для наполнения постоянного баллона используется 1-2 мл стерильной воды.
- Следите за тем, чтобы при надувании баллона не возникало препятствий в дистальном отделе кишечника.
- Если трубка/катетер были вставлены без затруднений, их может установить медсестра, прошедшая обучение в этой области, или медицинская сестра у постели больного. Однако в учреждениях, где только хирург может установить или заменить трубку/катетер, наблюдалось меньше осложнений.

Крепление трубки

- Для предотвращения смещения трубки/катетера необходима надежная фиксация.
- Можно использовать различные методы фиксации:
- Трубку/катетер можно закрепить, пропустив его через приспособление для установки в стому и надежно прикрепив скотчем к сумке.
- Его можно закрепить между мешочком и кожным барьером. Если используется этот метод, вам необходимо менять место крепления трубки/катетера при каждой смене мешочка. Это снижает риск травмирования МФ.
- Третий вариант - использовать коммерческие фиксирующие устройства.

Повторное кормление

- Скорость кормления в таких случаях определяется педиатром-хирургом/врачом-гастроэнтерологом. Лау рекомендует норму, не превышающую 6 мл/ч, и предполагает, что такая норма помогает поддерживать МЖ при достаточной стимуляции, избегая при этом перегрузки.20

- Скорость инфузии постепенно увеличивают до тех пор, пока она не будет идеально соответствовать общей проксимальной дозе.
- Забор жидкости производится каждые 4 часа. Сбор жидкости согласовывается со временем обращения с ребенком.
- Для дренирования стомы используйте шприц.
- Собранные сточные воды подаются в накопитель с помощью шприцевого насоса, который запрограммирован на подачу стока в течение следующих 4 часов. Небольшие объемы могут медленно подаваться вручную с помощью шприца.

Меры предосторожности

- Перед повторным кормлением всем пациентам необходимо провести обследование нижних отделов желудочно-кишечного тракта, чтобы исключить стриктуру или непроходимость дистального отдела кишечника, которые могли бы помешать повторному кормлению.
- Четко обозначьте инфузионный насос и трубки, чтобы избежать ошибок при подключении к неправильной системе (энтеральное питание, внутривенное вливание)
- Следите за состоянием стомы на предмет наличия признаков раздражения, разрывов, выпадения или некроза.
- Проверьте состояние кожи вокруг стомы и полости рта и ухаживайте за ней, чтобы избежать раздражения или повреждения кожи из-за утечки.
- Тщательно измерьте количество выделений и следите за тем, чтобы они не были молочного цвета или непереваренными.
- Внимательно следите за весом ребенка, окружностью головы, длиной тела, потерей стомы, уровнем электролитов в сыворотке крови, газами крови и функциональными тестами печени.
- Следите за выделениями из прямой кишки.
- Еженедельно проверяйте уровень натрия и калия в моче.
- Оценивайте наличие признаков непереносимости, таких как дискомфорт, вздутие живота.

- Замените трубку в соответствии с правилами больницы и предпочтениями врача.

Таким образом, в литературе делается вывод о том, что МФР “...безопасен и может снизить риск осложнений со стороны анастомоза и холестаза, связанного с парентеральным питанием. Это обеспечивает как диагностическую, так и терапевтическую ценность, и следует пропагандировать его использование”. Однако необходимо придерживаться строгих рекомендаций по интубации МЖ и методу подачи питания.

Пузырно-стомические операции

Везикостомии - это труднодоступные места для наложения стом из-за их расположения в самой нижней части живота (они обычно располагаются в середине кожных складок). Удаление пузырьков обычно проводится в возрасте до 2,5-3 лет, чтобы ребенка можно было приучить к горшку. Если удаление пузырьков не было произведено до достижения ребенком возраста 4-5 лет, медсестра, занимающаяся лечением стом, может помочь найти способ сдерживания мочи. При пузырно-стомиях можно использовать подгузники, но они обычно вызывают проблемы с протеканием жидкости. Чтобы устранить эту проблему, надевайте подгузник задом наперед, так как задняя часть подгузника будет больше прилегать к животу.

При везикостомии часто поражается кожа, и ребенок особенно подвержен грибковым инфекциям. Продолжайте использовать противогрибковый крем/присыпку в течение семи дней после исчезновения клинических признаков. Важно информировать родителей о клинических признаках инфекции и о том, как применять противогрибковые препараты. Как правило, из пузырно-стомного отверстия постоянно вытекает жидкость. Отсутствие дренажа может быть признаком стеноза; родители должны быть проинформированы об этом осложнении и о том, что при возникновении такой ситуации им следует обратиться к медсестре/врачу.

Проблемы, характерные только для педиатрии. В следующей таблице описаны некоторые проблемы, характерные только для педиатрической помощи, а также наши рекомендации по их решению.

Проблемы с фекальными стомами у новорожденных и детей младшего возраста

Проблемы	Рекомендации
<p>Стома рядом с неповрежденным разрезом или в пределах него</p>	<p>Если разрез закрыт и признаков инфекции не наблюдается, поверх него можно наложить кожный барьер.</p>
<div data-bbox="245 387 798 584" data-label="Image"> </div> <p>Стома закрывается или находится в пределах разреза/раны</p>	<p>Рану следует обработать так же, как и любую другую рану, в соответствии с принципами ухода за ранами, и наложить повязку, например, тонкую гидроколлоидную. При протечке можно использовать абсорбирующую повязку, покрытую тонким гидроколлоидом, или прозрачную повязку. Поверх повязки можно нанести средство для лечения стомы.</p>
<div data-bbox="245 891 544 1111" data-label="Image"> </div> <p>Стома близко к пупку</p>	<p>Расположите отверстие кожного барьера не по центру. Если на коже есть пустое место, закройте его тонкой гидроколлоидной повязкой, чтобы предотвратить попадание на кожу жидкости. Подровняйте кожный барьер так, чтобы в нем поместился пупок.</p>
<div data-bbox="245 1236 544 1451" data-label="Image"> </div> <p>Стома расположена близко к центральным линиям внутривенного вливания</p>	<p>Закройте центральные линии для внутривенного вливания, чтобы избежать загрязнения (например, прозрачной повязкой или защитным средством для центральной линии для внутривенного вливания). Были разработаны коммерческие средства защиты центральных линий для внутривенного вливания.</p>
<p>Размер новорожденного</p>	<p>Создайте индивидуальную систему упаковки в пакеты.</p>
<p>Уровень активности ребенка: ползание, прыжки, игры, легкость отсоединения и случайного удаления</p>	<p>Цельнокроеные наряды, комбинезоны, лента для волос, пояс</p>



Отверстие стомы на уровне кожи

Когда абсолютно невозможно удерживать средство для удаления стомы на коже, рекомендуется защитить перистомальную область толстым слоем пасты из оксида цинка. Соберите кал с помощью мягких салфеток и меняйте их при загрязнении. Также можно использовать средства на основе диметикона, но в случае с новорожденными важно убедиться, что кожа зрелая и не проницаема для каких-либо вредных веществ, содержащихся в средстве. Когда линия шва и/или кожа заживут, можно будет использовать гибкую выпуклость.

Проблемы с фекальными стомами у новорожденных и детей младшего возраста

Проблемы	Рекомендации
 <p data-bbox="240 1346 619 1379">Множественные стомы</p>	<p data-bbox="882 1133 1457 1167">Уход за множественными стомами.</p>
<p data-bbox="240 1453 850 1576">Кожа становится жирной из-за пероральных добавок, которые дают младенцам</p>	<p data-bbox="882 1453 1473 1960">У некоторых детей, особенно с муковисцидозом, может быть жирная кожа, которая может препятствовать адгезии средства для лечения стомы. Совет: тщательно очистите кожу. Нанесите небольшое количество порошка для лечения стомы на кожу и приложите мешочек. Может потребоваться использование медицинского пластыря. Ожидайте более короткого срока ношения чехла.</p>



Изделие для стомы и подгузник:
внутри или снаружи?

Когда ребенок лежит, мешочек следует надевать так, чтобы дренажное отверстие было сбоку. Так будет легче вынимать его из подгузника и опорожнять. Это также предотвратит прилегание мешочка к бедру и облегчит доступ к нему, если ребенок находится в инкубаторе. Несмотря на то, что иногда это необходимо, не следует складывать мешочек, так как это снизит его эффективность. Для малышей и детей постарше мешочек следует укладывать вертикально. Это позволяет легко опорожнять его, когда ребенок сидит на комодe. При использовании ремня также полезно располагать сумку вертикально, так как петли для ремня на сумке расположены на отметках 3 и 9 часов.

ГЛАВА 7

ОСЛОЖНЕНИЯ СТОМЫ И ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

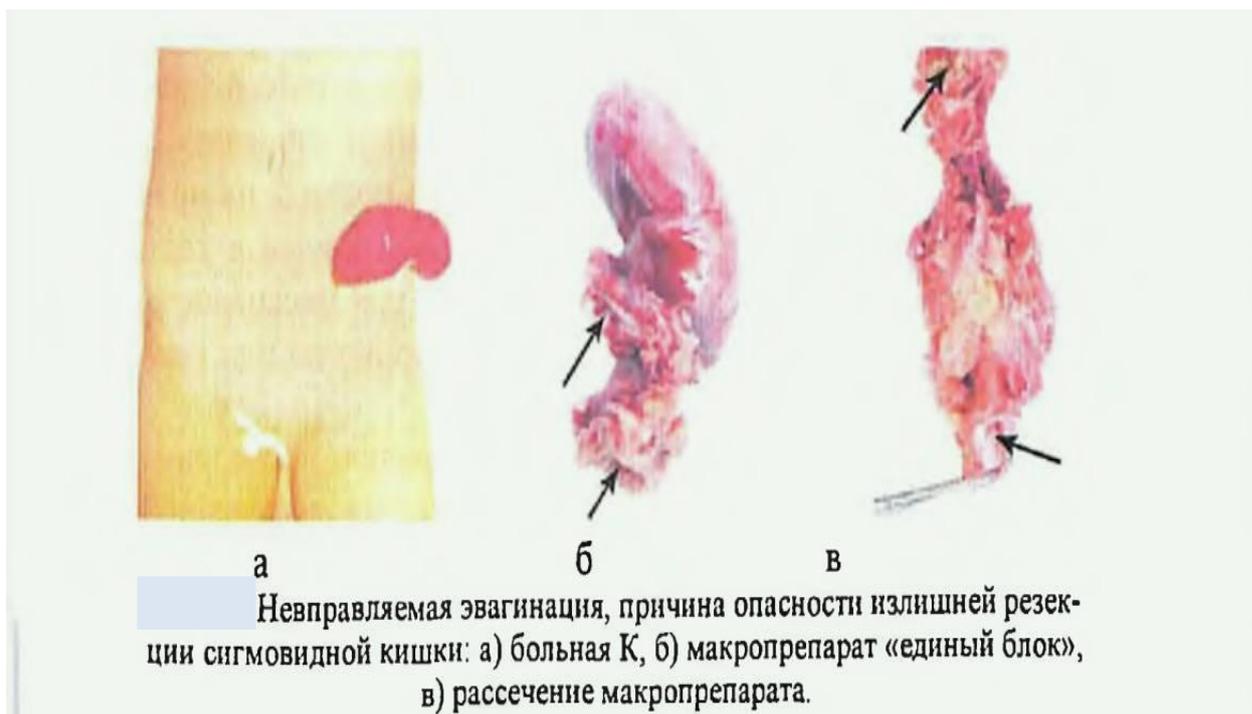
Общее число осложнений после наложения колостомы составляет 11-74% от общего числа оперированных больных (Gross et al., 1983; Damodaram et al., 1985), смертность - 0,6% (Doran et al., 1985). По нашим данным, осложнения колостомы встречались у 25-70% пациентов. Среди них в практике колоректальных детских хирургов число осложнений колеблется около 25%, а у хирургов общего профиля эта величина достигает 70%. Летальность при создании, осложнении и закрытии колостомы у детей мы не встретили. По срокам возникновения осложнения колостомы можно подразделить на ранние и поздние. У детей чаще всего осложнения колостомы возникают на фоне тактических и технических ошибок.

Ошибки и опасности при колостомии

В профилактике ранних послеоперационных осложнений большое значение имеет строгое соблюдение деталей оперативной техники. Допускаемые ошибки технического плана порой приводят к раннему послеоперационному осложнению. Прежде всего это относится к неверному выполнению техники операции: неправильный по направлению или по размерам разрез брюшной стенки для наложения колостомы, неправильный выбор кишечной петли, на которой создаются колостомы, преждевременное вскрытие просвета петли толстой кишки и др. Направление разреза брюшной стенки для создания колостомы (двуствольной) должно соответствовать продольной, а не поперечной оси выводимой петли кишки (при достаточной, но не излишней длине разреза), размер кожной раны при формировании двуствольной петлевой колостомы - размерам двух кишечных диаметров, при одноствольной колостомии - диаметру кишки. Если длина меньше указанных размеров, то может быть сужение просвета кишки, иногда вплоть до полной непроходимости. Это осложнение может наступить в первые дни после операции в результате сдавливания петли тканями брюшной стенки и в позднем послеоперационном периоде вследствие рубцевания тканей. При излишней же длине разреза возникает необходимость наложения послойно швов по его углам, чтобы длина разреза соответствовала диаметру кишки. Однако ушивание глубоких слоев раны не всегда приводит к их сращению. Заживление в области противоестественного заднего прохода иногда протекает с нагноением кожной раны и подкожной клетчатки. При этом нередко инфицируются и швы, наложенные для сужения мышечной части раны. Швы прорезаются, отходят, края мышечной раны расходятся. В последующем подвижные органы брюшной полости могут внедряться в излишнее отверстие (образование параколостомической грыжи). Осложнение в раннем послеоперационном периоде может возникнуть в результате

неправильного выбора места наложения колостомы на толстую кишку. Одноствольную колостому, кроме печеночных и селезеночных изгибов, можно накладывать на любое место толстой кишки. Двуствольную петлевую колостому следует накладывать на сигмовидную кишку, на правую и левую половины поперечной ободочной кишки, но не рекомендуется использовать для этой цели среднюю ее часть. Накладывание на среднюю ее часть грозит обширной эвагинации, сигмомомы, цекостомы и трансверзостомы. Нельзя также накладывать на селезеночный и печеночный углы. Толстая кишка в различные возрастные периоды имеет три формы («Л», «М», «П»), которые начинают дифференцироваться с четырех лет и окончательно формируются к подростковому возрасту. А также на фоне отсутствия фиксации все отделы толстой кишки локализируются в левой половине брюшной полости. Такая обстановка может быть основой допущения технической ошибки при выборе уровня колостомии у детей. Поэтому чтобы правильно определить локализацию при создании колостомы, необходима дооперационная ирригография или интраоперационная ревизия толстой кишки. Отсутствие таких методов исследования при создании колостомы у детей раннего возраста часто является причиной различных осложнений в послеоперационном периоде. А также создается ряд проблем при ее закрытии. Является грозным осложнением, следствием технической погрешности - неадекватной фиксации кишки к слоям брюшной стенки - мышцам, апоневрозу и коже. Неадекватное обезболивание, беспокойство ребенка, выраженное вздутие и парез кишечника в первые часы и сутки после операции - все это может способствовать осложнению. Следует отметить, что данные осложнения чаще развиваются у ослабленных новорожденных с тонкой передней брюшной стенкой. Нередко ретракции предшествует краевой некроз слизистой оболочки или всей кишки. Некроз формируется к 2-5-м суткам после наложения колостомы, после чего некротизированные массы отторгаются и кишка погружается в толщу передней брюшной стенки или в свободную брюшную полость. При погружении кишки в толщу брюшной стенки каловые массы поступают в подкожную клетчатку и межфасциальные слои, формируется перистомальная флегмона передней брюшной стенки. При ретракции стомы в брюшную полость развивается ограниченный или разлитой каловый перитонит. Данное осложнение требует экстренного оперативного вмешательства - реконструкции стомы и санации брюшной полости. Наложение петлевой колостомы на высоком отделе нисходящей и восходящей частей толстой кишки чаще осложняется ретракцией колостомы из-за плотного прилегания кишки на забрюшинную часть. При ретракции шпоры петлевой колостомы имеет вид пристеночной. Создание стомы через

операционную рану у детей невозможно, поскольку при этом создаются условия для инфицирования окружающих тканей и нарушения функции колостомы. Часто при создании колостомы оставление участков кишки с избыточной подвижностью и формирование широкого отверстия на коже приводит к развитию эвагинации. Частое выпадение и длительное невыравненное её состояние, приводит к припаиванию между собой стенок кишки, что при закрытии вызывает технические трудности вплоть до избыточной резекции «единым блоком» толстой кишки.



Острая эвагинация может приводить к выраженным циркуляторным нарушениям в стенке кишки и ее некрозу, требует экстренной её реконструкции. У наиболее гипотрофичных детей при наличии иммунных нарушений, сепсисе, сосудистых образованиях с особенностями кровоснабжения на брюшной стенке (гемангиоматоз) тяжелым осложнением является развитие флегмоны передней брюшной стенки или вокруг колостомы. Таким образом, ранние послеоперационные осложнения в основном зависят от метода, уровня наложения колостомы и характера воспалительного процесса вокруг колостомы (мацерация кожи, инфильтрация подкожной жировой клетчатки с последующим ее нагноением). При одноствольной стоме, образованной на передней брюшной стенке по белой линии живота, чаще встречаются ретракция кишки, стеноз колостомы и кровотечение при боковой ее локализации. При создании противоестественного заднего прохода на сигмовидной кишке можно допустить еще одну ошибку - если не проверить направление ее петли,

выводимой в рану, кишка может оказаться повернутой вокруг брыжейки на 180° в ту или иную сторону фиксации петли. Такое положение приведет в лучшем случае к плохой фиксации колостомы, в худшем - к непроходимости кишечника. При создании противоестественного заднего прохода на правой и левой половине поперечной ободочной кишки в ходе операции возможны следующие трудности: при массивности сальника не удастся ввести в рану кишечную петлю или провести под нее резиновую трубку. Кроме того, главной опасностью является проведение стеклянной трубки через петлю задней стенки выведенной кишки. При этом можно повредить заднюю стенку поперечной ободочной кишки. Поэтому, выводя петлю выше уровня раны, вначале следует перевязать и рассечь между лигатурами прилежащие части большого сальника и участок желудочно-ободочной связки. Тогда оставшуюся в этом месте брыжейку поперечной ободочной кишки можно легко и безопасно перфорировать и провести через это отверстие резиновую трубку. При этом колостома функционирует хорошо.

I. Тактические ошибки, приводящие к осложнениям колостомы.

1.1. Выбор варианта колостомы:

- превентивная стома, с последующей коррекцией порока развития;
- разгрузочная стома, при декомпенсации толстой кишки;
- отводящая стома, для прекращения пассажа через компроментированный участок кишечника.

1.2. Выбор места наложения колостомы:

- аноректальные атрезии - возможность низведения дистального отдела;
- болезнь Гиршпрунга - проксимальнее переходной зоны и зоны аганглиоза;
- воспалительные заболевания кишечника - особенности патогенеза и распространенности иммунного процесса.

II. Технические ошибки при создании колостомы, приводящие к осложнениям.

2.1. - неправильный разрез брюшной стенки по направлению или по размерам при наложении колостомы;

- неправильный выбор кишечной петли, на которой создаются колостомы;
- неправильный гемостаз или незамечанная и оставленная гематома в корне брыжейки;
- недооценка кровообращения терминальных аркадных сосудов.

Направление разреза брюшной стенки для создания колостомы (двуствольной) должно соответствовать размерам двух кишечных диаметров, при одноствольной колостомии - диаметру кишки. Если длина меньше указанных размеров, то может быть сужение просвета кишки, иногда вплоть до полной непроходимости. Это осложнение может наступить в первые дни после операции в результате сдавливания петли тканями брюшной стенки и в позднем послеоперационном периоде вследствие рубцевания тканей.

У детей отмечаются также следующие технические ошибки при создании колостомы.

1. Неправильное определение уровня выведения колостомы (слишком дистальное).
2. Неправильное взаимное расположение проводящего, отводящего отверстий колостом.
3. Высокое расположение колостомы с натяжением отводящего отдела кишки.



2.2. Ошибки при существовании колостомы, допущенные при реабилитации колостомированных больных: неправильная реабилитация больных и запоздалое выполнение восстановительных операций приводящий к инволюции отключенного отдела. Ошибка непосредственного хирургического лечения колостомированного больного: нарушение технологии восстановительных операций, профилактики, диагностики, лечения и послеоперационные осложнения.

I. Ранние осложнения.

Ранние осложнения обычно отмечаются в первые 14 дней после операции. К ним относятся: нагноение, ретракция колостомы, эвентрация, отек и воспаление вокруг нее, некроз, кишечная непроходимость.

1. Нагноение подкожной жировой клетчатки вокруг колостомы - одно из наиболее частых осложнений колостомии. Оно встречается при локализации колостомы на левой половине живота преимущественно при пристеночной и одноствольной колостомии и нередко обуславливается тяжелым состоянием больного и течением послеоперационного периода из-за возникшего без белкового отека, ареактивности организма ребенка и технических погрешностей, допущенных в ходе операции.

При модифицированном способе Майдля осложнения не встречаются в связи с тем, что первичное заживление между кожей и слизистой оболочкой выведенного участка кишки происходит, минуя этап «формирования». Особо следует отметить важность применения кетгута при подшивании края кишки к коже. Кетгут менее подвержен инфицированию и поэтому не является проводником инфекции в подлежащие ткани. Шелк в этом отношении менее выгоден, так как легко инфицируется. При другом методе колостомии нагноение и несостоятельность швов наблюдаются у каждого второго больного, что вызвано воспалением и отеком выведенного участка кишки, постоянным инфицированием швов (от каловых масс), соединяющих кишку с брюшной стенкой. Инфекция может проникнуть в подкожную клетчатку через

не слипшиеся еще ткани по межтканевым щелям.



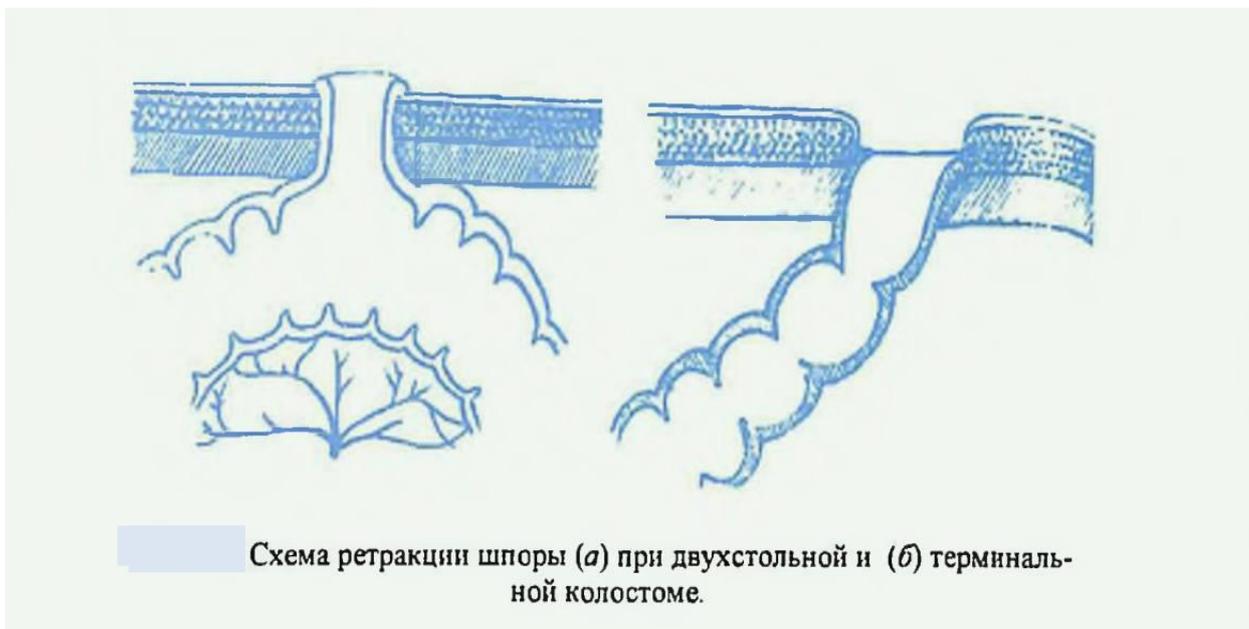
Рис. 29. Мацерация кожи вокруг колостомы.

Шовный материал также может стать проводником инфекции в подкожную клетчатку. Инфицированию способствует и перевязочный материал, длительно лежавший в колостоме и потерявший свою гигроскопичность. Более редкими причинами инфицирования тканей могут быть проколы кишки при

фиксации ее к брюшной стенке, прорезывание швов, частичный некроз и ретракция кишки, перфорация колостомы. К инфицированию тканей при одноствольной терминальной колостомии чаще ведет небрежное обращение с открытой кишкой во время операции. Поэтому для предупреждения

инфицирования раны на культю проксимального отрезка надевают стерильную резиновую перчатку или салфетку, изолируя от попадания инфекции, и проводят через заранее подготовленное отверстие. Инфицирование тканей при колостомии требует своевременного орошения раны антисептическими растворами и оптимального ухода за стомой. Для профилактики гнойного осложнения важно тщательное соблюдение асептики во время операции, отсрочка вскрытия выведенной кишки, правильный и внимательный уход в послеоперационном периоде (частая обработка швов ран раствором фурацилина или бриллиантовой зелени и укрытие их тампоном с мазью Шостаковского в первые 4-5 дней). Проводится тщательный контроль за выделениями из колостомы.

2. Ретракция колостомы - серьезное осложнение ближайшего послеоперационного периода. Чаще она наблюдается при двухствольной петлевой и терминальной колостомии с локализацией в печеночном и селезеночном углах поперечной ободочной кишки. Это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями этих отделов, связанными с втяжением связки (печеночно-ободочной справа и диафрагмально-ободочной слева) во время вдоха, плача и беспокойства ребенка в послеоперационном периоде. Степень тяжести этого осложнения зависит от уровня втяжения и от того, какая часть колостомы подвергалась ретракции. Для этого важно установить, наступила ли она до приживления стенки к коже или после того, как колостома сформировалась. Следует различать ретракцию шпоры и кишки. Ретракция



шпор при двухствольной петлевой колостомии напоминает приемочную форму калового свища, вследствие чего большая часть каловых масс попадает в отводящее колено, стома постепенно суживается и фактически не

функционирует, а в последующем ведет к образованию каловых камней в дистальном отделе толстой кишки.

Причинами ретракции колостомы часто являются порочная методика операции, короткая брыжейка выведенной кишки и некроз колостомы. Факторами, способствующими возникновению осложнений, могут быть изменения внутрибрюшного давления, нагноение вокруг ран колостом, преждевременное удаление стержня, чрезмерное развитие жировой клетчатки. Серьезность данного осложнения может иллюстрировать следующее наблюдение.

Больная Ф., 8 лет., поступила в отделение с жалобами по поводу запора вследствие рубцового сужения заднего прохода. Из анамнеза: родилась с атрезией ануса; произведена в экстренном порядке операция промежностной проктопластики, которая осложнилась ректовестибулярным свищом; была попытка устранения свища, однако возник стеноз заднего прохода, по поводу чего в возрасте 6 мес. была наложена петлевая колостома на сигмовидной кишке. В послеоперационном периоде наступило осложнение - ретракция шпоры; петлевая колостома имела форму пристеночной и плохо функционировала, вследствие чего часть каловых масс скопилась в дистальном отделе толстой кишки и образовался каловый камень.

При поступлении общее состояние ребенка было средней тяжести, характерен симптом каловой интоксикации. Кожные покровы бледные, живот увеличен в объеме. Пальпаторно в нижнем отделе живота слева - опухолевидное образование размером 10x12 см, плотной консистенции, подвижное. Колостома слева функционирует плохо - выделяется в небольшом количестве жидкий кал со зловонным запахом. Через задний проход отделяемого нет. Путем комплексного обследования, включающего ирригографию и фистулографию, установлены рубцовое сужение заднего прохода, большой каловый камень в дистальном отделе сигмовидной кишки. После предоперационной подготовки осуществлена операция: брюшно-промежностная проктопластика с одновременной ликвидацией колостомы сигмовидной кишки, сфинктеролевоторопластика. В ходе операции выявлено, что, кроме колостомического отверстия, имеется резкое расширение отводящего участка толстой кишки. В дистальной его части, над переходной складкой брюшины, в просвете пальпируется опухолевидное образование плотной консистенции, размером 12x10 см, которое буквально вклинено в таз (каловый камень). Вся сигмовидная кишка мобилизована, резецирован участок с вклиненной расширенной частью и петлей, несущей свищ. С большим трудом удалось мобилизовать для низведения проксимальный участок. Произведена демуккозация ректосигмоидного

отдела, который также мешкообразно расширен. Со стороны заднего прохода сделан разрез кожи по окружности в центре «воронки», образующей анальное отверстие. Ликвидирован стеноз, устранено ректovesтибулярное соустье путем мобилизации слизистой оболочки от кожного разреза через отверстие в брюшной ране. Создана хорошая проходимость ректального канала. Через него на промежность выведен конец мобилизованной сигмы, края которой подшиты к краю кожного разреза - образовано анальное отверстие. Создан удерживающий аппарат путем сшивания оставшихся волокон сфинктера. Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок в удовлетворительном состоянии выписан домой.

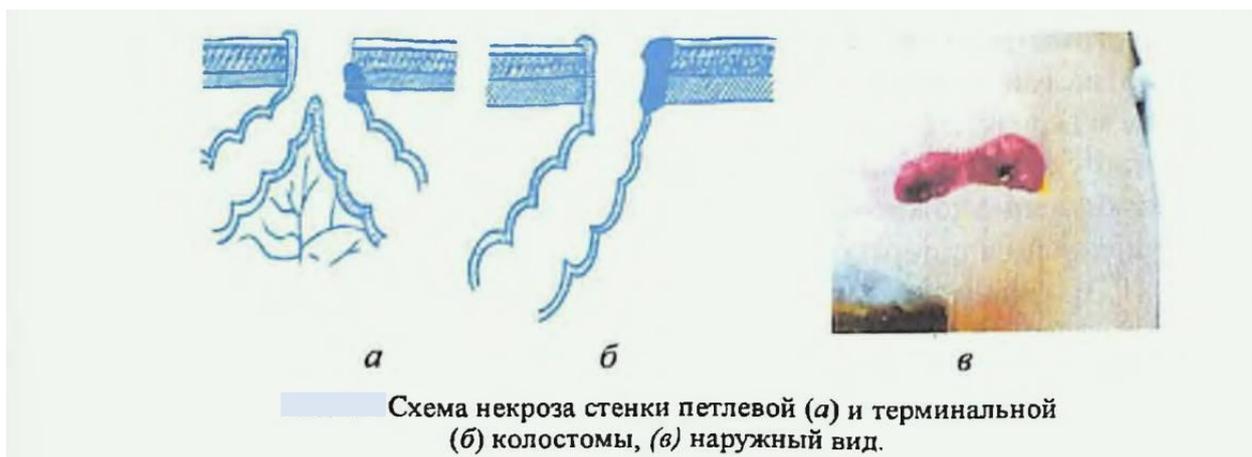
Профилактика ретракции включает следующие мероприятия: брыжейка выведенного участка кишки должна быть мобилизована настолько, чтобы не создавалось натяжения, при этом важно сохранить хорошее кровоснабжение колостомы. При петлевой колостомии стержень не должен удаляться ранее 10-12-го дня после операции. При наступившей ретракции необходимо прежде всего установить ее уровень, так как от этого зависит лечебная тактика. При первых признаках инфицирования брюшной полости (перитонита) экстренная операция является единственно правильным методом лечения осложнения, ретракции до уровня одного из слоев брюшной стенки, лечебные мероприятия должны быть направлены на борьбу с инфицированием тканей, купирование местного процесса, ускорение радикального вмешательства или реконструкции колостомы с устранением ретракции.

3. Эвентрация петли тонкой кишки из отверстия рядом со стомой встречается при накладывании петлевой двуствольной и терминальной колостомы с локализацией на слепой и сигмовидной кишках. Причиной эвентрации служит недостаточное ушивание вокруг колостомы при широком разрезе кожи апоневроза и наружной косой мышцы живота, а также нагноения ран с прорезыванием шва на фоне тяжелой сопутствующей патологии (гипотрофия II-III степени, рахит, безбелковый отек, септическое состояние, перитонит, низкий общий белок). Кроме того, предрасполагающими факторами могут быть парез кишечника и различные сопутствующие заболевания. Для профилактики эвентрации кишки необходимо тщательное послойное ушивание брюшной стенки вокруг колостомы до размеров, соответствующих ширине выведенной кишки, что особенно важно при локализации колостомы в нижнем.

Процесс сморщивания серозы, выворачивания кишки слизистой оболочки наружу, приживления слизистой к коже носит название

«сформирование» колостомы. Он проходит через этап воспаления, длительность которого составляет 7-20 дней. Эти сроки зависят от величины выведенной кишки, интенсивности воспалительного процесса в ней, реактивности организма, устойчивости присоединившейся инфекции к проводимой противовоспалительной терапии и типа колостомы. Для сокращения периода созревания колостомы и во избежание опасных осложнений, серозита при формировании колостомы мы при выворачивании выведенного участка кишки слизистой оболочкой наружу подшиваем ее на коже и закрываем серозу. Этот метод позволяет сформировать стому, минуя этап самопроизвольного «сформирования», и дает первичное заживление кожно-слизистого шва в течение 7-10 дней. После укрепления шпоры стеклянная трубка удаляется через 2 нед. Признаки серозита с частичной кишечной непроходимостью иногда могут встречаться также при одностольной терминальной колостомии. После проведения местной противовоспалительной терапии процесс ликвидируется и проходимость восстанавливается.

4. Некроз колостомы - серьезное осложнение, чреватое опасностью перитонита, если некротический процесс распространяется на сегмент кишки, расположенной в брюшной полости. В основе осложнения лежит нарушение кровоснабжения колостомы, чаще наблюдающееся при одностольной концевой и двустольной колостомии. Причиной некроза колостомы могут служить слишком широкая мобилизация кишки и вследствие этого недостаточное кровоснабжение используемого для колостомии участка кишки, сильное натяжение брыжейки и повреждение краевого аркадного сосуда во время ее подшивания. Эти причины усугубляются внезапным увеличением внутрибрюшного давления при кашле, рвоте или постепенно нарастающем парезе кишечника. Образование некроза колостомы предупреждается осторожным манипулированием кишкой и бережным отношением к краевому сосуду. Чрезмерное натяжение и перегибы брыжейки, образование гематомы, травмы приводят к некрозу стенки кишки. Ежедневный осмотр колостомы после операции позволяет вовремя заметить наступающее нарушение кровообращения и принять необходимые меры. Первый признак недостаточности кровообращения колостомы - отек наружного сегмента кишки - проявляется изменением его окраски, приобретающей синюшный или черный оттенок.



Следует руководствоваться изменением окраски слизистой оболочки, так как трудно решить, какой протяженности отрезок кишки вовлечен в процесс. Она более резистентна к изменениям кровообращения и часто остается жизнеспособной даже тогда, когда серозный покров кишки потемнел. Розово-красный цвет блестящей слизистой указывает на то, что некротический процесс не захватил участка кишки, расположенного в брюшной полости. В этом случае иногда достаточно распустить 2-3 кожных шва, чтобы ослабить напряжение и восстановить кровообращение в выведенном участке кишки. При тотальном некрозе наружного участка колостомы процесс редко распространяется на сегмент кишки, расположенный ниже брюшины. Лечение таких детей заключается прежде всего в освобождении колостомы от брюшины путем роспуска швов. При некрозе стенки кишки оперативным путем иссекают некротический участок кишки, одновременно реконструируя колостому.

5. Острая кишечная непроходимость - одно из наиболее частых осложнений после наложения колостомы. Она возникает при внедрении петли тонкой кишки в щель между стомой и передней брюшной стенкой, которая встречается у резко истощенного ребенка, при выраженном парезе кишечника, рвоте, интоксикации и повышении внутрибрюшного давления.

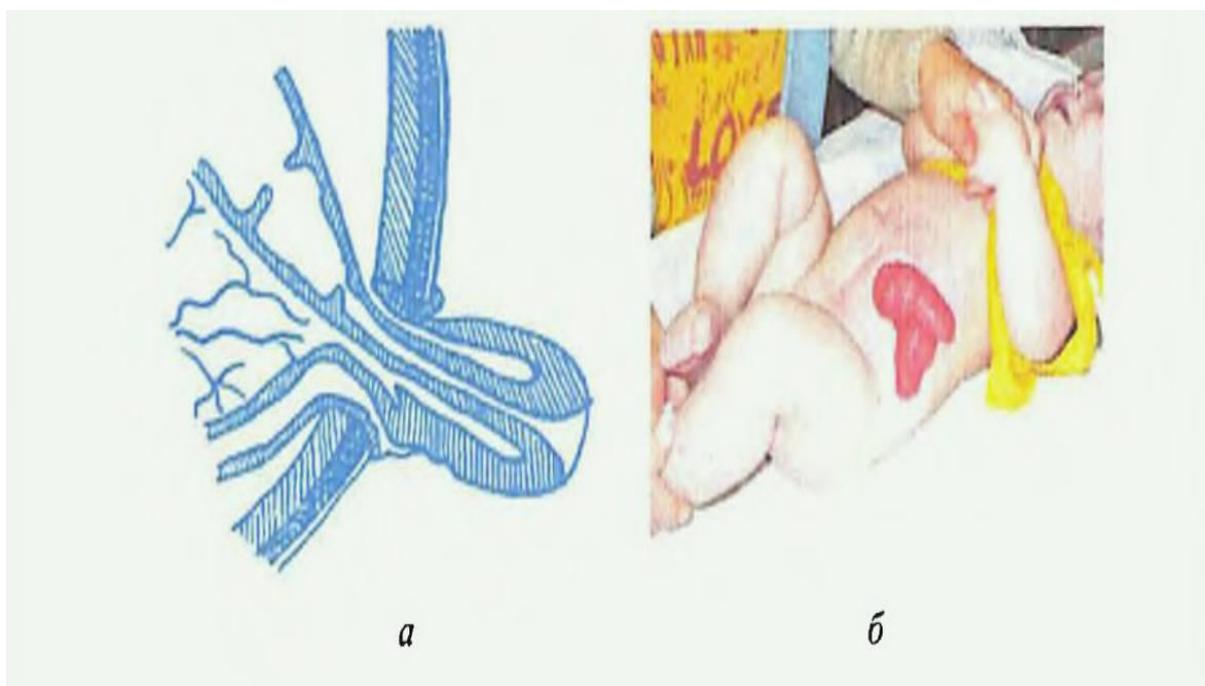


Профилактика этого осложнения заключается в наложении нескольких швов между остатком брыжейки выведенной сигмовидной кишки и левой боковой париетальной брюшиной. Кишка должна быть уложена и зафиксирована в латеральном канале. Все дефекты в брыжейке и сальнике должны быть тщательно ушиты. Для предупреждения инвагинации и перекручивания приводящего сегмента кишки не следует оставлять избыток сигмовидной кишки перед стомой. Лечение осложнения - оперативное устранение непроходимости кишечника (извлечение внедренной кишки), борьба с интоксикациями организма и парезом кишечника.

Поздние послеоперационные осложнения

К поздним послеоперационным осложнениям колостомы относятся эвагинация, сужение, периколостомическая грыжа и полипозное разрастание слизистой колостомы.

1. Эвагинация слизистой приводящих и отводящих отделов толстой кишки из колостомического отверстия - сравнительно частое осложнение колостомы. Выпадения отдельных слоев кишечника на уровне колостомы, по нашим наблюдениям, были различными и проявлялись в следующих вариантах:





а



б



в



г

Схема выпадение слизистой оболочки толстой кишки при петлевой двухствольной колостомии (а) и различные виды полной эвагинации (б, в, г, д, е).

- эвагинация слизистой оболочки толстой кишки (так называемое простое выбухание слизистой колостомы), отмечавшееся почти у каждого второго больного. При этом размер выпадения составлял 3-4 см, и оно, как правило, не сопровождалось серьезными нарушениями состояния больного и функции колостомы и обычно легко, руками (иногда самостоятельно) выправлялось;

- полная эвагинация всех слоев кишечной стенки по типу инвагинации с выворачиванием кишки из колостомы; размер выпадения составляет 5 см и более. Слизистая кишки становится как бы наружной оболочкой, а серозная оболочка, покрывая внутреннюю поверхность выпавшей кишки, образует брюшинный мешок, в который может проникнуть петля тонкой кишки в виде внутренней грыжи;

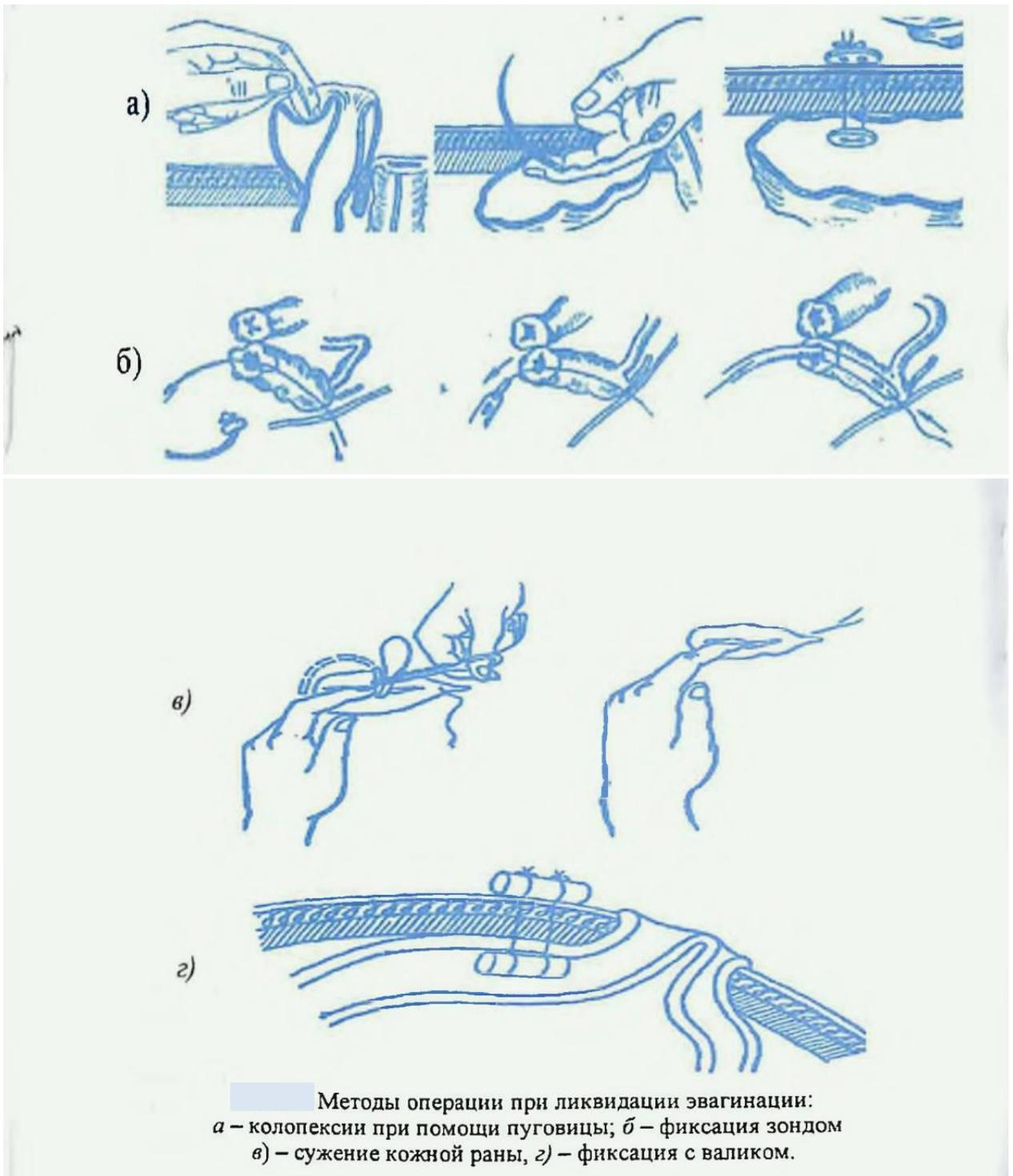
- ущемление эвагинированной кишки, встречающееся редко; выпавшая ущемленная часть кишки становится отечной, застойной, сине-красного цвета и легко кровоточит. Брюшная стенка вокруг колостомы выполняет роль сжимающего фиброзного кольца.

Кишка при этом не выправляется, а у тяжелобольных может наступить гангрена выпавшей кишки. Причинами выпадения могут служить следующие располагающие моменты:

- повышение внутрибрюшного давления - парез кишечника, бурная перистальтика, крик и плач ребенка;
- присасывающее действие калоприемника при длительном его ношении;
- технические погрешности операции при наложении колостомы (оставление нефиксированной свободной части кишки).

Для профилактики выпадения нужно обратить внимание на некоторые технические элементы в ходе операции; приводящий отрезок кишки выводят из брюшной полости настолько, насколько позволяет длина его брыжейки. Последнюю подшивают к париетальной брюшине края разреза, при этом приводящий сегмент кишки фиксируют в натянутом состоянии и петля расправляется в прямую линию. Кроме того, применение калоприемника нецелесообразно, так как он накладывается временно. Поэтому для профилактики эвагинации рекомендуем больным носить широкий плотный эластичный пояс, часто менять повязки и делать тренировочные очистительные клизмы приводящего и отводящего отделов колостомированной кишки для укрепления мышц стенки кишки.

Лечение эвагинации - выправление - осуществляется консервативным и оперативным путем. При консервативном пути руками при помощи смоченной вазелином или винилином салфетки выправляется выпавшая кишка, начиная от дна, медленно, через колостомическое отверстие в просвет толстой кишки. Иногда при легком надавливании выправление может не произойти в связи с внедрением петель тонкой кишки между ее слоями или выраженным отеком выпавшей кишки. В этих случаях манипуляция должна быть особенно осторожной, так как при насильственной попытке возможны разрывы кишечника. После полного выправления эвагинированной кишки плотно накладывают облегающий пояс с подушечкой, покрывающей стому. Если не удастся неоднократная попытка выправления или имеется сильное ущемление выпавшей кишки с изменением ее цвета при большом сроке давности выпадения, возникает необходимость оперативного лечения. Если при этом сроки стомы созрели и имеется полная эвагинация, угрожающая общему состоянию ребенка, проводят радикальную операцию с одновременной ликвидацией колостомы и ее осложнений. В другом случае проводят колостому с ликвидацией эвагинации. Существует несколько вариантов колопексии при выпадении кишки Пивелем наблюдение.



Больная К., 2 года, поступила в отделение хирургии с жалобами на наличие ректовестибулярного свища и частое выпадение кишки на месте колостомы в правой половине живота. Из анамнеза: в 3-месячном возрасте по поводу нарастающей каловой интоксикации ей произведена промежностная проктопластика, которая в дальнейшем осложнилась рубцовым сужением заднего прохода. Из-за безуспешного бужирования и нарастания явлений каловой интоксикации в возрасте 1 года была наложена петлевая колостома по Майдлю на восходящий отдел толстой кишки. В

послеоперационном периоде присоединились бронхопневмония, энтероколит и ОРВИ, что способствовало дальнейшему прогрессированию эвагинации. Через месяц ребенок повторно поступил в хирургическое отделение с обширным выпадением колостомы илеоцекальной области, которое выправлено консервативным путем. При поступлении в наше отделение общее состояние ребенка было средней тяжести, кожные покровы бледные. Локально в преддверие влагалища имеется свищевое отверстие размером 2х3, 5х2,5 см, задний проход отсутствует, на его месте кожа углублена. Через колостому в правой половине живота часто эвагинирует илеоцекальная зона. Ее функции при выпадении страдают в связи с западением заднего кармана с петлями тонкой кишки (образование грыжи). Попытка консервативного выправления выпавшей кишки практически не удалась. В связи с нарастающим нарушением трофики выпавшей кишки было решено предпринять оперативное вправление эвагинации. Произведена операция ликвидации колостомы с резекцией илеоцекальной зоны и наложением анастомоза конец в бок, а также с повторным наложением колостомы на сигмовидную кишку с расчетом на то, чтобы при радикальной операции одновременно ликвидировать и ее. Послеоперационный период протекал гладко. Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

2. Сужение колостомы может возникнуть в результате выраженного воспаления вокруг выведенной кишки, плотного ушивания раны вокруг колостомы и некроза участка кишечной стенки. Оно подразделяется на следующие:



- сужение колостомы над уровнем кожи, наблюдающееся у единичных больных. Вызывается воспалением и отеком выведенного отрезка кишки.



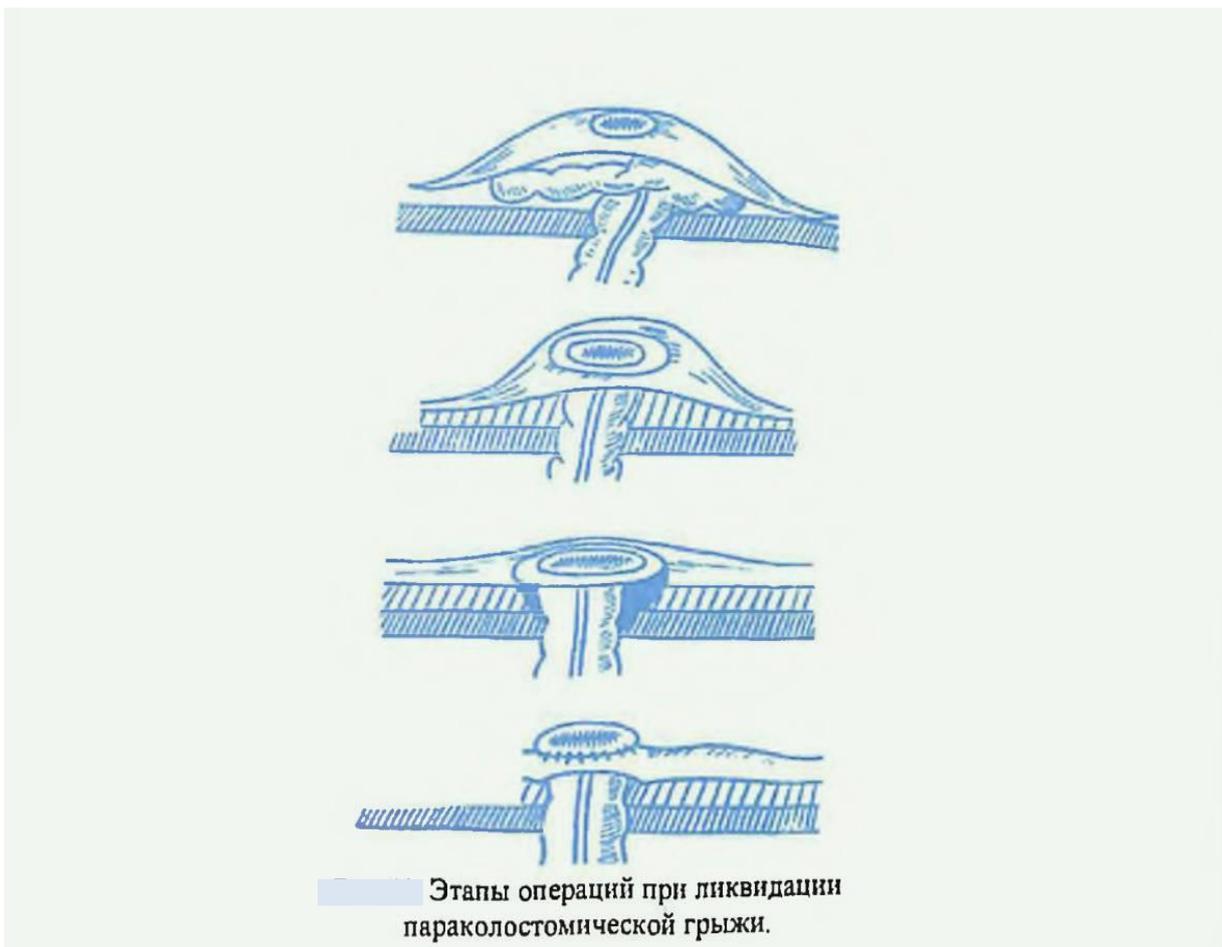
- сужение колостомы на уровне апоневроза или по всей стенке - выявляется очень редко. Причиной его служат технические погрешности, допущенные в ходе операции наложения колостомы, слишком тугое ушивание брюшной стенки вокруг выведенной кишки и некроз участка стенки этой кишки, а также неправильный выбор уровня при наложении колостомы (на аганглионарной зоне при болезни Гиршпрунга). При петлевой колостомии подобное осложнение бывает реже, так как кишка находится на уровне кожи или выше его (слизистая оболочка кишки в большинстве случаев защищена от неблагоприятных внешних воздействий) и редко возникает мацерация кожи. Кроме того, первичный круговой кожно-серозный шов ведет к образованию нежного рубца, что препятствует развитию структуры колостомы. Профилактика сужения включает своевременное лечение воспалительных процессов вокруг колостомы, отказ от фиксации кишки до глубоких слоев брюшной стенки. Лечение сужения колостомы на уровне кожи и апоневроза заключается в своевременном бужировании или оперативном устранении сужения путем реконструкции колостомы.



При этом очерчивающим разрезом кожи выделяют края колостомированной кишки послойно до брюшины, освобождают от спаек и выводят наружу, резецируют суженную часть кишки и заново формируют стому. Параколостомическая грыжа у детей встречается относительно редко при одностольной терминальной колостомии с локализацией ее на селезеночном углу, в поперечной ободочной и сигмовидной кишках. Формируется она при сочетании нескольких факторов: обширный воспалительный процесс вокруг колостомы, развитие «слабых зон», длительное ношение калоприемника с образованием податливости тканей вокруг колостомы, релаксация мышц живота, а также сопутствующая патология (гипертрофия, рахит), обуславливающая слабость мышечно-апоневротических образований передней брюшной стенки. Грыжа имеет вид округлого набухания, в центре которого или рядом располагается стома. Обычно она изолированно не встречается, а комбинируется с другими осложнениями - эвагинацией кишки.



Для ее профилактики необходимо правильное выполнение техники наложения колостомы, исключение ранних послеоперационных осложнений (нагноение, выпадение) и правильный послеоперационный уход. Лечение небольших периколостомических грыж в основном заключается в ношении бандажей с уплотнителями в виде пластиковой прокладки, располагаемой соответственно размерам выпячивания. Обычно такой пояс-бандаж приходится менять периодически. При большом размере грыжи ликвидируют оперативным путем одновременно с колостомой.



3. Полипозное разрастание слизистой колостомы отмечается редко и связано с периодическим раздражением слизистой оболочки кишки прилегающими предметами, калоприемником, а также мелкими травмами при плохом уходе за стомой. Слизистая оболочка выступающего участка кишки колостомы часто становится местом полипозных разрастаний грыжи, которые выглядят микроскопически (величиной 1 мм-1 см в диаметре), число их достигает 1-5, они темно-красного цвета на фоне слизистой оболочки колостомы, сочные, при пальпации мягковатой консистенции, легко кровоточат; обычно возникают после 5-6 мес. ношения колостомы. Мелкие разрастания исчезают самопроизвольно после закрытия колостомы. Если они очень крупные и кровоточат, необходима резекция петли, несущей стому.

Профилактика осложнений колостомии у детей

А. Интраоперационная профилактика:

1. При сигмостоме достаточная мобилизация (без натяжения) проксимального сегмента сигмовидной кишки.
2. Сохранение хорошего кровоснабжения стомированных участков кишки.
3. Фиксация кишечных стом к слоям передней брюшной стенки.
4. Относительное «зауживание» отводящей колостомы.

Б. Послеоперационная профилактика:

- 1) Оптимальный уход за колостомой.
- 2) Своевременная ликвидация нагноения колостомированной раны.
- 3) Оптимальной подбор размера калоприемника.
- 4) Своевременная (6-8 час) ирригация приводящего отдела статированной кишки.
- 5) Недлительное (до 3 часов) ношение калоприемника.
- 6) Своевременное лечения сопутствующих соматических заболеваний (рахит, гипотиреоз, анемия и др.) у ребенка.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Глава 8:

ВЛИЯНИЕ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕБЕНКА И СЕМЬИ

Одной из целей создания глобального свода руководящих принципов является совершенствование и поддержка нашей работы с педиатрическим населением и предоставление нам возможности установить полезные терапевтические отношения с ребенком и семьей.



Родителям и детям приходится сталкиваться как с необходимостью установки стомы, так и с необходимостью ухода за ней. Дети реагируют на это по-разному, в зависимости от их возраста и стадии развития. Таким образом,

при построении терапевтических отношений с родителями и детьми необходимо учитывать множество факторов, чтобы выбрать стратегии, соответствующие ситуации ребенка и семьи.

Одна из ваших главных целей - установить доверительные отношения с ребенком и семьей, включая братьев и сестер. Информация, которую **вы предоставляете семье, должна быть точной, всесторонней и индивидуальной, с уважением к их убеждениям и ценностям.** Это укрепит доверие в отношениях.

“Отношения между терапевтической медсестрой и пациентом определяются как отношения помощи, основанные на взаимном доверии и уважении, поддержании веры и надежды, чутком отношении к себе и другим и содействии удовлетворению физических, эмоциональных и духовных потребностей вашего пациента с помощью ваших знаний и умений.1 “

Глава 9

АДАПТАЦИЯ РЕБЕНКА И РОДИТЕЛЕЙ К УХОДУ ЗА СТОМОЙ

Одной из многих проблем при работе в педиатрии является корректировка нашего подхода не только к пациенту, но и к его семье. Это также относится к обучению уходу за стомой. Принципы обучения, используемые для детей, основаны на педагогике, в то время как принципы, используемые для взрослых, основаны на андрагогике (образовании взрослых).

Планирование образовательной сессии

Перед началом любого занятия по уходу или просвещению важно, чтобы вы ознакомились с состоянием ребенка и общим планом лечения.

При планировании учебного занятия не менее важно учитывать обстоятельства, в которых находится больной ребенок и его семья. Когда люди находятся в состоянии шока или отрицания, они не готовы воспринимать новые знания и развивать новые навыки. Насколько это возможно, мы должны быть внимательны к готовности ребенка и семьи учиться.

При планировании учебного занятия учитывайте следующие факторы:

- уровень развития и возраст ребенка;
- наличие каких-либо когнитивных, физических или психологических барьеров для обучения.

Скорректируйте свой подход к обучению в соответствии с этими факторами. В таблице ниже представлен список рекомендаций для эффективного обучения.

“На каждом этапе развития – от младенчества, дошкольного и школьного возраста до подросткового и молодого возраста взрослой жизни – существуют особые требования к уходу за стомой.”

Рекомендации для успешной образовательной сессии

Рекомендации	Обоснование
Убедитесь, что у вас достаточно времени.	Важно уважать тот факт, что люди учатся в разных местах.
Проверьте готовность к обучению и степень переживания горя.	Это поможет вам определить, на какой стадии готовности они находятся к обучению.
Учитывайте стадию развития ребенка в зависимости от возраста.	Это определит ваш подход к обучению и обеспечит использование слов и описаний, понятных ребенку.

Поощряйте ребенка участвовать в уходе за ним.	Это повысит его самостоятельность и сделает его частью заботы о ребенке.
Используйте учебные пособия	Это поможет вам адаптировать обучение к стадии развития ребенка и его уровню понимания
Предложите встретиться с другим ребенком со стомой или одним из родителей.	В то время как мы можем обучать уходу за стомой, посетитель может рассказать о том, каково это - жить со стомой.
Предоставляйте различные учебные материалы (например, письменные материалы, видео, веб-сайты).	Помимо раздачи материалов, расскажите об уходе за стомой на языке пациента/членов его семьи, принимая во внимание культурные особенности. Убедитесь, что пациент/члены его семьи понимают вас. Переводчик может помочь вам перейти на соответствующие веб-сайты.
Подростки: Адресуйте свое учение первым.	Это будет способствовать развитию у них чувства ответственности за свою заботу и самостоятельности. У подростков могут быть иные приоритеты в обучении, чем у родителей.

Что должно включать в себя образовательное занятие

Содержание учебного занятия должно варьироваться в зависимости от того, когда вы его проводите. Ниже представлен обзор тем, которые следует обсудить до и после операции, а также после выписки.

Содержание образовательной сессии

Рекомендации	Обоснование
Предоперационный период	
Послеоперационный	Визуализация процедуры по уходу за стомой: <ul style="list-style-type: none"> • Откройте упаковку. • Опорожните упаковку. • Закройте упаковку.

- Как снять систему для удержания стомы.
- Как измерить стому.
- Воспроизведение результатов измерения на бумаге для защиты кожи.
- Вскрытие кожного барьера.
- Как очистить и высушить перистомальную кожу.
- Как и где при необходимости наносить пасту для стомы.
- Как использовать систему для создания мешочков.
- Внешний вид нормальной перистомальной кожи.
- Когда следует менять систему наполнения.
- Нормальные характеристики стула, запах, газообразование.
- Лечение выделений из прямой кишки в случае нарушения пищеварения.
- Лекарственные препараты: могут окрашивать стул/мочу или вызывать неприятный запах. В случае с фекальными стомами, они должны быть в жидкой форме, а не с медленным выделением, поскольку при дальнейшем всасывании лекарства в пищеварительной системе его всасывание может быть нарушено.
- Вернитесь к повседневной жизни: одевайтесь, принимайте ванну/душ, ходите в школу, занимайтесь спортом. Особое внимание следует уделять чувствительности культуры к гигиеническим процедурам, т.е. какой рукой производится чистка.
- Осложнения: признаки диареи/запора и их устранение, признаки нарушения электролитного баланса и их устранение. Осложнения, связанные со стомой и перистомой на коже

	Средства для лечения стомы: системы и аксессуары для мешочков. Питание в соответствии с возрастом: введение новых продуктов питания, предотвращение закупорки. Профессиональные, финансовые и психосоциальные ресурсы (например, молодежный лагерь). Контактные данные хирурга и медицинской сестры.
После выписки	Последующее наблюдение за пациентом и его семьей, чтобы убедиться, что они ухаживают за стомой в соответствии с рекомендациями и приспосабливаются к новой реальности

“Послеродовой период - это переходный период, когда каждый должен адаптироваться. Поддерживайте связь с семьями, которые нуждаются в поддержке и руководстве, чтобы избежать неадекватной реакции“.

Послеоперационное образование

Содержание учебного занятия должно варьироваться в зависимости от того, когда вы его проводите. Ниже представлен обзор тем, которые необходимо обсудить до и после операции, а также после выписки.

С чего начать

Самый первый шаг в обучении стоме - это научить и родителей, и ребенка (если это соответствует возрасту) прикасаться к стоме. Важно, чтобы они понимали, что это не больно.

При обучении родителей начинайте с простых заданий. Например, вы можете сначала продемонстрировать, как открывать и опорожнять мешочек. Вы можете продемонстрировать это с помощью куклы, а затем на ребенке, и тогда родители смогут выполнить задание под вашим руководством.

Ту же процедуру можно выполнить при демонстрации смены мешочка. В идеале родители и/или ребенок (в зависимости от возраста) должны освоить процедуру до выписки из больницы.

В дополнение к основам смены мешочка, на занятиях по послеоперационному обучению следует также уделять внимание уходу за кожей. Ребенок и родители должны быть ознакомлены с особенностями здоровой перистомальной кожи и знать, что делать в случае возникновения проблемы. Их необходимо научить тому, как очищать перистомальную кожу, как ее высушивать и как определить, не нарушена ли целостность. Они также должны понимать, когда им следует обратиться к медсестре или хирургу.

Советы по выбору продукта

Убедитесь, что у вас есть несколько марок средств на выбор для ребенка и родителей, чтобы они могли решить, какая марка является наиболее подходящей.

Вы также должны предоставить информацию об аксессуарах для лечения стомы, хотя философия заключается в том, чтобы использовать как можно меньше средств для ухода за детской стомой, чтобы предотвратить любые аллергические реакции. Кожа большинства детей заживает очень быстро, поэтому проблем с перистоймой возникает меньше, при условии, что кожный барьер стомы срезан и правильно наложен. Однако важно, чтобы дети знали о существующих аксессуарах.

Завершение сессии

После завершения учебного занятия не забудьте предоставить ребенку/семье письменные материалы по темам, которые вы затронули на занятии. Таким образом, по возвращении домой они смогут изучать материалы в своем собственном темпе. Мы рекомендуем им задавать вопросы, если они чего-то не понимают или им нужна дополнительная информация.

В конце каждого занятия убедитесь, что ребенок и родители поняли то, чему их учили. Один из способов сделать это - задавать вопросы, чтобы проверить, чему они научились во время занятия. Задавайте такие вопросы, как:

- Какой тип стомы у вашего ребенка?
- Когда следует опорожнить мешочек?
- Назовите два признака, указывающих на необходимость замены системы наложения мешочка.

Также может быть полезно составить контрольный список, чтобы убедиться, что все шаги выполнены. Этот список также помогает обеспечить

непрерывность ухода от одного лица, осуществляющего уход, к другому. Вот примерный контрольный список:

Учебные предметы	Демонстрация медсестрой	Практикуется пациентом/семьей	Освоенный пациентом/семьей	Комментарии
Откройте пакет Вытряхните содержимое пакета и т.д.	4 апреля 2018 г. 4 апреля 2018 г.	5 апреля 2018 г. 7 апреля 2018 г.	6 апреля 2018 г. 8 апреля 2018 г.	

Перед началом следующего сеанса всегда спрашивайте, есть ли у вас какие-либо вопросы, требующие разъяснения.

Предварительная разрядка

Убедитесь, что у детей и родителей есть вся необходимая информация, прежде чем они выпишутся из больницы. Это включает в себя:

- Систему упаковки/аксессуары, которые были выбраны по рецепту врача /обратитесь в компанию-поставщик.
- Финансовые ресурсы.
- Психосоциальные ресурсы, например, молодежный лагерь для детей со стомой.
- Номера телефонов хирурга и медицинской сестры, занимающейся лечением стомы.
- Письменная информация о том, когда им нужно позвонить медицинской сестре или хирургу.
- Дата и время последующего приема.

После выписки

После выписки мы рекомендуем еженедельно поддерживать связь с пациентом/ его семьей. Если пациент живет далеко от больницы, вы можете использовать онлайн-приложения, такие как Telegram или FaceTime, в качестве альтернативы личным визитам. Используйте свое клиническое

мнение, чтобы определить, как часто вам следует общаться с семьей - по телефону или электронной почте.

Имейте в виду, что, хотя ребенку и родителям понравилось обучение, проведенное в больнице, ситуация может измениться, когда они вернутся домой. Рекомендуется, чтобы медицинская сестра встретила ребенка и родителями на последующем приеме у хирурга, чтобы обеспечить хорошее общение со всеми участниками процесса.

Решение особых задач

Вы можете столкнуться с ситуациями, когда у ребенка или родителя есть какие-либо проблемы или отклонения, которые следует учитывать при проведении образовательного занятия.

В таблице ниже мы приводим некоторые рекомендации по решению наиболее распространенных проблем

Рекомендации по решению наиболее распространенных проблем

Проблемы	Рекомендации
Нарушения зрения	<ul style="list-style-type: none">• Используйте материалы с крупным шрифтом.• Запишите аудиоинструкции.• Используйте предварительно вырезанный кожный барьер.<ul style="list-style-type: none">• Рекомендуется использовать мешочки с маркировкой, которая фиксируется нажатием кнопки.• Используйте тактильные обозначения расположения стомы, диска или пластины.
Неграмотность, проблемы с обучением, пациенты с потерей слуха, пациенты, говорящие на другом языке	<p>Используйте изображения и символы для обучения.</p> <ul style="list-style-type: none">• Используйте реальные предметы и фотографии для передачи информации.• Записывайте видео на телефон.• Привлекайте логопедов или сурдопереводчиков для передачи информации.• Используйте переводчиков на соответствующем языке или свяжитесь с ассоциациями стоматологов в других странах.

Если в семье говорят на другом языке, возможно, потребуется переводчик. Интернет также может быть ценным ресурсом, но убедитесь, что информация взята с надежного веб-сайта.

Специальные советы по обучению детей

Даже в раннем возрасте дети могут принимать участие в уходе за стомой. Например, они могут помочь, собрав принадлежности для ухода за стомой, нарисовав рисунок стомы на бумаге для защиты кожи (которую мы уже нарисовали) и держа мешочек, пока на кожу накладывается защитный слой. Позволяя детям самим принимать участие в уходе за стомой, вы можете помочь им почувствовать гордость за себя и свою полезность. Возможно, они начнут воспринимать это как игру, а не как нечто, чего следует опасаться. Вы также можете ввести ролевые игры, в которых ребенок может побыть санитаром стомы и прикрепить мешочек к животу плюшевого мишки или куклы. Детям нравится подражать взрослым, поэтому такой подход может быть весьма эффективным.

Маленькие дети, как правило, знают некоторые части своего тела, но не имеют представления о том, как они функционируют изнутри. Использование рисунков может помочь детям определить внутренние органы своего тела, например, почки или кишечник. Вы можете использовать талисман со стомой, чтобы показать, как опорожнять мешочек, или книжку-раскраску, в которой рассказывается, что нужно взять с собой в школу. Вы также можете прочитать или рассказать историю о ребенке со стомой. Главное - воспользоваться воображением ребенка и использовать его как инструмент для общения с ним о его / ее стоме.

Некоторые дети не выражают свои чувства словесно. Они чувствуют себя более комфортно, выражая свои чувства с помощью кукол или рисунков. Это может дать важную информацию о том, нужны ли дальнейшие консультации, например, с детским психологом. В некоторых странах в таких ситуациях помогают “специалисты по жизни ребенка”.

Менее формальные методы обучения

В дополнение к формальным образовательным занятиям, вы можете организовать для ребенка и родителей знакомство с другими детьми со стомой и их родителями.

Новые родители всегда думают, что они единственные, кто оказался в такой ситуации. Знакомство с другими родителями, которые прошли через то же

самое, может помочь уменьшить их тревогу и дать им возможность поделиться своими опасениями. Слушание историй других людей может помочь им осознать, что они не одиноки. Они могут увидеть, что есть способы преодолеть ситуацию.

Однако будьте осторожны при выборе других детей или родителей. Важно, чтобы те, кого вы выберете, были настроены позитивно и продемонстрировали, что можно приспособиться к рождению ребенка со стомой.

Особое слово о подростках

При обучении подростка мы рекомендуем сначала проинструктировать его без присутствия родителей. Для такого подхода есть несколько причин.

Некоторые подростки неохотно рассказывают о части своего тела, которую они обычно не обсуждают с родителями и не показывают им. Некоторые подростки могут вести себя по-другому в присутствии родителей и не выражать своих истинных чувств. Такой подход также говорит о независимости подростка и может помочь ему легче принять стому как свою часть.

После сеанса предложите подростку поделиться с родителями тем, что он узнал. То же самое относится к посещению медицинской сестры или хирурга. Подросток может предпочесть побыть один, и родители должны уважать это его желание.

Подросткам также нравится знакомиться с людьми своего возраста со стомой. Они могут захотеть посмотреть на стомы других людей; поговорить об одежде, которую они носят; чем они занимаются; и какими видами спорта они занимаются. Хотя мы предоставляем подросткам эту информацию в рамках образовательных занятий, она пользуется большим доверием, когда исходит от сверстника, оказавшегося в такой же ситуации.

Дополнительные ресурсы

Вот список дополнительных ресурсов, которые могут быть полезны на ваших учебных занятиях.

Дополнительные ресурсы для проведения образовательных сессий:

Дополнительные ресурсы/советы	Цель
Пошаговые инструкции с картинками / настоящая сумка у кровати	Предоставляет еще один метод обучения
Программа “Доставь меня домой” (если она доступна в стране).	В нем описываются необходимые шаги, которые должны выполнить сотрудники, работающие с семьей, прежде чем отправиться домой.
Доступны брошюры, журналы, книжки-раскраски и другие материалы.	В качестве справочного материала, когда это необходимо.
Онлайн-ресурсы	Интерактивные программы для просмотра видеороликов пациентов и членов их семей на YouTube. Электронное обучение с помощью компьютера/ смартфона (защищено HIPAA). Внимание: убедитесь, что информация соответствует действительности.
Пациенты / родители могут снимать на видео, как медсестры меняют изделия, на своих смартфонах для последующего использования.	Облегчает понимание и воспроизведение техники
Вдохновляющее письмо, в котором я объясняю друзьям, что такое стома.	Как объяснить другим, как жить со стомой.

Глава 10:

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ ПО УДАЛЕНИЮ СТОМЫ НА РЕБЕНКА И СЕМЬЮ

Операция по удалению стомы оказывает огромное влияние как на ребенка со стомой, так и на его семью. Вся семья ощутит изменения в своей повседневной жизни, и влияние этих изменений нельзя недооценивать. В этой главе мы опишем общие факторы, которые следует учитывать при установке стомы, а также факторы, характерные для разных возрастных групп в педиатрической практике.

Новорожденные

Краткое описание этапов разработки и воздействия

Характеристики стадии развития	Реакция родителей	Сестринский подход
Преждевременное разделение. • Первичная связь под угрозой.	Чувство несправедливости. • Сомнение. • Чувство тоски и вины. • Страх, что могут быть обнаружены другие патологии.	• Разъясните и обнадёжьте родителей. • Ответьте на их вопросы. • Поощряйте проявление эмоций. • Предложите встретиться с другими родителями. • Продемонстрируйте уход за стомой. • Привлеките родителей к уходу за стомой.

Работа с родителями

Рождение ребенка с врожденным дефектом или заболеванием, требующим образования фекальной или мочевого стомы, может стать тяжелым испытанием для молодых родителей. Они могут оказаться с ребенком, которого перевели в специальное отделение или больницу за пределами их общины. Мать и ее ребенок разлучены, и их первоначальная связь находится под угрозой. Родители могут не понимать, почему это произошло. И хотя они были проинформированы о ситуации, у них могут возникнуть проблемы с адаптацией. Родители могут испытывать различные эмоции, включая чувство вины, осуждение, шок и неуверенность в себе. Они могут даже усомниться в

своей способности быть хорошими родителями, учитывая состояние здоровья ребенка.

Согласно модели Кюблера-Росса, существует пять стадий горя: отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие. Эта модель актуальна, потому что родители на самом деле оплакивают потерю "идеального новорожденного", которого они ожидали. Родители будут проходить через эти этапы, поэтому важно учитывать это в своем подходе и определять, какую стадию горя они переживают. Они должны быть уверены в том, что они не одиноки; что профессиональная медицинская сестра будет поддерживать их на протяжении всего периода лечения – с момента установки стомы ребенку и до ее закрытия.

Сестринский подход

Убедитесь, что родители правильно поняли объяснения, данные хирургом. Важно ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у них, и разъяснить все неправильные представления о состоянии ребенка, а также о краткосрочных и отдаленных результатах. У родителей должно быть время, чтобы выразить свои чувства в благоприятной обстановке. На данном этапе особое внимание следует уделять позитивному развитию ребенка. Это поможет родителям избежать негативных мыслей, которые могут только усилить их беспокойство. Как только состояние новорожденного стабилизируется, родители должны принять участие в ежедневных заботах о ребенке, таких как смена подгузников, уход за кожей, поддерживающие объятия и контакт "кожа к коже". Это поможет восстановить первоначальную связь. Некоторые матери могут захотеть кормить ребенка грудью. В таких случаях медсестра, занимающаяся лечением стомы, играет жизненно важную роль, успокаивая таких матерей, сообщая им, что стома не мешает грудному вскармливанию. Как только они привыкнут к повседневной рутине, они могут начать учиться ухаживать за стомой и менять мешочки. Им нужно постоянно напоминать о том, что прикосновение к стоме не причиняет боли ребенку. Им также необходимо знать, что ребенок может плакать не из-за какого-либо дискомфорта от самого ухода за стомой, а из-за ощущения стеснения, когда его держат на руках в связи со сменой мешочка. Медицинская сестра, выполняющая стому, должна помочь родителям оценить свои возможности, принять во внимание любые возможные опасения и поддержать правильную технику. Рекомендуется привлекать обоих родителей, чтобы уход за стомой не зависел от одного из них. Родители могут быть представлены другим родителям, оказавшимся в такой же ситуации.

Первые два года жизни

Краткое описание этапа разработки и воздействия

Характеристики стадии развития	Реакция родителей	Сестринский подход
<ul style="list-style-type: none">• Боязнь новых лиц.• В основном доверяют родителям.• Находятся под влиянием сообщений, полученных из их окружения.	<ul style="list-style-type: none">• Родители беспокоятся о реакции своего ребенка.	<ul style="list-style-type: none">• Поощряйте родителей оставаться в больнице вместе со своим ребенком.• Регулярно навещайте ребенка.• Устанавливайте доверительные отношения.• Предоставляйте простую и понятную информацию.• Распространяйте позитивное мнение о стоме.

Если стома устанавливается в течение первых двух лет жизни, необходимо учитывать реакцию ребенка, чтобы помочь ему и его родителям как можно легче справиться с ситуацией. Родители могут испытывать печаль и беспокойство, когда их ребенку предстоит операция. Они могут беспокоиться о реакции ребенка, предвидя возможные неприятности от пережитого. Некоторые малыши могут злиться на своих родителей, потому что именно они согласились на операцию.

Работа с родителями

В идеале, один из родителей должен оставаться с ребенком во время пребывания в больнице, так как это поможет уменьшить беспокойство ребенка и обеспечит более позитивный опыт. Положительные эмоции родителей могут способствовать привыканию ребенка к стоме. Родители также должны быть осведомлены о способности своего ребенка справляться со стрессовыми ситуациями.

Сестринский подход

Обычно дети этого возраста с опаской относятся к новым лицам. Они не доверяют другим людям. По этой причине важно установить хорошие отношения с родителями, чтобы ребенок мог наблюдать за этим, прежде чем осуществлять какой-либо физический уход. Используйте игру и физический контакт, чтобы сформировать отношения с ребенком, которые включают в себя нечто большее, чем инвазивные процедуры.

Важно, чтобы вы адаптировались к миру ребенка и объяснили уход за стомой понятными для него словами. Помните, что очень маленькие дети живут сегодняшним днем, поэтому все объяснения следует давать непосредственно перед процедурой (например, смена средства для удаления стомы), а не за несколько часов до нее. На детей этого возраста большое влияние оказывает окружающая среда, а также выражения лиц членов их семей и лиц, осуществляющих уход. Важно, чтобы родитель или лицо, осуществляющее уход, имели позитивное выражение лица и использовали позитивный язык на протяжении всего процесса ухода.

Мы настоятельно рекомендуем приготовить все необходимое перед сменой мешочка и не затягивать процедуру. Отвлекающий маневр - это хороший способ переключить внимание, и родители могут помочь в создании успокаивающей атмосферы. Возможны некоторые переговоры, но они должны быть обоюдновыгодными. Детям приятно осознавать, что они могут высказать свое мнение, но вы должны руководствоваться своим клиническим опытом и знать, где границы дозволенного. Дети должны знать, что действуют определенные правила и что они не могут контролировать всю процедуру целиком.

Для детей естественно исследовать свою стому и мешочек, как они это делают с любой другой частью своего тела. Мешочек может представлять интересную находку из-за его текстуры и звука. Мы советуем родителям в этом возрасте одевать ребенка в цельнокроеную одежду или комбинезон, чтобы уменьшить физический доступ к стоме.

Дети дошкольного возраста (от 2 до 5 лет)

Краткое описание этапа разработки и воздействия

Характеристики стадии развития	Реакция ребенка	Сестринский подход
<ul style="list-style-type: none"> • Потребность в независимости. • Открытие гениталий. • Приучение к горшку. 	<ul style="list-style-type: none"> • Может воспринимать стому как наказание. • Чувство стыда. • Фантазии о кастрации. 	<ul style="list-style-type: none"> • Информируйте детей в соответствии с их возрастом. • Поощряйте участие детей в уходе за их стомой. • Используйте кукол.
	Реакция родителей	Сестринский подход
	<ul style="list-style-type: none"> • Боятся, что их ребенок пропустит занятия. • Опасаются, что из мешочка может протекать. 	<ul style="list-style-type: none"> • Поощряйте родителей избегать чрезмерной опеки над своим ребенком.

Дошкольный возраст характеризуется потребностью ребенка в независимости и самостоятельности. В этом возрасте у него открываются половые органы, и именно в этот период детей приучают к горшку. Дошкольники с большим интересом изучают свое тело, начинают исследовать гениталии и убеждаются, что та часть тела, которой уделяется больше всего внимания, является самой важной. Дети могут испытывать противоречивые эмоции и иногда воспринимать стому как наказание. Некоторые могут испытывать чувство стыда, а у мальчиков могут возникать фантазии о кастрации, связанные с хирургическим вмешательством.

Работа с родителями

Чувство вины родителей может привести к тому, что они станут проявлять снисходительность к ребенку. Другие родители могут отреагировать на это чрезмерной опекой. Несмотря на склонность к чрезмерной опеке, необходимо поощрять родителей к тому, чтобы они воспитывали своего ребенка нормальным образом. Вместо того чтобы подчеркивать, чем их ребенок отличается от других, родители должны научить его справляться со стомой. Важно дать родителям возможность выразить свои чувства, чтобы помочь им позитивно взглянуть на реальность.

Сестринский подход

Для детей в возрасте от двух до четырех лет пищеварительная и мочевыделительная системы представляют собой запутанный ансамбль. Дети

могут называть части своего тела, но имеют слабое представление о своих внутренних органах. Таким образом, простые и понятные объяснения помогают развеять любые заблуждения, которые могут возникнуть у детей. Важно обращать внимание на мир их фантазий. Иногда дети не выражают свои чувства напрямую, но куклы могут помочь им выразить свои опасения и эмоции.

Когда ребенок вернется домой, поддерживайте контакт с семьей, чтобы вы могли продолжать оказывать ему поддержку и давать советы.

Дети школьного возраста (от 6 до 12 лет)

Краткое описание этапа разработки и воздействия

Характеристики стадии развития	Реакция ребенка	Сестринский подход
<ul style="list-style-type: none"> • Этап формирования компетентности. • Важна близость. • Социальная роль: быть студентом. 	<ul style="list-style-type: none"> • Дети обеспокоены своей компетентностью. • Они дестабилизированы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Проясните ситуацию. • Успокойте. • Поощряйте родителей уважать самостоятельность своего ребенка. • Уважайте близость ребенка.

Это период, когда дети приобретают самостоятельность. Теперь они могут сами заботиться о своих личных потребностях. Установка стомы в этом возрасте может означать потерю контроля, за который они так упорно боролись. До операции ребенок был независим в уходе за собой. После операции все меняется. Внезапно обнаруживается стома, которая привлекает большое внимание окружающих. Это может вызвать чувство растерянности и неуверенности. Некоторые дети даже испытывают чувство стыда.

Школьный возраст - это также период, когда дети начинают приобретать знания и способности. Помимо того, что они учатся, у них есть занятия и социальная роль. Это возраст, когда близость становится важной. Дети начинают стесняться и не любят показывать свои половые органы.

Работа с родителями

Родители часто подвергаются более сильному эмоциональному воздействию, чем ребенок. Они могут беспокоиться, если ребенок пропускает школу, и беспокоиться о том, как ребенок справится, если у него протечет сумка, когда их не будет дома. Они могут чувствовать вину за то, что не могут защитить ребенка от травли. Им часто бывает очень трудно представить, что их ребенок будет самостоятельным и преуспеет в уходе за стомой.

Необходимо поощрять родителей к тому, чтобы они поощряли самостоятельность своего ребенка. Помогите им понять, что вовлечение ребенка в процесс ухода (например, помощь в сборе расходных материалов; снятие пластыря и кожного барьера; определение размера стомы на подкладке из кожного барьера) может вернуть ребенку некоторый контроль над распорядком дня. Все члены семьи должны найти разумный баланс в этом вопросе. В зависимости от уровня самостоятельности ребенка, цель должна заключаться в том, чтобы ребенок принимал все большее участие в уходе за стомой. Используйте свое клиническое суждение, чтобы оценить компетентность и способности ребенка и мотивировать его к достижению самостоятельности.

Сестринский подход

Еще раз повторю, ваша задача - прояснить и не драматизировать ситуацию. Как упоминалось ранее, объясните в понятных и простых выражениях, почему у ребенка стома. Дети этого возраста также живут в мире фантазий, и важно давать им четкие объяснения, которые они смогут понять. Это поможет развеять ложные представления. Куклы могут помочь детям выразить свои чувства. Некоторые дети дают название своей стоме, так как это хороший способ приспособиться и сделать ее частью себя.

Прислушивайтесь к ним, к их страхам и опасениям, чтобы вы могли быстро развеять любые заблуждения, которые у них могут возникнуть. Это также поможет вам быстро выявить любые опасения, которые могут возникнуть у них по поводу школы, например, боязнь утечки информации. Дети, как правило, более выносливы, чем взрослые, поскольку они живут в настоящем времени. Поэтому мы не рекомендуем сообщать детям за несколько часов до начала процедуры о том, что им нужно сменить мешочек. Лучше подождать непосредственно перед процедурой. Как упоминалось ранее, важно выполнять процедуру эффективно, но плавно, делая небольшие перерывы по мере необходимости.

Уход за стомой в школе

Как и в любом возрасте, дети школьного возраста, отправляясь в школу, должны иметь доступ, по крайней мере, к двум персональным средствам. У них также должна быть запасная одежда и расходные материалы для стомы, которые должны быть в их рюкзаках или шкафчиках на случай случайной утечки.

Юность

Краткое описание этапа разработки и воздействия

Характеристики стадии развития	Реакция подростка	Сестринский подход
<ul style="list-style-type: none"> • Стремление к самостоятельности и независимости. • Очень заботятся о своей внешности и сдержанны. 	<ul style="list-style-type: none"> • Могут злиться на стому, отрицая ее наличие. • Те, кто был очень болен, могут воспринимать стому как перерождение. • Боятся, что мешок может быть виден, что от него пахнет или он издает шум. 	<ul style="list-style-type: none"> • Постарайтесь понять подростков, не осуждая их. • Не обращайте внимания на их порой агрессивное поведение. • Уважайте интимную жизнь подростков. • Будьте открыты для обсуждения вопросов сексуальности. • Осознайте важность использования подростками социальных сетей как способа поиска знаний и уменьшения изоляции. • Имейте в виду, что каждый подросток реагирует по-разному. Некоторые могут скрывать свою сумку, другие могут выставлять ее напоказ. • Обратитесь в группы поддержки подростков/молодежный лагерь. • При необходимости обратитесь к психологу. • Порекомендуйте буклеты/журналы для подростков от компаний или ассоциаций.
	Реакция родителей	Сестринский подход
	<ul style="list-style-type: none"> • У родителей уже есть ребенок, переживающий 	<ul style="list-style-type: none"> • Поощряйте родителей избегать чрезмерной опеки.

	<p>подростковый кризис.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Они озабочены будущим своего ребенка. • Разрываются между чрезмерной опекой, тревогой, чувством вины. 	
--	--	--

“Подростковый возраст - это, как правило, время потрясений. Многие считают его зоной военных действий – временем и местом в жизни, отмеченным открытым бунтом и негативизмом. На самом деле, подростки, о которых идет речь, могут демонстрировать не что иное, как разумные физические и психологические трудности в процессе взросления.”

Установка стомы в подростковом возрасте может негативно сказаться на самооценке подростка, особенно в обществе, которое уделяет большое внимание гигиене тела, внешнему виду и успеху. В дополнение к кризису развития, подросткам приходится проходить через ситуационный кризис, который оказывает физическое, психологическое и социальное воздействие.

Физическое воздействие

Наиболее распространенной причиной, по которой у подростков болит желудок, являются воспалительные заболевания кишечника (ВЗК). После операции эти пациенты-подростки должны быть проинформированы о том, что у них может наблюдаться ускоренный рост и половое созревание. Точно так же у подростков, достигших половой зрелости, может наблюдаться регресс во время острого периода заболевания. У девочек может замедляться развитие молочных желез и наблюдаться аменорея. У мальчиков может снижаться мышечная сила.

Образ тела и сексуальность

Подростки со стомой уделяют большое внимание принятию или неприятию своего тела. У них могут возникнуть трудности со своим новым способом

устранения и новым образом тела. Они часто неуклюжи в уходе за стомой и делают это с чувством отвращения. Такие темы, как фертильность, сексуальная потенция, менструации и беременность, вызывают неприятные вопросы у подростков со стомой. Подростки со стомой могут чувствовать, что их способность привлекать сексуального партнера снижается. Они могут чувствовать, что, если им трудно нравиться самим себе в их нынешнем состоянии, как они могут надеяться на то, что их полюбит кто-то другой? Они могут опасаться, что их сексуальная активность изменилась. Некоторые подростки избегают этой темы, отказываясь считать себя сексуальными существами. Некоторые из них вступают в сексуальные отношения, единственной целью которых является проверка их способности соблазнять.

Психологическое воздействие

Больничная обстановка?

Госпитализированные подростки более уязвимы. Они находятся вдали от дома, семьи, друзей и, возможно, своего любимого питомца. Они не носят свою обычную одежду. Госпитализация также означает, что им приходится прекращать свои занятия и пропускать школу. Все это бросает вызов их самоидентификации.

Находясь в больнице, подростки могут чувствовать себя более зависимыми. Им может казаться, что они потеряли контроль и решения принимаются за них, что приводит к ощущению повышенной уязвимости. Во время госпитализации подростки должны проходить медицинские осмотры и манипуляции, которые могут их смутить. Они могут быть осмотрены представителями противоположного пола и в присутствии других людей в комнате.

Как они справляются

Реакция на эту кажущуюся потерю контроля у разных подростков разная. Некоторые из них могут провести весь период госпитализации, не реагируя на происходящее, пытаясь сохранить контроль над своими эмоциями. Некоторые не будут выражать свои истинные эмоции персоналу больницы, но поделятся ими со своими родителями. Они могут испытывать эмоциональные всплески и бунтовать. Другие будут реагировать совершенно противоположным образом, становясь полностью покорными и эгоцентричными. Они могут испытывать грусть, отчаяние и впадать в отрицание.

Чтобы справиться с потерей контроля над своей функцией выделения, подростки могут выработать несколько защитных механизмов. Некоторые из них могут реагировать отказом признавать свои пределы. Они могут пытаться превзойти самих себя и делать больше, чем следовало бы, например, оставлять свою сумку на месте дольше, чем предписано, ведя себя так, как будто у них ее нет. Когда они реагируют подобным образом, они пытаются утвердить свою независимость и бросить вызов авторитету, что является частью подросткового опыта.

Факторы, влияющие на их реакцию

Подростки, как правило, лучше приспосабливаются, если стома временная, и они знают, что это только на ограниченный, определенный период времени. Адаптация не так проста, когда стома постоянная, поскольку ее влияние на их жизнь будет долгосрочным. Вы также можете столкнуться с подростками, у которых временные стомы остаются на длительное время из-за осложнений. Важно, чтобы вы знали обо всех этих обстоятельствах, чтобы помочь подростку приспособиться к их конкретной ситуации.

Обстоятельства, связанные с операцией, также будут влиять на адаптацию подростка. Экстренная операция может означать, что стома будет заменена внезапно. Однако плановая операция (например, в связи с хроническим заболеванием) может означать роды, возрождение и надежду на улучшение качества жизни.

Социальное воздействие

В семье

Подростки могут чувствовать, что они отличаются от других членов семьи, и беспокоиться о том, что их отвергнут. Из-за них их родителям часто приходится пропускать работу; семейные дела нарушаются; а братья и сестры получают меньше внимания от родителей. Они могут чувствовать, что являются обузой для своей семьи и что они не представляют никакой ценности.

Могут возникать бунтарские эмоции, например, “Почему это происходит со мной?”. Эти эмоции могут вызвать у родителей, братьев и сестер чувство вины. Некоторые родители реагируют на это чрезмерной опекой своего ребенка. Родителям может быть трудно распознать и принять новые способности своего ребенка, особенно после болезни или операции по удалению стомы, и они могут реагировать на это чрезмерной опекой. Часто

родители подростков с болезнью Крона и язвенным колитом проводят так много времени с больным ребенком, что, как только у них появляется стома, им трудно позволить подростку стать самостоятельным.

Другие родители будут чрезмерно поощрять самостоятельность подростка. Такая реакция также может негативно сказаться на подростке со стомой. Если подростки остаются совершенно одни, без присмотра и интереса, они могут почувствовать себя покинутыми и испугаться, что им придется справляться со всеми этими новыми обязанностями в одиночку.

В школе

Подростки со стомой могут быть озабочены тем, как отреагируют их сверстники. Они боятся неприятия. Однако поделиться своим состоянием со сверстниками - деликатный вопрос. Некоторые из них решили рассказать своим друзьям о стоме, но позже пожалели об этом, когда друзья их предали. Соккрытие этого состояния также может быть вредным.

Многие из этих подростков часто пропускают занятия в школе из-за болезней и операций, и в результате им приходится повторять школьные годы. Это означает, что они отстают от своих сверстников. Это чувство отставания может привести к депрессии.

Сестринский подход

Вы играете важную роль в оказании помощи подросткам, перенесшим операцию по удалению стомы. Предоставьте пошаговую информацию о планируемой операции, медицинских тестах, стоме, продуктах и ресурсах для установки стомы, а также расскажите, на что похож процесс адаптации к установке стомы. Важно предоставлять непротиворечивую информацию, поскольку они могут протестировать вас как для определения вашего уровня знаний, так и для самоутверждения.

Интеллект подростков может помочь им приспособиться к своей индивидуальной патологии. Они могут понимать нормальную физиологию человеческого организма, а также последствия своей собственной патологии. Использование наглядных пособий, а также абстрактных и теоретических объяснений может помочь им более полно понять свое состояние. Знания - это ценный инструмент, помогающий адаптироваться; они помогут уменьшить беспокойство подростков по поводу их болезни. Однако необходимо предостеречь от этого. Некоторые подростки могут придавать своему

заболеванию интеллектуальный характер и стремиться узнать больше о процессе своего заболевания. Тем не менее, их способность понять свою патологию может превосходить их способность эмоционально приспособиться к ней. Это может повлиять на процесс их адаптации.

Еще один фактор, о котором следует помнить, заключается в том, что подростки, усваивая информацию, которую мы им даем, иногда могут неправильно ее интерпретировать. Важно подтвердить, что они действительно понимают. Подростки также могут развивать свои собственные теории, основанные на фактах, воображении и эмоциях. Эта смесь может отражать их жизненный опыт. Иногда вы можете стать для подростка особенным доверенным лицом. Он или она могут выражать вам чувства, которые не стали бы выражать своим родителям или друзьям. Подросткам со стомой нужен кто-то, на кого они могут положиться, кто не будет их осуждать и кто даст им время, необходимое для осмысления происходящего. Хотя оказание эмоциональной поддержки является важной частью нашей роли, мы также должны уметь осознавать свои пределы и обращаться к психологу, когда подросток проявляет признаки тревоги или депрессии.

Дополнительные рекомендации

Вот несколько дополнительных рекомендаций при работе с подростками со стомой:

1. Попытайтесь понять, не осуждая

Несмотря на то, что из-за болезни их физическая и сексуальная зрелость могут меняться, важно общаться с подростками в соответствии с их возрастом. Прежде чем встретиться с подростком, ознакомьтесь с его возрастом и степенью зрелости. Помните, что подростки могут проявлять широкий спектр эмоций. Дайте подростку понять, что вы понимаете его чувства. Негативные чувства могут усилиться дома; по этой причине важно, чтобы вы продолжали общаться с подростком после выписки по телефону, электронной почте или лично.

2. Уважайте их интимную близость и решайте проблемы сексуальности.

Важно обсудить с ними вопросы контрацепции и защиты. Еще раз подчеркну, что отношения, основанные на доверии и уважении к интимной жизни подростка, позволят вам открыто обсуждать с ним эту деликатную тему и помогут ему поддерживать позитивный образ своего тела.

Подростки испытывают дискомфорт, когда кто-то вторгается в их физическое пространство. Хотя наблюдение за ними необходимо, когда они учатся ухаживать за своей стомой, вы должны находиться от них на приемлемом расстоянии. Чтобы учесть, что они могут стесняться своих частей тела, предложите подросткам самим ухаживать за стомой. Дайте им понять, что, если им нужна помощь, они должны быть ответственны за то, чтобы попросить о ней.

3. Помогите им интерпретировать реакцию других людей и справиться с ней

Подростки не всегда могут понять, почему их родители так реагируют на их болезнь или стому. Важно, чтобы вы объяснили им, почему их родители могут стать чрезмерно заботливыми или замкнутыми.

Как упоминалось ранее, некоторые подростки чувствуют потребность поговорить о своем состоянии со сверстниками. Предложите им найти слова, которые помогут прояснить ситуацию простым и естественным образом, не вдаваясь в подробности, которые могут вызвать смущение или отвращение. Пациенты подросткового возраста должны знать, что физические изменения могут вызывать дискомфорт у окружающих, особенно у младшего подростка. Однако в середине подросткового возраста сверстники обычно становятся более сговорчивыми. Они могут даже симпатизировать подростку и восхищаться им, особенно если он или она демонстрирует позитивный настрой. Предложите подростку тщательно выбрать надежного друга и попросить его высказать свое мнение.

4. Признайте их потребность в поддержке.

Подростки со стомой могут чувствовать себя изолированными, как будто они единственные, кто проходит через это. Возможно, они не знают никого, кто оказался бы в такой же ситуации. Вот почему так важно познакомить их с другими подростками со стомой. Это дает им возможность общаться, с кем они могут поделиться своими проблемами и обменяться идеями / получить совет относительно одежды, занятий спортом, общественной жизни и т.д. Нет сомнений в том, что посетитель со стомой пользуется большим доверием, чем кто-либо другой. Подростку со стомой важно познакомиться с другими людьми, которые добились успеха. Это вселяет в него надежду, а надежда имеет решающее значение для оптимальной адаптации. В некоторых странах лагеря для молодых людей со стомой предоставляют возможность познакомиться с другими подростками, оказавшимися в такой же ситуации, в

веселой обстановке, без осуждения. Это дает им возможность поделиться своими проблемами и чувствами и услышать решения. Такие лагеря помогают развеять чувство изоляции, которое они могут испытывать, предоставляя им возможность завязать новые отношения. Это представляет собой позитивное направление.

5. Следите за признаками депрессии или беспокойства

Следите за любыми признаками тревоги или депрессии и будьте готовы при необходимости обратиться за консультацией к психологу.

6. Помогите им спланировать свою жизнь со стомой

Как и все остальные, подростки хотят иметь возможность вносить свой вклад в жизнь общества. Поощряйте их ставить реалистичные цели, учитывающие как их возможности, так и их ограничения. Помогите им избежать таких ловушек, как:

- полное отрицание своих ограничений, которое может привести к самообману; или
- преувеличение значимости своей болезни, что приводит к ощущению собственной никчемности и отчаянию.

Профориентация также может помочь подростку сформировать реалистичные ожидания относительно своего будущего. Уход за подростками со стомой - это непростая задача. Это требует терпения, доступности и уважения к их темпу жизни и способности адаптироваться. Это также требует принятия их такими, какие они есть, без осуждения и невзирая на их отношение или поведение. Прежде всего, мы должны помочь им адаптироваться к их новым условиям, порекомендовав систему упаковки, которая была бы надежной, удобной, незаметной и, самое главное, безопасной.

Глава 11

ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СО СТОМОЙ

Исследования, касающиеся лечения стомы у взрослых, часто показывают, что способность пациента возобновлять повседневную деятельность

положительно влияет на качество его жизни и способность вести продуктивную жизнь после операции по удалению стомы.

Наш опыт работы с детьми, перенесшими стому, также показывает, что возможность возобновления повседневной деятельности оказывает положительное влияние на всю семью. Как правило, дети со стомой могут вернуться к обычной повседневной деятельности. Однако необходимо соблюдать некоторые меры предосторожности. Например, мы рекомендуем опорожнять сумку перед тем, как укладывать младенцев в положение лежа, обнимать их или использовать детские транспортные средства.

В следующей таблице приведены некоторые основные ежедневные действия для детей со стомой и рекомендации по уходу за стомой при участии в этих мероприятиях.

Ежедневные действия и рекомендации

Деятельность	Рекомендации
Ванна/душевая кабина	Можно ли принимать ванну / душ с мешочком или без него? <ul style="list-style-type: none">• Проинформируйте родителей и пациентов о том, что нет риска попадания воды внутрь стомы. Высушите кожный барьер и мешочек сразу после ванны/душа.• Не используйте жирное мыло, пену для умывания, масла в ванне. Это ухудшает адгезию средства к стоме.<ul style="list-style-type: none">• Если используется мыло, обязательно тщательно промойте кожу и аккуратно вытрите насухо• В некоторых странах существует влагозащитный барьер, позволяющий сохранять сухими раны, повязки и места для внутривенных вливаний.
Плавательный бассейн	Всегда надевайте защитную маску <ul style="list-style-type: none">• Перед посещением бассейна необходимо опорожнить защитную маску.• Для придания водонепроницаемости поверх

	<p>бумажного защитного клея можно нанести жидкий защитный крем для кожи. Эластичные защитные полоски могут надежно защитить защитный слой кожи.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Надевайте под плавки-боксеры пояс или обтягивающие трусы/нижнее белье. Сразу после этого высушите защитный слой кожи и мешочек. • Рекомендуется использовать купальные костюмы с принтом, а не однотонные. • Мешочек/мини-сумочка меньшего размера или колпачок для стомы, если таковой имеется. • Не забудьте защитить фильтр.
Одежда	<ul style="list-style-type: none"> • Подтяжки для мальчиков, чтобы поддерживать брюки. • Цельнокроеный комбинезон. • Подросткам следует избегать ношения слишком узких джинсов или брюк.
Школа	<p>Сначала проведите пробный сеанс, рассчитанный на полдня.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Родителям или подросткам следует проконсультироваться со школьной медсестрой, если таковая имеется, или с другими школьными специалистами, в зависимости от возраста ребенка. • Время возвращения также зависит от способа передвижения: пешком, на машине или автобусе (некоторым детям могут потребоваться часовые поездки на автобусе). • Информировать школьную администрацию и одноклассников.
Виды спорта	<ul style="list-style-type: none"> • Будьте осторожны при занятиях контактными видами спорта – защищайте стому. • Используйте защитные накладки (приобретенные или изготовленные специалистом по трудотерапии) • Во время занятий спортом используйте защитные пояса.

	<ul style="list-style-type: none">• Широкие ленты для волос обеспечивают хорошую поддержку.• Используйте эластичные барьерные полоски.
Ночевки за кадром	<ul style="list-style-type: none">• Возьмите с собой дополнительные средства для лечения стомы.• Возьмите с собой дополнительную одежду.



Андижан 2025

