

УДК 616.345-089.844

Петрик Н.І.¹, Сосєдко М.С.²

¹д-р філософії, доц. НУ «Запорізька політехніка»

²студ. гр. УФКС-212м НУ «Запорізька політехніка»

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З КОЛОСТОМАМИ

Термін «стома» означає хірургічно утворений отвір, що з'єднує просвіт внутрішнього органу з поверхнею тіла. На сьогоднішній день відомо більше трьохсот методів формування стом. Але, незважаючи на запропоновану велику кількість методик формування колостом, показники пізніх параколостомічних ускладнень (ПКСУ) залишаються високими [2].

Правильно сформована стома повинна виконувати свої функції, не посилюючи, а полегшуючи стан хворого. Однак така операція може супроводжуватися різними технічними помилками, що призводить до широкого спектру ускладнень – від мінімальних до важких, іноді із загрозою життю пацієнта. Ускладнення, які пов'язані зі стомою, прийнято зазвичай класифікувати, як ранні та пізні, пов'язані або не пов'язані з методикою накладання стоми, а також на ускладнення, що вимагають хірургічної корекції, і ті, які можуть бути куповані методами консервативної терапії [1, 3].

При реабілітації стомованих хворих медико-соціальні проблеми пов'язані з наявністю колостоми, що значно ускладнює нормальне існування людини в суспільстві, обмежує працездатність, призводить до інвалідизації та психологічного дискомфорту. У зв'язку з цим основною умовою підвищення якості життя стомованого хворого є відновлення безперервності травного тракту [1].

Реабілітацію стомованих пацієнтів слід починати вже на передопераційному етапі. Це не тільки дозволяє зменшити число небажаних наслідків операцій, а й забезпечує успішність всіх наступних реабілітаційних заходів [4].

Найважливішим завданням комплексної реабілітації цього контингенту хворих є реалізація ефективного реабілітаційного процесу, кінцевою метою якого має бути радикальне поліпшення їх якості життя шляхом:

– догляду за стомою і шкірою навколо неї;

- попередження ускладнень;
- навчання методам вирішення виникаючих проблем;
- забезпечення кваліфікованої хірургічної допомоги;
- проведення інформаційних заходів щодо змін в організмі внаслідок перенесеного захворювання, які призвели до накладання стоми;
- проведення профілактичних заходів, пов'язаних із своєчасним попередженням розвитку рецидиву новоутворень [1, 4].

Необхідно навчити пацієнта керувати своїм фізичним станом, адаптовуватись до нового стану організму. Пацієнт повинен знати покази та проти покази до різного роду та видів діяльності. Так, пацієнти зі стомою мають застереження до фізичної праці важкої та середньої тяжкості, вимушених положень тіла, до значного нервово-емоційного перенапруження тощо [5].

Найголовнішим у післяопераційний період є дотримання дієти та ведення здорового способу життя із суворим режимом дня.

Дієтична програма в період відновлення виглядає приблизно так: 3–5 днів після операції лише крапельниці з необхідними медикаментозними препаратами; з п'ятого по дванадцятий день їсти можна лише рідкі каші з додаванням цукру; з дванадцятого по двадцять перший день дозволяється поступово вводити до раціону інші продукти, за винятком сирих фруктів та овочів; Тільки після трьох місяців з моменту операції можна починати вживати шкірку від яблук, кукурудзу, сиру капусту, бобові культури, смажену і гостру їжу [2].

Реабілітація пацієнтів зі стомою – це тривалий багаторівневий процес, до реалізації якого повинна бути залучена мультидисциплінарна команда фахівців (лікарі, реабілітологи, психологи, соціальні працівники, представники громадських організацій та інші). Кінцевою метою реабілітаційної програми повинно бути відновлення працездатності стомованих пацієнтів до рівня, що передував операції, за винятком важкої фізичної праці [4, 5].

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Тутченко М. І., Андрієць В. С., Тутченко М. І., Ключко І. В. Шляхи профілактики післяопераційних ускладнень при формуванні кишкових стом. *Хірургія України*. 2012. №1 (41). С. 23–26
2. Шевцова З. І., Гапонов В. В., Гапонов А. В. Поліпшення якості життя хворих після оперативних втручань на ободовій кишці. *Буковинський медичний вісник*. 2009. Т. 13, №4. С. 265–267
3. Alanis, A. Primary resection and anastomosis for treatment of acute diverticulitis. *Dis colon Rectum*. 1989. Vol. 32. P. 933-939.
4. Berne, T. V. Colostomy wound closure. *Arch. Surg*. 1985. Vol. 120. P. 957-959.
5. Havia, T. Gastrointestinal viscerosynthesis with biofragmentable anastomosis ring. *Ann. Chir. Gynaecol*. 1992. Vol. 81, № 3. P. 271-275.