



# ПОСОБИЕ ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

УДК 616.348-089.86  
М23

*Автор: Мансуров Юрий Владимирович, к. м. н.,  
доцент кафедры хирургии ФПК и ПП УГМА,  
зав. отделением реконструктивной хирургии  
ГУЗ СОКБ № 1 г. Екатеринбурга*

*Фотографии и рисунки: Мурашко Роман Алексеевич, к. м. н.,  
ГБУЗ «Онкологический диспансер Департамента здравоохранения  
Краснодарского края»*

**Мансуров Ю. В.**  
М23 Пособие для стомированных пациентов. — Санкт-Петербург: ООО «Б. Браун Медикал», 2020. — 42 с., ил.

Данное издание является информационным пособием, предназначенным для пациентов, которые в силу различных обстоятельств оказались перед необходимостью жить со стомой, а также для людей, которым предстоит пройти операцию по выведению стомы.

В брошюре Вы найдете ответы на большинство вопросов, которые возникают или еще, возможно, встанут перед Вами в повседневной жизни. Предложенная информация расширит знание о Вашем новом состоянии, помогая обрести уверенность и позволяя вести привычный образ жизни.

**УДК 616.348-089.86**

---

*Справочное издание*

**МАНСУРОВ Юрий Владимирович**  
**ПОСОБИЕ ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**

Ответственный редактор *С. И. Фролова*  
Художественный редактор *В. Ю. Домогацкая*  
Технический редактор *Е. В. Шестакова*

Подписано в печать 16.03.20. Формат А5.  
Бумага мелованная. Тираж 999 экз.

# Содержание

<b>1</b>	Введение .....	3
<b>2</b>	Строение пищеварительной системы .....	5
<b>3</b>	Виды кишечных стом. ....	7
<b>4</b>	Уростома .....	9
<b>5</b>	Периоды формирования стомы. ....	11
<b>6</b>	Уход за стомой .....	13
<b>7</b>	Выбор кало- и мочеприемников .....	21
<b>8</b>	Ирригация .....	23
<b>9</b>	Основные рекомендации .....	25
<b>10</b>	Лечебное питание .....	28



# 1 Введение

Это руководство написано для людей, у которых вследствие развития какого-либо патологического состояния был сформирован искусственный свищ для отведения мочи или содержимого кишечника. В настоящее время в медицине и в быту достаточно прочно закрепился термин «стома» для названия такого свища, а пациентов, имеющих подобный искусственный свищ, называют стомированными пациентами.

Термин «стома» в хирургии произошел от латинского слова «stoma», которое в переводе означает «рот». Именно через рот полые органы кишечного тракта сообщаются с окружающей средой. В зависимости от того, где сформирован наружный свищ, происходит и название стомы — гастростома, илеостома, еюностома, колостома и так далее.

В данном методическом пособии мы будем вести речь о кишечных стомах, а именно илеостомах и колостомах, созданных с целью полного отведения кишечного содержимого через искусственно сформированный полный кишечный свищ.

Данное руководство написано с целью обучить стомированных пациентов уходу за стомой и помочь людям адаптироваться к условиям повседневной жизни, сохранить трудовую и социальную активность.

К сожалению, на государственном уровне служба реабилитации стомированных пациентов в России на сегодняшний день отсутствует, хотя во многих регионах усилиями местных врачей, местных органов управления здравоохранения и органов власти медицинская реабилитация стомированных пациентов уже организована — конечно же, с различной степенью охвата и качества их реабилитации. В существующих условиях тем более актуальным является выпуск просветительской литературы для пациентов, обучающей самостоятельному уходу за стомой и помогающей сохранить высокий моральный тонус и привычный образ жизни.

Вместе с тем, обеспечение стомированных пациентов, имеющих инвалидность, техническими средствами реабилитации (речь идет, прежде всего, о калоприемниках) закреплено различными федеральными законами, постановлениями Российской Федерации и приказами Фонда социального страхования Российской Федерации. К сожалению, пациенты, не являющиеся инвалидами — а это, как правило, пациенты с временными стомами — индивидуальными техническими средствами реабилитации на государственном уровне не обеспечены.

В экономически развитых странах, где вопросами реабилитации стомированных пациентов занимаются уже более полувека, сами пациенты объединяются в общественные организации. Эти сообщества позволяют людям не ощущать себя одиноками в социуме, а также решать определенные проблемы социальной неустроенности, психологические проблемы, воздействовать на органы власти и социальной защиты. Такие организации проводят различные конференции с привлечением врачей, психологов, чиновников, имеют свои информационные сайты.

Зачастую в литературе и из уст врачей звучит выражение, что стома сама по себе не является заболеванием. Получается, что стомированный пациент является здоровым человеком, и если это так, он не нуждается в какой либо медицинской, психологической и социальной помощи. Скорее всего, подобные выражения применяются с психологической целью, чтобы убедить стомированных больных в том, что они могут вести активный образ жизни; вместе с тем, это же выражение может убедить чиновников, что такие пациенты в помощи не нуждаются. А это далеко не так.

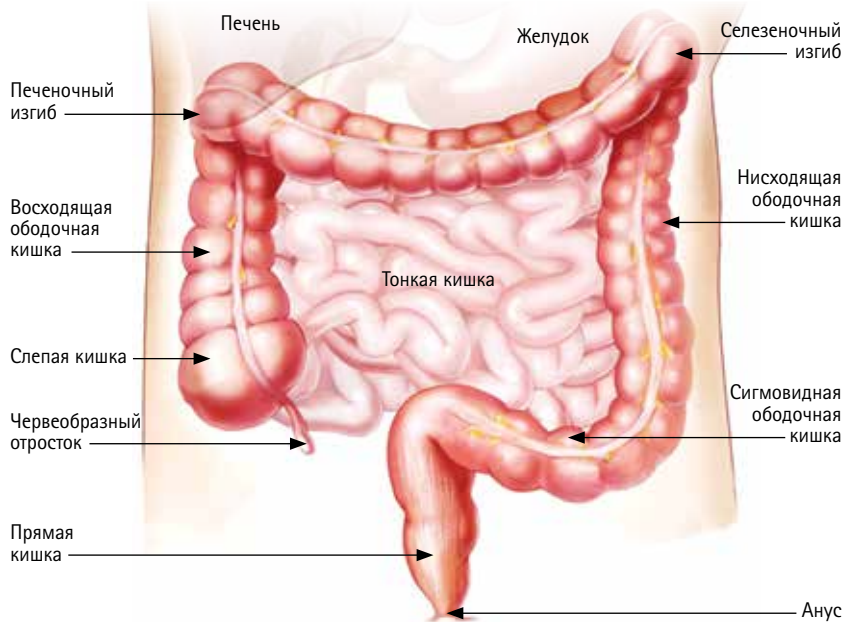
Необходимо признать, что кишечная стома или уростома являются патологическим состоянием, созданным искусственно с целью избавить пациента от гораздо более грозного заболевания, чаще всего угрожающего его жизни. Но пациентам, имеющим стому, при грамотно проводимой реабилитации можно вести активный образ жизни, сохранять полную трудоспособность, заниматься спортом, посещать общественные места, путешествовать, вести активную сексуальную жизнь и так далее. И мы будем очень рады, если наше руководство поможет вашей реабилитации.

## 2 Строение пищеварительной системы

Для того чтобы было понятно, на каком уровне кишечной трубки сформирована Ваша стома, а также чтобы представлять, какое содержимое и какой консистенции должно выделяться по стоме, мы очень кратко осветим строение пищеварительной системы человека.

После измельчения и перемешивания со слюной пища из ротовой полости в результате глотания попадает в пищевод, далее в желудок, где пищевые массы смешиваются с соляной кислотой. Из желудка пищевые массы поступают в двенадцатиперстную кишку, где они перемешиваются с желчью, вырабатываемой печенью, и панкреатическим соком, вырабатываемым поджелудочной железой. Желчь и сок поджелудочной железы играют очень важную роль в расщеплении пищи и подготовке ее для всасывания в виде питательных веществ. Далее обработанные пищевые массы поступают в тонкую кишку, где и происходит их окончательное расщепление под действием ферментов на клеточном уровне. Там же, в тонкой кишке, происходит основное всасывание питательных веществ и поступление их в кровь. До конечного отдела тонкой кишки обработанные пищевые массы, вернее, тот продукт, который получился после их обработки, доходят в полужидком состоянии и имеют зеленовато-коричневый цвет. Тонкая кишка состоит из двух частей: тощей и подвздошной кишки. Подвздошная кишка переходит в толстую кишку. Стома, сформированная на уровне подвздошной кишки, называется илеостомой.

Из подвздошной кишки переработанная пища поступает в толстую кишку, которая состоит из ободочной кишки и прямой кишки. Ободочная кишка, в свою очередь, состоит из слепой кишки, имеющей червеобразный отросток, восходящей ободочной кишки, поперечно-ободочной кишки, нисходящей ободочной кишки и сигмовидной кишки.



## Строение пищеварительной системы

Названия разновидностей стом происходят от латинских названий отделов ободочной кишки, на которых они сформированы. Так, в соответствии с отделами, стома, сформированная на слепой кишке, называется цекостомой; восходящей соответствует асцендостома; поперечно-ободочной — трансверзостома; нисходящей — десцендостома; сигмовидной кишке — сигмостома. Ко всем стомам, сформированным на ободочной кишке, применим термин «колостома».

В ободочной кишке осуществляется окончательное всасывание воды, углеводов и минеральных солей, происходит формирование каловых масс, которые по мере своего продвижения от слепой до сигмовидной кишки становятся все более плотными и приобретают оформленный вид. Таким образом, при ненарушенном пищеварении отделяемое из стомы, сформированной в начальных отделах ободочной кишки, будет иметь кашицеобразный вид, а отделяемое из сигмостомы будет иметь вид достаточно плотных каловых масс.

Из ободочной кишки каловые массы попадают в прямую кишку, где они накапливаются как в резервуаре. При наполнении прямой кишки каловыми массами возникает позыв на дефекацию, то есть на опорожнение кишки.



### 3 Виды кишечных стом

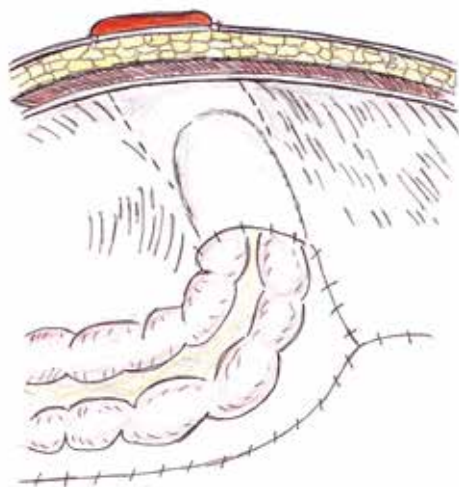
В этом разделе мы дадим краткую характеристику различных видов кишечных стом. Понимание того, какой вид стомы имеется у Вас, необходимо для правильного подбора калоприемника, выбора диеты и правильной оценки отделяемого по кишечной стоме.

Все стомы можно разделить на 2 группы: одноствольные и двухствольные.

Одноствольная кишечная стома представлена одним концом кишки, выведенной на переднюю брюшную стенку, из которой и поступает каловое содержимое. В редких случаях формируют вторую одноствольную стому, представленную одним концом отводящей кишки, из которой, естественно, поступления калового содержимого быть не должно.

---

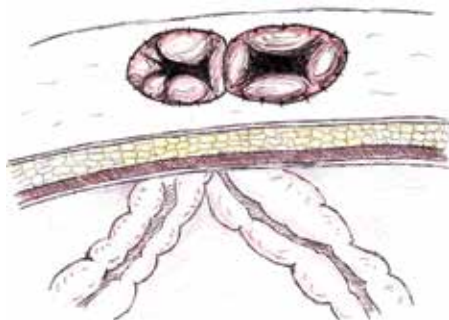
#### Одноствольная стома



Двуствольная стома состоит из двух концов выведенной кишки, по одному из которых поступает содержимое приводящей кишки, а второй является началом выключенной из пассажа кала отводящей кишки.

---

### Двуствольная стома



По форме стомы делятся на плоские и сформированные столбиком.

Плоские стомы — это стомы, сформированные на одном уровне с кожей, как правило, таким образом накладывают толстокишечные стомы.

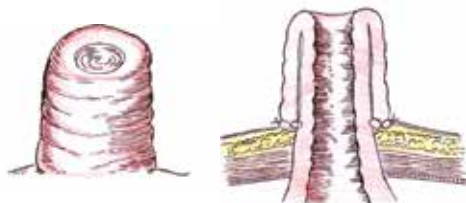
Стомы, сформированные столбиком, возвышаются над уровнем кожи приблизительно на 3–4 см; таким образом накладывают еюностомы.

---

### Плоская стома



### Стома столбиком



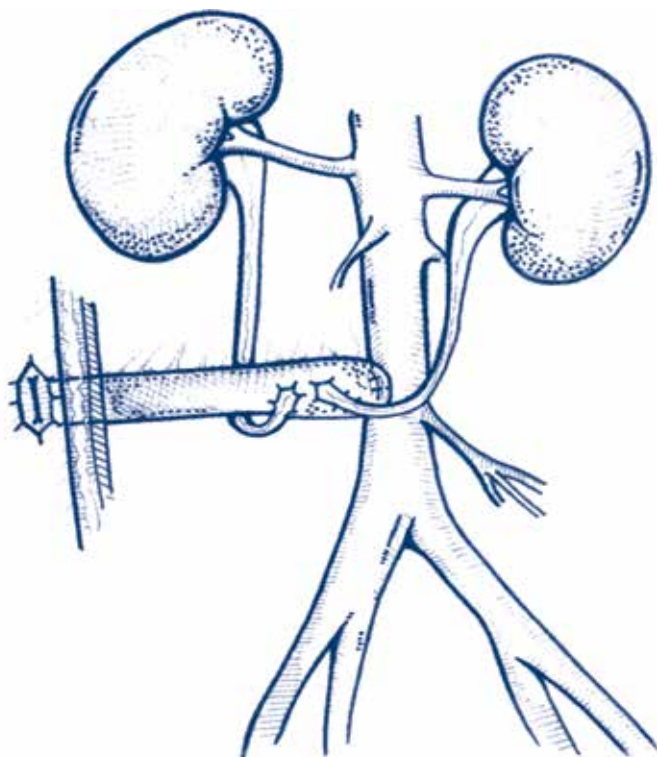
Как указывалось выше, название стомы производится соответственно отделу тонкой или толстой кишки, где она сформирована, и консистенция отделяемого по стоме так же соответствует этому отделу.

В зависимости от того, планируется восстановительная операция в будущем или нет, стомы подразделяются на постоянные и временные. Сроки восстановительной операции могут быть разные, в зависимости от цели формирования стомы, основного заболевания, но чаще всего эти сроки не превышают одного года с момента формирования стомы.

## 4 Уростома

Уростома — это искусственно сформированный свищ из кишечной трубки для беспрепятственного отвода мочи наружу вследствие оперативного лечения какой-либо патологии нижних мочевыводящих путей.

Уростома





Уростома формируется за счет выведения на кожу изолированного участка тонкой кишки, в противоположный конец которого пересекаются мочеточники. По своему внешнему виду уростома похожа на сформированную илеостому. Калового содержимого по уростоме не бывает, поскольку выведенная кишка изолирована от пассажа кала по кишечной трубке; по ней выделяется моча. Уход за уростомой требует использования специальных мочеприемников.

Иногда мочеточники выводятся в кишку, не отключенную из пассажа кала. Тогда по стоме — чаще всего это сигмостома — имеется смешанное отделяемое каловых масс с мочой, которое имеет соответствующую консистенцию.

## 5 Периоды формирования стомы

Послеоперационный период после формирования стомы делят на три этапа, каждый из которых имеет свои особенности. Это ближайший послеоперационный период, период «созревания» стомы и период окончательно сформированной стомы.

Ближайший послеоперационный период — это время непосредственно после операции, когда пациент еще находится в стационаре. Именно тогда пациент испытывает наибольшую психологическую нагрузку, связанную с самим фактом появления стомы, даже если он был заранее предупрежден о выполнении стомирующей операции. У больного возникает множество вопросов о том, как ухаживать за стомой, как вести себя в обществе и так далее. Тяжелое психологическое состояние может усугубиться плохим самочувствием, обусловленным болевым синдромом и послеоперационной травмой. У пациентов в этот период, как правило, присутствует страх, обусловленный самим видом стомы, опасением выполнения каких-либо неправильных действий при самостоятельном уходе за ней. В ближайшем послеоперационном периоде уход за стомой, а также обучение пациента гигиеническим процедурам осуществляется медицинским персоналом. Пациентам объясняют, что к стоме можно прикасаться, самостоятельно мыть перистомальную кожу, что легкая кровоточивость слизистой кишки является вариантом нормы и так далее.

Период «созревания» стомы длится приблизительно один год после операции с момента выписки пациента из стационара. В течение этого периода пациенту необходимо ежемесячно посещать кабинет реабилитации стомированных больных, чтобы продолжить обучение приемам самостоятельного ухода за стомой и правильному подбору калоприемников. В продолжение этого периода возможно изменение размеров стомы вследствие продолжения формирования рубцовых тканей,

возможно возникновение различных осложнений, таких как выпадение стомированной кишки, сужение стомированного отверстия, возникновение грыжи и так далее, которые требуют своевременного выявления и коррекции. Если сформированная стома является временной, в это же время проводится подготовка пациента к восстановительной операции.

В период окончательно сформированной стомы, который начинается после одного года после оперативного лечения, стома приобретает окончательные размеры и форму, пациент привыкает к факту наличия у него стомы, приобретает необходимые навыки самоухода и не требует частого наблюдения. Посещение кабинета реабилитации стомированных больных рекомендуется один раз в три месяца.

# 6 Уход за стомой

## Предметы, необходимые для ухода за стомой

1. Зеркало
2. Ножницы с закругленными концами
3. Трафарет на стому (фирменный трафарет, линейка, полиэтиленовая пленка)
4. Мыло
5. Резиновые перчатки
6. Ручка или карандаш
7. Бинт, марля, мягкая пеленка (не разрешается использование ваты)
8. Полиэтиленовый пакет для утилизации старого калоприемника

## Специальные средства для ухода за стомой (применяются при необходимости)

1. Паста-герметик «Суперфиллер» .....
2. Очищающее и антисептическое средство «Пронтосан» .....
3. Нейтрализатор запаха «Деодор» .....
4. Абсорбирующий порошок для превращения жидкого кишечного содержимого в гель «Илео Гель+» .....
5. Защитный крем .....
6. Пояс для дополнительной фиксации пластины .....  
Алмарис Твин+ Белт
7. Одноразовые пакеты для использованных .....  
калоприемников





## УДАЛЕНИЕ СТАРОГО КАЛО- ИЛИ УРОПРИЕМНИКА

Дренажируемые мешки перед удалением лучше опорожнить от содержимого.

Снятие кало- или уроприемника начинают сверху вниз. Постепенно, не рывком, аккуратно отделяют клеевой слой кало- или уроприемника одной рукой, второй рукой придерживают кожу, слегка надавливая на нее в обратном направлении **1**.

Удаленный кало- или уроприемник сразу же помещают в мешочек для мусора и завязывают его с целью герметизации **2**.





### ОБРАБОТКА ПЕРИСТОМАЛЬНОЙ КОЖИ И СТОМЫ

Сухой марлевой салфеткой удаляют с кожи остатки содержимого каплоприемника, если таковые имеются **3**.

Затем промывают кожу и саму стому теплой водой с мылом круговыми движениями от периферии, приближаясь к самой стоме **4**.

После этого высушивают кожу аккуратными промокающими движениями марлевой салфеткой **5**.

Не следует грубо, с усилием тереть кожу салфеткой, поскольку на коже могут образоваться мелкие ссадины, которые могут стать входными



воротами для инфекции. Также не допускается обработка кожи спиртом, растворами антисептиков, бензином, эфиром и т. д. Не следует бояться, если на слизистой стомированной кишки появились кровоточащие участки. Следует прижать это место марлевой салфеткой на 1 минуту, и кровянистые выделения прекратятся.

С обработанной сухой кожей ножницами, лучше с изогнутыми закругленными концами, необходимо удалить волосы **6**. Не допускается бритье кожи даже безопасной бритвой, недопустима также химическая или механическая депиляция.

## ПОДГОТОВКА КАЛОПРИЕМНИКА

После обработки стомы и перистомальной кожи нужно подготовить новый кало- или уроприемник. Для этого в клеящейся пластине кало- или уроприемника прорезается отверстие, соответствующее конфигурации стомы; края его должны отступать приблизительно на 1 мм от края стомированной кишки. Для создания такого отверстия существует несколько способов.

**Первый способ**, самый простой: измерить стому специальным фирменным шаблоном и с помощью этого же шаблона нарисовать ручкой или карандашом контуры стомы на клеящейся пластинке калоприемника. Затем вырезать ножницами соответствующее отверстие.

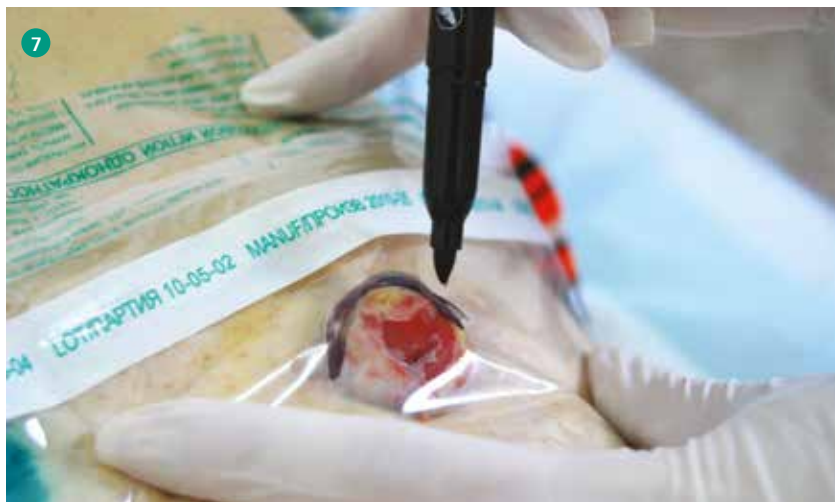
**Второй способ:** перенести контуры стомы на прозрачную пленку, приложенную к стоме. Затем вырезать отверстие в пленке и далее, используя ее как трафарет, перенести контуры стомы на адгезивную поверхность калоприемника **7**.

**Третий способ:** измерить линейкой стому и от руки нарисовать контуры стомы на клеящей поверхности калоприемника **8**.

Когда приблизительно через год после операции стома приобретет окончательные размеры, можно использовать как трафарет прозрачную пленку, снятую с клеящей поверхности старого калоприемника.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ УХОДА

После подготовки нового калоприемника к фиксации возможно использование различных дополнительных средств для ухода за стомой: при





наличии неровностей перистомальной кожи можно нанести на кожу герметизирующие пасты, использовать защитные кремы и дезодоранты **9**.

### **ФИКСАЦИЯ КАЛОПРИЕМНИКА**

Перед фиксацией калоприемника нужно согреть его адгезивную пластину до температуры тела. Для этого рекомендуется подержать его подмышкой или просто прижать к телу на 1 минуту **10**. Затем с клеящейся поверхности калоприемника снимают защитную пленку **11**, ко-



торую впоследствии можно использовать в качестве трафарета. Приклеивают калоприемник снизу вверх так, чтобы стома оказалась в центре подготовленного отверстия.

Эту процедуру желательно выполнять перед зеркалом **12**. Следует аккуратно расправить клеящую поверхность, чтобы не было складок. После фиксации калоприемника лучше еще в течение 1 минуты прогреть руками адгезивную пластину с обратной стороны для более надежной фиксации **13**.



Наклеивать калоприемник лучше стоя, так как в этом положении кожа живота максимально растянута и имеет плоскую поверхность, а место прикрепления хорошо видно в вертикально установленном зеркале. Также можно фиксировать калоприемник сидя или лежа.

Не рекомендуется менять калоприемники сразу после еды. Лучшее время для туалета стомы и смены калоприемника — утром до завтрака или вечером перед сном.

## 7 Выбор кало- и мочеприемников

Для того, чтобы правильно подобрать кало- или мочеприемник, необходимо хорошо разбираться в том, какие виды этих медицинских изделий существуют и для чего они предназначены.

Все калоприемники принципиально подразделяются на послеоперационные и калоприемники, используемые пациентами после выписки из стационара.

Предназначение послеоперационных калоприемников — обеспечить беспрепятственное поступление кала в мешок калосборника и предоставить доступ к швам стомы без снятия калоприемника с кожи пациента. Мешки этих калоприемников снабжены специальным окошком с герметичной крышкой. Они прозрачны, чтобы можно было следить за содержимым, поступающим в мешок калосборника, и оценивать состояние стомированной кишки и послеоперационных швов.

Предназначение калоприемников, используемых после выписки пациента из стационара — обеспечить максимальный комфорт при использовании данного средства реабилитации. Такие калоприемники выпускаются непрозрачными, телесного цвета; мешки калосборников покрываются специальной тканью, чтобы пациент не ощущал дискомфорта при соприкосновении мешка с телом.

По конструкции калоприемники подразделяются на однокомпонентные и двухкомпонентные.

У однокомпонентных калоприемников клеящаяся пластина и мешок калосборника составляют одно целое. При этом клеящаяся пластина имеет высокие пластические свойства, она мягкая, легко изгибается. Смена мешка калосборника такого калоприемника выполняется вместе со сменой самой пластины.

Двухкомпонентные калоприемники состоят из двух частей: клеящейся пластины, снабженной фиксирующим устройством для мешка, и самим мешком-калосборником, фиксирующимся к пластине. Для сме-

ны мешка калосборника нет необходимости снимать с кожи пластину. Достаточно отсоединить старый мешок и фиксировать к пластине новый. Но при этом пластические свойства клеящейся пластины невысокие, так как фиксирующее устройство для мешка представлено в виде жесткого фланца.

При выборе калоприемника наиболее привлекательным является использование двухкомпонентного калоприемника, поскольку в этом случае смена клеящейся пластины выполняется один раз в 4–7 суток. Но такой калоприемник может использоваться только в том случае, когда стома сформирована на ровной поверхности кожи и жесткий фланец пластины не мешает пациенту. Во всех остальных случаях, например, когда стома располагается в складке живота или на выгнутой поверхности жирового фартука, необходимо выбирать однокомпонентные калоприемники.

Клеящиеся пластины калоприемников, как однокомпонентных, так и двухкомпонентных, отличаются друг от друга диаметром. На упаковке калоприемника указан максимальный диаметр. На пластине имеется разметка кружочков с шагом 5 мм от минимального диаметра до максимального.

Все ведущие фирмы, производящие калоприемники, выпускают также конвексные пластины, имеющие выпуклую форму, которые используются для наклеивания на втянутые или выпадающие стомы.

Мешки калосборников подразделяются на мешки закрытого и открытого типа.

Мешки закрытого типа не имеют дренажного отверстия и являются одноразовыми. Такие мешки используются, как правило, при наличии сигмостомы, когда опорожнение кишки происходит 2–3 раза в сутки, а кал имеет густую консистенцию.

Мешки открытого типа имеют дренажное отверстие, снабженное зажимом специальной конструкции для герметизации мешка. Такие мешки используются при наличии илеостомы или колостомы, когда отделяемое из кишки имеет жидкую консистенцию и представлено достаточно большим объемом. Такой мешок можно опорожнять через дренажное отверстие по мере его наполнения, не меняя при этом калоприемник.

По тем же основным принципам подразделяются и уроприемники. Уростомные мешки бывают только открытого типа, а дренажная система такого мешка имеет клапанную систему, предотвращающую обратный заброс мочи в саму уростому.



## 8 Ирригация

Ирригация толстой кишки — это прием, позволяющий эвакуировать каловые массы из кишки с помощью воды. С медицинских позиций — это сифонная клизма, выполняемая через стому.

Ирригацию пациент выполняет самостоятельно в домашних условиях с помощью специального устройства. Устройство состоит из наполняемого водой резервуара, соединенного трубкой с наконечником, имеющим форму, позволяющую obturировать просвет стомы, и рукава, один конец которого крепится к стоме, а другой опускается в унитаз для слива отмытых каловых масс.

Для выполнения ирригации пациент предварительно наполняет резервуар водой и подвешивает его приблизительно на уровне человеческого роста. Затем приклеивает рукав к перистомальной коже с помощью клеящейся пластины точно так же, как калоприемник, садится на стул около унитаза, а второй конец рукава опускает в унитаз. Через имеющееся в рукаве окошко вставляет в просвет стомы наконечник, плотно прижимая его одной рукой к стоме во избежание подтекания воды. Второй рукой открывает кран на шланге, соединяющем наконечник с резервуаром воды. При появлении легких распирающих ощущений в животе или при прекращении поступления воды в кишку одной рукой закрывает кран, а второй удаляет наконечник из стомы. При этом из стомы происходит эвакуация воды вместе с каловыми массами точно так же, как при выполнении очистительной клизмы. Процедуру повторяют несколько раз до появления чистой воды. Для ирригации используют кипяченую воду комнатной температуры.

Для ирригации мы не рекомендуем использование самодельных устройств и, тем более, стандартных устройств для выполнения очистительной клизмы, так как при этом имеется риск травмирования стомированной кишки. По этим же причинам мы рекомендуем первые про-

цедуры ирригации выполнять под руководством специалиста по реабилитации стомированных пациентов.

Ирригацию обычно выполняют 2–3 раза в неделю. Эта процедура позволяет пациенту некоторое время находиться без калоприемника без риска незапланированного выделения кала из стомы.

---

### Ирригация



## 9 Основные рекомендации

### РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЛЕОСТОМОЙ

Однокомпонентные открытые мешки (прозрачные и непрозрачные) можно менять через 2–3 суток, а опорожнять по мере заполнения, обычно 6–10 раз в день.

При использовании двухкомпонентных мешков пластину рекомендуется менять 2 раза в неделю. Открытые мешки (прозрачные и непрозрачные) можно менять через 2–3 суток, но опорожнять по мере заполнения, не допускать переполнения мешка.

### РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМОЙ

Однокомпонентные закрытые мешки (прозрачные и непрозрачные) можно менять 1–2 раза в сутки. Если возникает необходимость менять их чаще, следует переходить на двухкомпонентные во избежание раздражения и повреждения кожи вокруг стомы.

При использовании двухкомпонентных мешков пластину рекомендуется менять 2 раза в неделю. Закрытые мешки (прозрачные и непрозрачные) необходимо менять 1–2 раза в сутки, не допускать переполнения мешка; они предназначены только для одноразового использования. При наличии жидкого или полужидкого стула можно использовать открытые мешки. Уход за ними и длительность использования те же, что и при илеостоме.

#### Режим питания:

- принимать пищу 3 раза в день в одно и то же время,
- принимать более обильную пищу желательно утром,
- тщательно и медленно пережевывать пищу,
- пить не менее 1,5–2 л в сутки.

### ПИТАНИЕ ПРИ ИЛЕОСТОМЕ

Уровень приема соли должен достигать 6–9 г в сутки. Избегать продуктов, раздражающих тонкий кишечник (пряная, острая пища, алкоголь).

Больные с илеостомой должны соблюдать диету, богатую белками.

**Рекомендуются:** рис; черника; тертые яблоки; кисели; слизистые супы; крепкий чай; протертые серые каши; творог.

**Не рекомендуются:** соленья; маринады; копчености; острые блюда; кожура помидоров; орехи; мякоть цитрусовых; огурцы; кукуруза.

Пищу принимать регулярно, часто, небольшими порциями.

## ПИТАНИЕ ПРИ КОЛОСТОМЕ

При колостоме после выписке из больницы желательно начинать с продуктов, вызывающих запор. К ним относятся не очень жирные сорта мяса; яйца; картофельное пюре; макаронные изделия; рис; сухарики; сливочное масло.

**Рекомендуются:** бульон мясной (в чистом виде или с лапшой, вермишелью); блинчики; рис; отварные овощи; бананы; абрикосы; тертые яблоки.

Через 6–8 месяцев после операции можно вернуться к пище, употреблявшейся до операции.

**Не рекомендуются:** жирные блюда; бобовые; капуста (белокочанная, цветная); огурцы; грибы; свежие фрукты; пиво; свежее молоко; газированные и шипучие напитки; инжир; чернослив.

## НАБЛЮДЕНИЕ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Наблюдение за стомированными пациентами, обучение их способам ухода за стомой, подбор калоприемников, подбор диеты осуществляет специалист по реабилитации стомированных пациентов районного, городского или областного лечебно-профилактического учреждения.

Первый год после оперативного лечения стомированный пациент нуждается в ежемесячном наблюдении у специалиста, так как форма и размеры стомы могут изменяться в течение этого периода. В это время проходит адаптация организма к новым условиям питания и пищеварения.

При выявлении тех или иных осложнений стомирующей операции специалист по реабилитации стомированных пациентов, как правило, имеющий среднее медицинское образование, направляет наблюдаемых к врачу-колопроктологу.

Пациентов с временными стомами наблюдают врач-колопроктолог и специалист по реабилитации стомированных пациентов с целью осуществления адекватной подготовки к восстановительной операции и определения ее сроков.

При выписке из хирургического стационара пациенту, перенесшему стомирующую операцию, лечащим врачом или специалистом по

реабилитации стомированных пациентов (при наличии его в данном лечебном учреждении) выдается рецепт на использование калоприемников.

## ЭТАПЫ МЕДИЦИНСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

1. По истечении нескольких месяцев стомированный пациент, имеющий лист нетрудоспособности, направляется в поликлинику по месту жительства для прохождения медикосоциальной экспертизы (МСЭ) с медицинскими рекомендациями, указанием степени нарушения опорожняемости кишечника и рецептом на использование калоприемников.
2. МСЭ определяет пациенту степень инвалидности и оформляет индивидуальную программу реабилитации.
3. С полученными документами МСЭ пациент направляется в Фонд социального страхования, где получает направление на получение технических средств медицинской реабилитации (калоприемников).
4. Пациенты нетрудоспособного возраста и больные, которым не показана восстановительная операция, могут быть направлены на МСЭ сразу же после выписки из стационара. Пациенты с временной стомой могут находиться на больничном листе до 10 месяцев.

# 10 Лечебное питание

Все мы нуждаемся в постоянном поступлении пищи для обеспечения организма белком и энергией и поддержания жизнедеятельности всех органов и систем. Белки являются строительным материалом и обеспечивают заживление ран и пролежней, жиры и углеводы служат источником энергии. Потребности в питательных веществах и энергии возрастают при различных заболеваниях или восстановлении после болезни. В свою очередь, как заболевания, так и проводимые виды лечения и хирургические вмешательства могут вызвать снижение или нарушение аппетита вплоть до отвращения к пище, диарею, тошноту, рвоту, стоматит, дисфункцию кишечника, неизбежно приводящие к недостаточности питания и к истощению. Боль и выраженные токсические реакции также могут радикально изменить образ жизни и питания, поэтому во время болезни организм человека часто не может получать достаточное количество необходимых питательных веществ. Некоторые состояния не позволяют самостоятельно употреблять пищу или поступления обычной еды становится недостаточным.

Недостаточность питания может привести к развитию осложнений, более длительному периоду восстановления, стать причиной преждевременного прекращения лечения или снижения его эффективности, снижает качество и продолжительность жизни, в таких случаях пациенту назначают специальное лечебное питание.

Лечебное питание позволяет предупредить или устранить питательную недостаточность. Оно может проводиться различными способами (через желудочно-кишечный тракт, внутривенно) и зависит от заболевания, состояния пациента и его потребностей.

## ЧТО ТАКОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ?

Энтеральное питание — это вид лечебного питания, при котором питание в виде жидких специализированных смесей поступает в организм



человека через рот или вводится через зонд в желудок или кишечник. Таким образом, всасывание питательных веществ происходит через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта.

Для облегчения усвоения питательных веществ, которое обычно нарушено при заболевании, разработаны специальные смеси для лечебного энтерального питания. В их состав включены все необходимые и незаменимые компоненты — все аминокислоты, витамины и минеральные вещества (макро- и микроэлементы). Энтеральные смеси отличаются от обычной еды — они сбалансированы, т. е. содержат набор всех необходимых ингредиентов в идеальном их соотношении. Состав разработан в специальной легкоусвояемой форме, строго стандартизирован, имеет известную постоянную осмолярность, низкую вязкость и хорошую текучесть. Жидкие смеси стерильны, готовы к употреблению, не требуют постоянного подогрева, их можно использовать 24 часа после вскрытия емкости, они могут быть единственным источником питания и заменить обычную пищу на короткий или длительный срок. Кроме того, эти смеси могут иметь различный состав, измененный в соответствии с потребностями больного при конкретных заболеваниях (например, болезнях печени, сахарном диабете и т.д.). В отличие от обычной пищи, в небольшом объеме (от 1 до 1,5 л) такого питания содержится суточная норма потребления всех пищевых веществ и энергии. Так, 1 литр энтерального питания заменяет 200 г мяса, 1 кг хлеба, 2 кг свежих фруктов. Современные жидкие смеси удобны для дозирования и применения, не содержат лактозу и глютен, так как частота их непереносимости достаточно высока.



## **СПЕЦИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ – КОМУ ЭТО НЕОБХОДИМО?**

Необходимость получения лечебного энтерального питания может длительно сохраняться. В группу пациентов, которым оно необходимо в течение длительного времени, и они могут получать его на дому в комфортных привычных условиях, относятся, например, пациенты с синдромом короткой кишки, онкологической патологией, в периоде восстановления после тяжелых травм и оперативных вмешательств и многие другие категории пациентов.

### **Каким пациентам необходимо энтеральное питание?**

- Всем истощенным больным, особенно с раковой, сердечной и другими видами кахексии
- При подготовке пациентов к хирургическим вмешательствам и в послеоперационном периоде особенно после операций на органах пищеварительной системы (желудке, кишечнике, печени, поджелудочной железе и желчном пузыре)
- Больным с инсультом или дисфагией (нарушениями проглатывания пищи)
- При патологии желудочно-кишечного тракта (острый и хронический панкреатит, болезнь Крона)
- При патологии желчных путей и печени
- При синдроме мальабсорбции
- При синдроме короткой кишки; онкологических заболеваниях, особенно на фоне химио- и радиотерапии





- В случае послеоперационных осложнений (свищи, сепсис, расхождение швов)
- При психических расстройствах (например, тяжелая депрессия или анорексия)
- Пожилым больным с деменцией и снижением массы тела
- Больным раком, в т. ч., проходящим радикальное хирургическое лечение, химио- или лучевую терапию, а также паллиативным пациентам
- При тяжелых инфекциях
- Больным сахарным диабетом или ожирением назначаются специальные смеси на фоне разгрузочной диеты
- Наличие выраженной слабости больных на фоне имеющегося заболевания или истощения

Проведенные исследования показывают, что назначение смесей лечебного энтерального питания способствует снижению числа осложнений в 2–2,5 раза, летальности тяжелобольных в 1,5–2 раза, риска повторной госпитализации в 2 раза, особенно при сочетанной или сопутствующей патологии, т. е. при наличии двух и более заболеваний одновременно. Кроме того, сокращается длительность лечения, время нахождения в стационаре, уменьшаются общие финансовые затраты и улучшается качество жизни.

Практически все смеси, предназначенные для зондового питания, могут быть использованы и для перорального применения. **В настоящее время имеются специально предназначенные для этой цели жидкие готовые к употреблению стерильные смеси с повышенным содержанием энергии и белка в удобных бутылочках по 200 мл**

с прилагаемой соломинкой, например, Нутрикомп Дринк Плюс и Нутрикомп Дринк Плюс Файбер с различными сладкими вкусами (ванильным, шоколадным, банановым, клубничным, персиково-абрикосовым) и несладкими вкусами (Нутрикомп овощной и куриный суп). Это создает большие удобства для их применения в любых, в том числе и амбулаторных условиях.

Напитки Нутрикомп — это полноценные сбалансированные смеси, которые могут являться единственным источником питания или быть дополнением к основному рациону. Продукция Нутрикомп представлена различными сладкими и несладкими вкусами, которые специально разработаны с учетом изменений вкусовых ощущений пациентов, нуждающихся в длительном приеме лечебного энтерального питания.

## ПРЕИМУЩЕСТВА НАПИТКОВ НУТРИКОМП

- **Небольшой объем** — при тошноте и отвращении к пище значительно легче выпить маленький объем
- **Стерильность** — у пациентов со сниженным иммунитетом это может предотвратить развитие связанных с питанием инфекционных осложнений
- **Адаптированные сладкие и несладкие вкусы** с учетом изменений вкусовых ощущений пациентов
- **Хорошая переносимость**

Применение смесей Нутрикомп позволяет быстрее восстановить силы. В 200 мл напитка содержится большое количество энергии и легко усваиваемого белка, восстанавливающего разрушенные клетки; в состав входят полиненасыщенные жирные кислоты, которые оказывают противовоспалительный и иммуномодулирующий эффект, а также стимулируют аппетит, вследствие чего пациент начинает с большим удовольствием принимать обычную пищу. Стерильная упаковка позволяет применять смеси Нутрикомп у пациентов со сниженным иммунитетом.

## ДОЗИРОВАНИЕ НУТРИКОМП

### ДОЗИРОВАНИЕ

- для дополнительного питания: **1–3 бутылки в день**
- как единственный источник питания: **6–7 бутылок в день**

**1 бутылка =**  

---

**300 ккал**  
**12 г белка**  
**+ витамины**  
**+ микроэлементы**





При проведении зондового энтерального питания используют специальные смеси Нутрикомп ликвид в упаковке по 500 и 1000 мл с пищевыми волокнами и без — Нутрикомп Энергия ликвид, Нутрикомп Энергия Файбер ликвид, Нутрикомп Диабет ликвид, Нутрикомп Иммунный ликвид.

## **ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УПОТРЕБЛЕНИЮ СМЕСИ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**

Проконсультируйтесь с Вашим специалистом по питанию для выбора наиболее оптимального варианта, вида, рациона и доз вводимого зондового питания. Уточните, какие сложности могут возникнуть в начале кормления и впоследствии. Для успешного проведения кормления с помощью питьевых форм готового жидкого питания необходимо:

- пить смесь мелкими глотками через трубочку, чтобы не допустить возникновения нежелательных реакций (например, вздутия живота или возникновения диареи);

- объем смеси на одно кормление не должен превышать 200–250 мл;

- продолжительность кормления должна составлять не менее 20 минут;

- смеси со сладким вкусом могут употребляться в охлажденном виде (7–15° С) или в виде мороженого;

- смеси с несладким вкусом (Нутрикомп куриный и овощной суп) могут употребляться в подогретом до 60° С виде.

При энтеральном зондовом питании должны использоваться только полноценные питательные смеси промышленного произ-



водства, содержащие сбалансированное количество белков, углеводов, жиров, витаминов и микроэлементов.

Хранить не вскрытые емкости с энтеральным питанием нужно при температуре 5–25° С, вдали от источников тепла.

Необходимо помнить, что смесь для зондового питания **нельзя замораживать (только если в дальнейшем она будет употреблена перорально в виде мороженого)**. При кормлении смесь нужно подогреть до комнатной температуры.

Обязательно соблюдайте сроки хранения открытых емкостей с питанием (24 часа с момента вскрытия пакета, если содержимое пакета не введено за один прием, то его нужно хранить в холодильнике), а также следите за текущим сроком годности, рекомендованным к использованию.

Системы для капельного введения энтерального питания нужно менять каждые 24 часа.

## СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ГИГИЕНЫ



Необходимым условием является обработка рук пациента (родственника), проводящего процедуру кормления.

Перед началом кормления, сменой повязок или введением в зонд лекарственных препаратов необходимо вымыть с мылом и продезинфицировать руки. Для этого можно использовать любое жидкое средство, предназначенное для дезинфекции рук, например, Софта-ман Изо, Софта-Ман Изо Вискораб.

## ВЫБОР БЕЗОПАСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ВО ВРЕМЯ КОРМЛЕНИЯ СИДЯ ИЛИ ПОЛУЛЕЖА

Для предотвращения попадания содержимого в дыхательные пути перед кормлением через зонд необходимо придать больному возвышенное положение полулежа для профилактики аспирации: угол подъема равен  $30^\circ$ , приподнята не только голова, но и плечи или, при отсутствии противопоказаний, можно посадить пациента в кровати.

После кормления пациент должен оставаться в возвышенном положении минимум 30 минут для профилактики попадания питательной смеси в дыхательные пути.

## ВЫБОР МЕТОДА ПОДАЧИ ПИТАТЕЛЬНОЙ СМЕСИ

1. Дробное введение (болюс) — подача питания в зонд капельно через систему **Нутрификс Универсальный адаптер** или **Нутрификс Мультиспайк HF** или с использованием **шприца типа Жане** или **Омнификс Энтерал**. Максимальная порция составляет 200–300 мл за один раз, минимальная — 20–50 мл, подаваемая в течение 10–20 минут. Кормления проводятся не чаще чем каждые 2 часа с ночным перерывом. Время введения одного болюса зависит от объема порции и должно быть в пределах от 20 до 30 минут.
2. Капельное непрерывное (длительное) введение питательной смеси с использованием специальной системы **Нутрификс Универсальный адаптер** или **Нутрификс Мультиспайк HF** со скоростью подачи, рекомендованной лечащим врачом.



Нутрификс Мультиспайк HF



Нутрификс Универсальный адаптер для пакетов и бутылок с широким горлом

## ВВЕДЕНИЕ НЕОБХОДИМОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ

Важным аспектом эффективного питания является адекватное поступление жидкости.

Большинство смесей с энергетической ценностью 1 ккал/мл содержат примерно 75% необходимой воды, поэтому количество дополнительно вводимой в течение дня жидкости должно быть не менее 25% от общего объема смесей (например, на 1600 мл 24-часового зондового питания должно приходиться 400 мл воды); дополнительная жидкость должна вводиться в 2–3 приема (обычно используется питьевая вода), этот объем включает в себя воду для промывания зонда от остатков пищи и медикаментов; через зонд вводят измельченные таблетированные формы препаратов.

## УХОД ЗА ЗОНДОМ

1. Зонд необходимо промывать до и после каждого использования
2. Очередное введение/замену зонда следует проводить через противоположную ноздрю
3. Пластырь вокруг зонда меняют ежедневно, лучше всего менять место фиксации
4. Кожа перед приклеиванием пластыря должна быть чистой и сухой
5. Фиксацию зонда пластырем следует выполнять таким образом, чтобы не прищемлять ткани и не заслонять поле зрения пациента
6. Правильная фиксация зонда предотвращает его смещение
7. Проверку положения зонда нужно выполнять перед каждым использованием
8. Нужно помнить о том, что по завершении питания зонд должен быть закрыт и защищен

Чтобы промыть назогастральный зонд/гастростому, можно использовать, например, кипяченую воду, негазированную минеральную воду, 0,9% NaCl или 5% глюкозу в количестве около 30–50 мл.

**Уход и правила введения питания для назоеюнального зонда** такие же, как в случае назогастрального зонда. При этом обязательным является:

– Промывание зонда до и после использования 30–50 мл 0,9% раствора NaCl или 5% глюкозы.

– Смесь должна подаваться путем капельного введения с помощью системы Нутрификс или с помощью дозатора Энтеропорт Плюс, а не методом болюсов.

Для промывания еюностомы следует использовать стерильные жидкости или 0,9% NaCl или 5% раствор глюкозы в количестве 30–50 мл.

## РЕЦЕПТЫ ПОЛЕЗНЫХ БЛЮД СО СМЕСЬЮ НУТРИКОМП

### ТЫКВЕННОЕ И КАРТОФЕЛЬНОЕ ПЮРЕ



#### ИНГРЕДИЕНТЫ/ПРИГОТОВЛЕНИЕ

- 200 мл Нутрикомп овощной суп
- 250 г картофеля
- 250 г тыквы (кусочки)
- 4 чайных ложки сливочного масла
- соль по вкусу

Тыкву нарезать, приготовить (потушить или запечь), размять, добавить сливочное масло и 100 мл Нутрикомп овощной суп, тщательно перемешать.

Приготовить картофель (отварить или запечь), пропустить через пресс. Добавить сливочное масло, 100 мл Нутрикомп овощной суп, тщательно перемешать.

#### Овощное пюре

Энергия, ккал	<b>663,83</b>
Углеводы, г	<b>78,62</b>
Белки, г	<b>18,67</b>
Жиры, г	<b>27,93</b>

### ТОМАТНЫЙ ШЕЙК ИЛИ СУП



#### ИНГРЕДИЕНТЫ/ПРИГОТОВЛЕНИЕ

- 100 мл мякоти помидора с травами пастеризованной («Подравка» или аналогичный коммерчески доступный продукт)
- 100 мл смеси Стандарт или Энергия/Энергия с пищевыми волокнами

Смешайте ингредиенты, украсьте нарезанной свежей (или сушеной) зеленью базилика или петрушки, пейте охлажденным или подогретым при помешивании (не доводя до кипения).

Томатный суп	Стандарт	Энергия Файбер
Энергия, ккал	<b>165,0</b>	<b>215,0</b>
Углеводы, г	<b>25,6</b>	<b>30,7</b>
Белки, г	<b>6,4</b>	<b>10,2</b>
Жиры, г	<b>4,3</b>	<b>6,0</b>

**ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО!**

# Флексима

ОДНОКОМПОНЕНТНЫЕ СИСТЕМЫ

**Закрытые (недренируемые) калоприемники**



	Ø, мм	Кат. №
С фильтром		
Телесный	15-50	044015
	15-70	044070
Прозрачный	15-50	044115
	15-70	044170
Mini	15-50	044215

30 шт./уп. + заглушки для фильтра

**Открытые (дренируемые) калоприемники**



	Ø, мм	Кат. №
С зажимом и фильтром		
Телесный	15-60	044415
Прозрачный	15-60	044515

30 шт./уп. + 30 зажимов + заглушки для фильтра

**Мочеприемники**



	Ø, мм	Кат. №
Прозрачный	12-55	044912
Телесный	12-55	044914

30 шт./уп. + 30 коннекторов

# Алмарис Твин+

ДВУХКОМПОНЕНТНЫЕ СИСТЕМЫ

**Закрытые (недренируемые) калоприемники**



	Ø, мм	Кат. №
С фильтром		
Телесный	40	037240
	50	037250
	60	037260
	80	037280
Прозрачный	40	037340
	50	037350
	60	037360
	80	037380

30 шт./уп. + заглушки для фильтра

**Открытые (дренируемые) калоприемники**



	Ø, мм	Кат. №
С зажимом и фильтром		
Телесный	40	037740
	50	037750
	60	037760
	80	037780
	40	037840
Прозрачный	50	037850
	60	037860
	80	037880

30 шт./уп. + 30 зажимов + заглушки для фильтра

**Базовые пластины**



	Ø, мм	Кат. №
Standard	40	036240
	50	036250
	60	036260
Mixed	80	036280
	40	036040
	50	036050
Convex	60	036060
	80	036080
	50/17-30	036355
	60/17-40	036365
	80/17-60	036385

Standard, Mixed – 10 шт./уп. Convex – 5 шт./уп.



# Алмарис Преференс

ОДНОКОМПОНЕНТНЫЕ СИСТЕМЫ

Закрытые (недренируемые)  
калоприемники



	Ø, мм	Кат. №
	С фильтром	
Телесный	10-70	55010
Прозрачный	10-70	55110

30 шт./уп.

Открытые (дренируемые)  
калоприемники



	Ø, мм	Кат. №
	С зажимом	
Телесный	10-70	55410
Прозрачный	10-70	55510

30 шт./уп. + 30 шт. зажимов

# Алмарис Преференс

ДВУХКОМПОНЕНТНЫЕ СИСТЕМЫ

Закрытые (недренируемые)  
калоприемники



	Ø, мм	Кат. №
	С фильтром	
Телесный	40	73140
	50	73150
	60	73160
	80	73180
Прозрачный	40	73240
	50	73250
	60	73260
	80	73280

30 шт./уп.

Открытые (дренируемые)  
калоприемники



	Ø, мм	Кат. №
	С зажимом	
Телесный	40	73340
	50	73350
	60	73360
	80	73380
Прозрачный	40	73440
	50	73450
	60	73460
	80	73480

30 шт./уп. + 30 зажимов

Базовые пластины



	Ø, мм	Кат. №
	40	73040
	50	73050
	60	73060
	80	73080

10 шт./уп.





# B | BRAUN

SHARING EXPERTISE

000 «Б.Браун Медикал» | [www.bb Braun.ru](http://www.bb Braun.ru)

196128, Санкт-Петербург, а/я 34, e-mail: [office.spb.ru@bb Braun.com](mailto:office.spb.ru@bb Braun.com)

Тел.: +7 (812) 320-40-04, факс: +7 (812) 320-50-71

117246, Москва, Научный проезд, д. 17, оф. 10-30, тел.: +7 (495) 777-12-72

 [www.vk.com/bbraunrussia](http://www.vk.com/bbraunrussia)  [www.fb.com/bbraunrussia](http://www.fb.com/bbraunrussia)

## Контактные телефоны

Санкт-Петербург	+7 (812) 320-40-04, +7 (921) 961-74-78
Москва	+7 (495) 777-12-72 доб. 133, +7 (925) 507-31-23
Северо-Западный федеральный округ (В. Новгород, Псков, Вологда, Лен. область)	+7 (812) 320-40-04, доб. 826, +7 (921) 943-79-13
Центральный федеральный округ (Воронеж)	+7 (473) 252-80-15, +7 (920) 403-00-84
Приволжский федеральный округ (Нижний Новгород)	+7 (831) 281-82-99, +7 (920) 021-00-97
Южный федеральный округ (Краснодар)	+7 (929) 831-23-82
Уральский федеральный округ (Екатеринбург)	+7 (343) 286-16-54, +7 (922) 109-47-28
Сибирский федеральный округ (Новосибирск)	+7 (383) 319-13-96, +7 (913) 887-27-79

BMR-C-626865

